Vlada Crne Gore

Ministarstvo za evropske integracije

Podgorica, 24.11.2009

U p i t n i k

Informacija koju od Vlade Crne Gore zahtijeva Evropska komisija u cilju pripreme Mišljenja o zahtjevu Crne Gore za članstvo u Evropskoj uniji

28 Aneks - Zaštita potrošača i zdravlja

Odgovorno lice:	**Gordana Djurovic**
Rukovodilac grupe:	**Svetlana Rajkovic**
Zamjenik rukovodioca grupe:	
Sekretar grupe:	**Vanja Grgurovic**
Zamjenik sekretara grupe:	
Kontakt MEI:	
IT Podrška:	**Jurica Koroman**

Sadržaj:

28 Aneks - Zaštita potrošača i zdravlja 6
207. Zakon o zdravstvenom osiguranju 7
208. Zakon o zdravstvenoj zaštiti 43
209. Zakon o zdravstenoj inspekciji 113
210. Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva 120
211. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti 138
212. Zakon o zaštiti od buke u životnoj sredini 175
213. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica 188
214. Zakon o ograničavanju upotrebe duvanskih proizvoda 199
215. Zakon o hitnoj medicinskoj pomoći 219
216. Strategija zdravstvene bezbjednosti hrane Crne Gore 229
217. Strategija unapređenja mentalnog zdravlja 264
218. Strategija razvoja zdravstva Crne Gore 316
219. Strategija očuvanja i unapređenja reproduktivnog zdravlja 337
220. Strategija bezbjedne krvi 369
221. Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji Ministarstva zdravlja 388
222. Nacionalna strategija za kontrolu pušenja duvana 397
223. Master Plan razvoja zdravstva Crne Gore 412

28 Aneks - Zaštita potrošača i zdravlja

207. Zakon o zdravstvenom osiguranju

344.

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

("Sl. list RCG", br. 39/04 od 09.04.2004, 23/05 od 12.04.2005, 29/05 od 09.05.2005 i "Sl. list Crne Gore", br.

12/07 od 14.12.2007, 13/07 od 18.12.2007)

Proglašava se Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji je donijela Skupština Republike Crne Gore, na trećoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2004. godini, dana 31. maja 2004. godine.

Broj: 01-813/2

Podgorica, 3. juna 2004. godine

Predsjednik Republike Crne Gore, Filip Vujanović, s.r.

Z
A
K
O
N

O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

NAPOMENA:

Danom početka primjene Zakona o objedinjenoj registraciji i sistemu izvještavanja o obračunu i naplati poreza i

doprinosa ("Sl. list RCG", br. 29/05), 01.01.2006. godine, prestaju da važe odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list RCG", br. 39/04), koje se odnose na registraciju poreskih obveznika i osiguranika i podnoćenje prijave za obračun i plaćanje poreza i doprinosa, koje su u suprotnosti sa ovim zakonom.

I OSNOVNE

ODREDBE Član

1

Zdravstvenim osiguranjem građanima se obezbjeđuje ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava, u

skladu sa ovim zakonom.

Član 2

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za:

1) obezbjeđivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja;

2) stabilno finansiranje zdravstvene zaštite, usklađivanjem zdravstvene potrošnje sa realnim materijalnim mogućnostima;

3) uvođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 3

Obavezno zdravstveno osiguranje je dio sistema socijalnog osiguranja građana kojim se, na načelima obaveznosti, uzajamnosti i solidarnosti, svim građanima Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Republika), kao i drugim licima obezbjeđuje pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava, u skladu sa ovim zakonom.

Ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuje Republički fond za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Fond), u skladu sa ovim zakonom.

Član 4

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje predstavlja poseban vid zdravstvenog osiguranja kojim se, na principu dobrovoljnosti, u okviru utvrđenih standarda, obezbjeđuju posebni uslovi pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite, kao i prava koja nijesu obezbijeđena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Član 5

Prava iz zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

Nasljeđivati se mogu prava na novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a ostale su neisplaćene zbog smrti osiguranika.

Član 6

Pojedini izrazi, u smislu ovog zakona, imaju sljedeće značenje:

1) osigurano lice je lice koje ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim ovim zakonom;

2) izabrani tim ili izabrani doktor podrazumijeva izabrani tim doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog doktora stomatologije;

3) davaoci zdravstvenih usluga su zdravstvene ustanove i izabrani tim ili izabrani doktor;

4) zdravstvena knjižica je javna isprava kojom se dokazuje status osiguranog lica;

5) stranac je strani državljanin i lice bez državljanstva.

II OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1.Osigurana lica

Član 7

Osigurana lica koja imaju prava i obaveze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su osiguranici, članovi porodica osiguranika i druga lica, u skladu sa ovim zakonom.

1) Osiguranici

Član 8

Osiguranici, u smislu ovog zakonu, su:

1) lica zaposlena u privrednom društvu, drugom pravnom licu, državnom organu, organu jedinice lokalne samouprave, odnosno lokalne uprave ili kod fizičkog lica (u daljem tekstu: poslodavac);

2) lica koja obavljaju poslove po posebnom ugovoru o radu, u skladu sa posebnim zakonom;

3) civilna lica na službi u vojsci i vojnim jedinicama i vojnim ustanovama;

4) izabrana ili imenovana lica, ako za obavljanje funkcije ostvaruju zaradu;

5) članovi odbora direktora u privrednom društvu i drugom pravnom licu i članovi upravnih odbora u javnim preduzećima i ustanovama koji za svoj rad primaju naknadu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

6) državljani Srbije i Crne Gore koji su u Republici zaposleni kod stranih ili međunarodnih organizacija i ustanova, stranih konzularnih ili diplomatskih predstavništava ili kod stranih pravnih ili fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

7) zaposlena lica upućena na rad u inostranstvo, odnosno lica koja su zaposlena u privrednom društvu ili drugom pravnom licu čije je sjedište u Republici, a koje obavlja djelatnost u inostranstvu, ako nijesu obavezno osigurana po propisima države u koju su upućeni, odnosno u kojoj su zaposleni ili ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

8) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu u domaćinstvima državljana Republike iz tačke 7 ovog člana;

9) državljani Srbije i Crne Gore zaposleni u inostranstvu, ako za to vrijeme nijesu obavezno osigurani kod stranog nosioca osiguranja ili ako prava iz zdravstvenog osiguranja, po

propisima te države, ne mogu ostvariti ili koristiti van njene teritorije, a neposredno prije odlaska u inostranstvo bili su osigurani u Republici, odnosno ako su prije odlaska u inostranstvo imali prebivalište u Republici;

10) stranci koji u Republici rade kod domaćih pravnih, odnosno fizičkih lica, na osnovu posebnih ugovora i sporazuma o međunarodno - tehničkoj saradnji;

11) stranci koji su u Republici zaposleni kod međunarodnih organizacija i ustanova i drugih stranih pravnih i fizičkih lica, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno ako nijesu osigurana po propisima druge države;

12) stranci koji su u Republici zaposleni kod stranih diplomatskih i konzularnih predstavništava, ako je takvo osiguranje predviđeno međunarodnim ugovorom;

13) preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje;

14) lica koja obavljaju poslove po osnovu ugovora, o djelu, odnosno poslove po osnovu autorskog ugovora, kao i poslove po osnovu drugih ugovora po osnovu kojih za izvršen posao ostvaruju naknadu, ako nijesu osigurana po drugom osnovu;

15) lica za čijim je radom prestala potreba, odnosno koja su prestala da obavljaju preduzetničku djelatnost dok ostvaruju novčanu naknadu prema propisima o radu i nezaposlena lica koja ostvaruju pravo na naknadu u skladu sa propisima o zapošljavanju;

16) lica koja po prestanku rada ostvaruju pravo na naknadu zarade u skladu sa posebnim zakonom;

17) nezaposlena lica koja su na evidenciji nezaposlenih lica, a ne primaju naknadu po tom osnovu;

18) korisnici penzija po propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju;

19) borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, članovi njihovih porodica i korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

20) korisnici socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

21) državljani Republike koji primaju penziju ili invalidninu isključivo od inostranog nosioca osiguranja koji imaju prebivalište u Republici, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

22) osnivači, odnosno vlasnici privrednih društava i preduzetnici koji po tom osnovu nijesu u radnom odnosu, ako nijesu osigurani po drugom osnovu;

23) lica koja se bave poljoprivrednom djelatnošću kao jedinim ili glavnim zanimanjem u smislu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju, kao i lica koja su vlasnici poljoprivrednog zemljišta, a nijesu osigurana po drugom osnovu;

24) sveštenici i vjerski službenici (u daljem tekstu: vjerski službenici), kao i monasi i monahinje (u daljem tekstu: lica koja obavljaju vjerske funkcije), ako nijesu obavezno osigurani po drugom osnovu;

25) lica koja su na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog čuvanja i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana.

Osnivaču, odnosno vlasniku preduzetniku iz stava 1 tačka 22 ovog člana prestaje svojstvo osiguranika po tom osnovu za vrijeme privremene odjave, ako za to vrijeme ne plaća doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 9

Državljani zemalja sa kojima je zaključen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ostvaruju zdravstvenu zaštitu u obimu koji je utvrđen tim ugovorom.

2) Članovi porodice osiguranika

Član 10

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbjeđuju se i članovima porodice osiguranika, pod uslovima iz ovog zakona, ako ih ne ostvaruju po nekom od osnova iz člana 8 ovog zakona.

Članovima porodice, u smislu ovog zakona, smatraju se:

- članovi uže porodice: bračni drug i djeca rođena u braku ili van braka, usvojena, pastorčad i djeca prihvaćena na izdržavanje;
- članovi šire porodice: roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i usvojilac), unučad, braća i sestre, ako su trajno i potpuno nesposobni za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i ako ih osiguranik izdržava.

Član 11

Razvedeni bračni drug zadržava status osiguranika kao član porodice, ako:

- je sudskom odlukom stekao pravo na izdržavanje, dok traje izdržavanje;
- je u vrijeme razvoda braka bio potpuno i trajno nesposoban za rad u skladu sa posebnim propisima;
- su mu sudskom odlukom povjerena djeca na čuvanje i vaspitanje, dok djeca imaju pravo na izdržavanje. Lice iz stava 1 ovog člana ostvaruje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da nije osiguran

po drugom osnovu i ako se prijavi Fondu u roku od 30 dana nakon razvoda braka, odnosno donošenja pravosnažne presude o izdržavanju ili sudske odluke o povjeravanju djece na čuvanje i vaspitanje.

Član 12

Dijete osiguranika ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, pod uslovima iz ovog zakona, do završetka obaveznog školovanja po propisima iz oblasti obrazovanja, a ako je na redovnom ili vanrednom školovanju, do kraja roka propisanog za redovno školovanje, a najkasnije do navršene 26. godine života.

Dijete iz stava 1 ovog člana, koje je zbog bolesti opravdano prekinulo školovanje, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme trajanja te bolesti, a ako nastavi školovanje ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i poslije starosne granice utvrđene u stavu 1 ovog člana, ali najduže onoliko vremena koliko je trajao prekid školovanja zbog bolesti. Opravdanost prekida školovanja zbog bolesti utvrđuje se u skladu sa opštim aktom Fonda.

Ako dijete iz stava 1 ovog člana postane nesposobno za samostalan život i rad, u smislu posebnih propisa, prije isteka roka za redovno školovanje iz stava 1 ovog člana, ima prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i za vrijeme dok takva nesposobnost traje.

Pravo na obavezno zdravstveno osiguranje pripada i djetetu koje postane trajno nesposobno za samostalan život i rad u smislu posebnih propisa i poslije uzrasta utvrđenog u stavu 1 ovog člana, ako nema sopstvenih sredstava za izdržavanje i ako ga osiguranik izdržava.

Član 13

Djeca bez roditelja i djeca za koje je organ starateljstva utvrdio da su bez roditeljskog staranja imaju prava iz

obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kao djeca iz stava 1 ovog člana, ako zbog zdravstvenog stanja roditelja ili drugih okolnosti u smislu posebnih propisa roditelji nijesu u mogućnosti da se staraju o djeci i da ih izdržavaju.

Djeca iz st. 1 i 2 ovog člana imaju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima utvrđenim u članu

12 ovog zakona.

Član 14

Lica koja nemaju svojstvo osiguranog lica ni po jednom osnovu iz čl. 8 do 13 ovog zakona mogu steći svojstvo osiguranog lica za sebe i članove uže porodice i obezbijediti prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pod uslovima i na način utvrđen ovim zakonom.

2. Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 15

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

1) pravo na zdravstvenu zaštitu;

2) pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad;

3) pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite.

Osigurano lice ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana na način utvrđen ovim zakonom i zakonom kojim je uređena zdravstvena zaštita.

1) Pravo na zdravstvenu zaštitu

Član 16

Zdravstvena zaštita obuhvata:

1) medicinske mjere i postupke za unapređivanje zdravlja, sprječavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti i drugih poremećaja zdravlja;

2) ljekarske preglede i druge vrste medicinske pomoći u cilju utvrđivanja, praćenja i provjeravanja zdravstvenog stanja;

3) liječenje oboljelih i povrijeđenih i druge vrste medicinske pomoći;

4) liječenje van Republike i u inostranstvu;

5) prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba;

6) medicinsku rehabilitaciju;

7) ljekove i medicinska sredstva;

8) medicinsko - tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć i stomatološke materijale i nadoknade).

Zdravstvena zaštita iz stava 1 tačka 5 ovog člana obuhvata liječenje bolesti usta i zuba u hitnim medicinskim stanjima i prevenciju i liječenje bolesti usta i zuba kod djece do navršenih 15 godina života, žena u toku trudnoće i lica starijih od 65 godina života.

Član 17

Obim prava i standarde zdravstvene zaštite iz člana 16 stav 1 tač. 1 do 5 ovog zakona utvrđuje Vlada Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog Ministarstva zdravlja, polazeći od godišnjeg programa zdravstvene zaštite i godišnjeg finansijskog plana Fonda, kao i raspoloživih zdravstvenih kapaciteta, posebno vodeći računa o zdravstvenoj zaštiti sljedećih kategorija:

1) djece iz čl. 12 i 13 ovog zakona;

2) žena u toku trudnoće, porođaja i materinstva;

3) lica starijih od 65 godina života;

4) vojnih invalida i civilnih invalida rata, u skladu sa posebnim propisima;

5) hendikepiranih lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;

6) lica oboljelih od zaraznih bolesti, reumatske groznice i njenih komplikacija, malignih oboljenja, šećerne bolesti, hronične bubrežne insuficijencije, koronarne, cerebralne i vaskularne bolesti, sistemskih autoimunih bolesti, fiksne hipertenzije sa komplikacijama, progresivnih nervno-mišićnih oboljenja, cerebralne paralize, multipleks skleroze, cistične fibroze i hemofilije, lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijenih lica, u vezi sa zdravstvenom zaštitom od tih bolesti.

Član 18

Zdravstvenom zaštitom, u smislu člana 16 ovog zakona, ne smatraju se:

1) medicinska ispitivanja radi utvrđivanja zdravstvenog stanja, tjelesnog oštećenja i invalidnosti u postupcima kod drugih organa i organizacija;

2) zdravstveni pregledi radi zapošljavanja, upisa u odgovarajuće ustanove obrazovanja, pohađanja kurseva, dobijanja uvjerenja za vozačke dozvole, za sudske i druge sporove i u drugim slučajevima kada se pregled ne obavlja u cilju zdravstvene zaštite;

3) pregled zaposlenih upućenih na rad u inostranstvo od strane poslodavca, u skladu sa posebnim zakonom, kao i mjere preventivne zdravstvene zaštite za putovanja u inostranstvo i zdravstveni pregled za ta putovanja.

Član 19

Fond
utvrđuje:

1) indikacije za korišćenje medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu rehabilitaciju;

2) listu ljekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje;

3) indikacije za medicinsko-tehnička pomagala (proteze, ortopedska i druga pomagala, stomato-protetičku pomoć, stomatološke materijale i nadoknade) i standarde za materijale od kojih se izrađuju ova sredstva, rokove korišćenja, kao i uslove za izradu novih sredstava prije isteka tih rokova.

Na akt iz stava 1 tačka 2 ovog člana saglasnost daje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

U postupku donošenja akata iz stava 1 tač. 1 i 3 ovog člana Fond pribavlja stručno mišljenje nadležne zdravstvene ustanove.

Član 20

Fond ne obezbjeđuje sredstva za ostvarivanje zdravstvene zaštite u slučajevima:

1) zahvata estetske rekonstruktivne hirurgije, osim estetske rekonstrukcije kongenitalnih anomalija kod djece, rekonstrukcije dojke nakon mastektomije, estetske rekonstrukcije nakon teških ozljeđivanja u cilju sprječavanja invaliditeta;

2) postupaka vještačke oplodnje, uključujući in vitro fertilizaciju nakon drugog pokušaja;

3) hirurškog liječenja gojaznosti;

4) liječenja medicinskih komplikacija koja nastaju kao posljedica korišćenja zdravstvene zaštite van utvrđenih standarda zdravstvene zaštite;

5) specifične zdravstvene zaštite zaposlenih, koja se ostvaruje na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove.

2) Zdravstvena zaštita osiguranih lica na radu u inostranstvu

Član 21

Osiguranik iz člana 8 tačka 7 ovog zakona za vrijeme rada u inostranstvu ima pravo da koristi zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, u obimu koji se obezbjeđuje osiguranicima zaposlenim u Republici.

Članovi uže porodice osiguranika iz stava 1 ovog člana, za vrijeme dok sa osiguranikom borave u inostranstvu, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo duže od šest mjeseci, a ako je osiguranik upućen na rad u inostranstvo do šest mjeseci imaju zdravstvenu zaštitu samo u slučaju hitne medicinske pomoći.

Član 22

Osiguranici zaposleni u domaćinstvima državljana Republike na radu u inostranstvu i članovi njihovih užih porodica, dok sa njima borave u inostranstvu, kao i osiguranici upućeni u inostranstvo od poslodavca radi vršenja određenih poslova, odnosno zadataka, školovanja ili stručnog usavršavanja, ako su prije svog zaposlenja, odnosno odlaska u inostranstvo imala prebivalište u Republici, za vrijeme boravka u inostranstvu do šest mjeseci, imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu samo u slučajevima hitne medicinske pomoći, a ako su na radu u inostranstvu duže od šest mjeseci imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u obimu utvrđenom za osiguranike u Republici.

Član 23

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz čl. 21 i 22 ovog zakona imaju osiguranici i članovi njihovih užih porodica, ako je prije njihovog odlaska u inostranstvo utvrđeno da ne boluju od akutnih ili hroničnih oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Osiguranik, odnosno član njegove uže porodice koji je boravio u inostranstvu bez prethodno utvrđenog

zdravstvenog stanja, u smislu stava 1 ovog člana, ima samo pravo na naknadu troškova koji su nastali korišćenjem hitne medicinske pomoći, ukoliko se ustanovi da prije odlaska u inostranstvo nije bolovalo od akutnog ili hroničnog oboljenja za koje je potrebno liječenje ili ljekarski nadzor.

Član 24

Bliže uslove i način ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranih lica iz čl. 21, 22 i 23 ovog zakona utvrđuje Fond.

3) Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad

Član 25

Pravo na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad imaju osiguranici-zaposleni iz člana 8 tač. 1,

3, 4 i 13 ovog zakona.

Naknada zarade pripada osiguranicima iz stava 1 ovog člana, ako su:

1) usljed bolesti ili povrede privremeno spriječeni za rad;

2) spriječeni da rade zbog medicinskog ispitivanja;

3) izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u njihovoj okolini;

4) određeni da njeguju oboljelog člana uže porodice, u skladu sa opštim aktom Fonda;

5) spriječeni da rade zbog dobrovoljnog davanja tkiva i organa;

6) određeni za pratioca oboljelog lica upućenog na liječenje ili ljekarski pregled u drugo mjesto, odnosno dok borave kao pratilac u stacionaru, u skladu sa opštim aktom Fonda.

Privremenu spriječenost za rad iz stava 2 ovog člana utvrđuje izabrani tim ili izabrani doktor, odnosno nadležna ljekarska komisija, zavisno od vrste i prirode bolesti, u skladu sa aktom Fonda.

Član 26

Naknadu zarade za prvih 60 dana privremene spriječenosti za rad obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a nakon toga naknadu obezbjeđuje Fond.

Član 27

Osnov za obračun naknade zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad je prosjek zarade koju je zaposleni ostvario u poslednja tri mjeseca koja prethode mjesecu u kome je nastupila privremena spriječenost za rad, s tim što ne može biti veća od zarade koja služi kao osnov za obračun i uplatu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

U osnov za naknadu iz stava 1 ovog člana ulazi i osnov od koga je određena naknada zarade, ako je osiguranik u to vrijeme bio spriječen za rad, naknada za rad u dane državnih praznika, naknada za godišnji odmor i naknada za vrijeme plaćenog odsustva.

Ukoliko privremena spriječenost za rad traje duže od mjesec dana, osnov za naknadu za svaki naredni mjesec neprekidne spriječenosti za rad usklađuje se sa porastom zarada kod pravnog, odnosno fizičkog lica gdje je zaposleni u radnom odnosu, ostvarenim u posljednjem mjesecu koji prethodi mjesecu za koji se isplaćuje naknada.

Ukoliko nije moguće utvrditi osnov za naknadu, kao osnov za naknadu se uzima iznos zarade koju bi zaposleni ostvario da je radio.

Za preduzetnike i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje osnov za naknadu za vrijeme privremene spriječenosti za rad čini osnov na koji se obračunavaju i plaćaju doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 28

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad određuje se najmanje u visini od 70% od osnova za naknadu.

Visina naknade iz stava 1 ovog člana, koju obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, utvrđuje se kolektivnim ugovorom, u skladu sa ovim zakonom.

Naknada zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad prouzrokovane povredom na radu i profesionalnom bolešću, izolovanja zbog kliconoštva, zbog davanja krvi, tkiva i organa, za vrijeme održavanja trudnoće, kao i za slijepa lica i hendikepirana lica, obezbjeđuje se u visini od 100% od osnova za naknadu.

Naknada zarade po osnovu privremene spriječenosti za rad za vrijeme održavanja trudnoće obezbjeđuje se od prvog dana privremene spriječenosti za rad iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 29

Naknada zarade, u skladu sa ovim zakonom, pripada od prvog dana privremene spriječenosti za rad i za sve vrijeme trajanja te spriječenosti, ali samo za vrijeme za koje bi osiguranik radio i ostvario zaradu da nije nastupila privremena spriječenost za rad.

Član 30

U slučaju dužeg trajanja privremene spriječenosti za rad prouzrokovane bolešću ili povredom, a najkasnije po isteku 10 mjeseci neprekidne spriječenosti za rad, odnosno po isteku 12 mjeseci u toku kojih je bilo ukupno 10 mjeseci spriječenosti za rad sa prekidima, Fond je dužan da zaposlenog sa potrebnom medicinskom dokumentacijom uputi nadležnom organu za ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti prema propisima o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Organ iz stava 1 ovog člana dužan je da izvrši ocjenu radne sposobnosti, odnosno invalidnosti u roku do 60 dana od dana podnošenja zahtjeva za ocjenu radne sposobnosti i za to vrijeme naknadu zarade obezbjeđuje Fond, a po isteku tog roka, naknadu zarade obezbjeđuje Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja.

Pravo na naknadu zarade prestaje kada rješenje o utvrđenoj invalidnosti prema propisima o invalidskom osiguranju postane pravosnažno.

Upućivanje zaposlenog na ocjenu radne sposobnosti, isplata naknade zarade, vrste oboljenja kod kojih se izuzetno može dati ocjena i mišljenje da liječenje nije završeno i druga pitanja od značaja za ostvarivanje ovog prava uređuju se ugovorom između Fonda i Republičkog fonda penzijskog i invalidskog osiguranja.

Član 31

Osiguraniku ne pripada naknada zarade,
ako:

1) je namjerno prouzrokovao spriječenost za rad;

2) je spriječenost za rad prouzrokovana dejstvom alkohola ili psihoaktivnih supstanci;

3) se za vrijeme privremene spriječenosti za rad bavi privrednom ili drugom djelatnošću kojom ostvaruje prihod;

4) je namjerno sprječavao ozdravljenje;

5) se bez opravdanog razloga ne podvrgne liječenju, osim ako za liječenje nije potreban pristanak predviđen posebnim propisima;

6) se bez opravdanog razloga ne javi izabranom doktoru ili izabranom timu, odnosno komisiji za ocjenu sposobnosti ili se ne odazove na ljekarski, odnosno komisijski pregled u zakazano vrijeme.

Osiguraniku ne pripada naknada zarade od dana kada su utvrđene okolnosti iz stava 1 ovog člana pa sve dok traju te okolnosti ili njihove posljedice.

Ako se činjenice iz stava 1 ovog člana utvrde poslije ostvarivanja prava na naknadu, isplata naknade osiguraniku se obustavlja.

Naknada zarade ne pripada licima na izdržavanju kazne zatvora i licima prema kojima se sprovodi mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, kao i licima kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja alkoholičara i narkomana.

Član 32

Bliži način ostvarivanja prava osiguranika na privremenu spriječenost za rad i ostvarivanja prava na naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad iz čl. 25 do 30 ovog zakona utvrđuje Fond.

4) Pravo na naknadu putnih troškova u vezi korišćenja zdravstvene zaštite

Član 33

Naknada troškova prevoza u vezi korišćenja zdravstvene zaštite obezbjeđuje se osiguranim licima,

kao i pratiocu u slučaju potrebe.

Naknada troškova prevoza pripada osiguranom licu kada je od izabranog tima ili izabranog doktora, odnosno nadležne ljekarska komisije upućen ili pozvan u drugo mjesto u vezi sa ostvarivanjem zdravstvene zaštite ili radi ocjene privremene spriječenosti za rad.

Naknada troškova iz stava 1 ovog člana ostvaruje se u skladu sa aktom Fonda.

3. Ostvarivanje prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja

1) Utvrđivanje svojstva osiguranog lica

Član 34

Prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu ostvarivati lica kojima je utvrđeno svojstvo osiguranih lica. Svojstvo osiguranog lica može se ostvariti samo po jednom osnovu.

Svojstvo osiguranog lica utvrđuje Fond na osnovu prijave za obavezno zdravstveno osiguranje, a dokazuje se propisanom ispravom (u daljem tekstu: zdravstvena knjižica), koju izdaje Fond.

Ovjeru zdravstvene knjižice vrši Fond, na osnovu dokaza da je obveznik plaćanja doprinosa uplatio sve dospjele

obaveze po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u rokovima iz člana 67 ovog zakona.

Lica koja ne mogu dokazati svojstvo osiguranih lica na način utvrđen u stavu 4 ovog člana prilikom korišćenja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja sama snose nastale troškove, osim u slučaju urgentnih stanja.

Član 35

Pravna i fizička lica obavezna su da dostave Fondu sve podatke u vezi sa prijavom i odjavom na obavezno zdravstveno osiguranje, radi ostvarivanja prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Rok za podnošenje prijave na osiguranje, odjave i druge promjene je osam dana od dana kada su se stekli uslovi za prijavu, odjavu, odnosno prijavu promjene.

Ako Fond licu za koje je podnijeta prijava na obavezno zdravstveno osiguranje ne prizna svojstvo osiguranog lica ili mu to svojstvo prizna po nekom drugom osnovu, dužan je da o tome donese rješenje.

Član 36

Fond vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima plaćanja doprinosa. Evidencija se vodi prema jedinstvenim metodološkim principima.

Podaci se unose u evidenciju prema jedinstvenom kodeksu šifara.

Podaci se unose u evidenciju na osnovu prijava i odjava podnesenih na propisanim obrascima, koji se mogu dostavljati i putem sredstava za elektronsku obradu podataka.

U slučaju kada su prijave, odnosno odjave dostavljene putem sredstava za elektronsku obradu podataka, podnosilac prijave je dužan da, na zahtjev Fonda, te prijave podnese na propisanom obrascu.

Član 37

U evidenciju se unose podaci o:

1) osiguranim licima;

2) obveznicima plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 38

U evidenciju se unose sljedeći podaci o osiguranicim licima:

1) prezime i ime;

2) jedinstveni matični broj građanina i poreski identifikacioni broj;

3) pol;

4) dan, mjesec i godina rođenja;

5) zanimanje;

6) školska sprema;

7) osnov osiguranja;

8) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranog lica;

9) obveznik plaćanja doprinosa.

Za osiguranike, pored podataka iz stava 1 ovog člana, u evidenciju se unose sljedeći podaci:

1) datum sticanja i prestanka svojstva osiguranika;

2) zarade, naknade zarada i druga primanja i naknade koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja;

3) visina uplaćenog doprinosa.

Član 39

Obveznici podnošenja prijava podataka za evidenciju su:

1) Poslodavac:

- prijave podataka o obvezniku plaćanja doprinosa koje obuhvataju prijave početka i prijave prestanka poslovanja;
- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona;
- prijave podataka o zaradi i naknadi zarade koje služe za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač.1 do 7 ovog zakona;
- prijave promjene podataka iz al. 1 do 3 ove tačke;

2) Osiguranik koji je sam obveznik plaćanja doprinosa:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja, kao i promjene tih podataka za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 9, 13, 14, 21 i 22, kao i tačke 23 ovog zakona, za osiguranike - vlasnike poljoprivrednog zemljišta;
- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja, kao i prijave promjene tih podataka;

3) Organ uprave nadležan za poslove javnih prihoda - prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13 i 14 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;

4) Zavod za zapošljavanje Crne Gore (u daljem tekstu: Zavod za zapošljavanje):

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona, kao i

prijave promjene tih podataka;

- prijave podataka o naknadi zarade i visini uplaćenog doprinosa za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka

15 ovog zakona.

5) Republički fond penzijskog i invalidskog osiguranja:

- prijave na osiguranje i odjave osiguranja za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjene tih podataka;
- prijave podataka o visini penzije i o visini uplaćenog doprinosa za lica iz člana 8 stav 1 tačka 18 ovog zakona, kao i prijave promjena tih podataka;

6) Pravoslavna crkva, Islamska vjerska zajednica i Rimokatolička crkva za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka

24 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

7) Organ lokalne uprave nadležan za poslove boračke i invalidske zaštite i nadležni centar za socijalni rad za osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 19 i 20 i člana 13 ovog zakona;

- prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;
- prijave podataka za utvrđivanje osnovice osiguranja kao i promjene tih podataka;

8) Ministarstvo nadležno za poslove poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede za osiguranike koji se bave poljoprivredom kao jedinim ili glavnim zanimanjem iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja kao i prijave promjena tih podataka;

9) Zavod za izvršenje krivičnih sankcija i ustanove za smještaj i obavezno liječenje alkoholičara i narkomana i obavezno psihijatrijsko liječenje za osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 25 ovog zakona - prijave na osiguranje, odjave osiguranja, kao i prijave promjena tih podataka;

10) Nadležni matičar - prijave o smrti osiguranih lica.

Član 40

Za tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz člana 39 ovog zakona odgovoran je podnosilac prijave. Fond je dužan da provjerava tačnost podataka unesenih u prijave podataka iz stava 1 ovog člana, da zahtijeva

dokaze i vrši uvid u evidencije i dokumentaciju na kojima se zasnivaju podaci uneseni u prijave.

Podnosilac prijave je dužan da osiguraniku i Fondu daje tačna obavještenja, odnosno podatke od značaja za utvrđivanje činjenica važnih za sticanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i da Fondu pruži dokaze i omogući uvid u evidenciju i dokumentaciju.

Član 41

Prijave podataka za evidenciju iz člana 36 ovog zakona dostavljaju se Fondu, odnosno njegovoj organizacionoj jedinici, i to za:

1) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 1 do 8, tač. 10, 11, 12 i 16 ovog zakona - prema sjedištu poslodavca, odnosno njegove organizacione jedinice (filijale, ekspoziture, ispostave, poslovnice, predstavništva, zastupništva i druge poslovne i radne jedinice);

2) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 9 ovog zakona - prema mjestu u kome su bili osigurani, odnosno imali prebivalište prije odlaska u inostranstvo;

3) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 15 i 17 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice Zavoda za zapošljavanje;

4) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 13, 14 i 22 ovog zakona - prema mjestu u kome je osiguranik registrovao obavljanje djelatnosti na osnovu koje je osiguran;

5) osiguranike iz člana 8 stav 1 tač. 18 do 21 i tač. 24 i 25 i člana 14 ovog zakona - prema prebivalištu, odnosno boravištu osiguranika;

6) osiguranike iz člana 8 stav 1 tačka 23 ovog zakona - prema sjedištu organizacione jedinice

organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda.

Član 42

Svojstvo osiguranika, visinu zarade, naknade i ostalih primanja koja služe za utvrđivanje osnovice osiguranja utvrđuje Fond na osnovu prijava podataka iz člana 39 ovog zakona.

Član 43

Ako Fond, prilikom provjere podataka iz člana 39 ovog zakona, utvrdi da prijava o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa nijesu pravilno popunjeni ili da podaci nijesu uneseni u skladu sa propisima o zdravstvenom osiguranju naložiće podnosiocu prijave da ih ispravi u roku koji ne može biti duži od osam dana.

Član 44

Fond je dužan da osiguraniku, na njegov zahtjev, izda uvjerenje o podacima unesenim u evidenciju osiguranika. Uvjerenje iz stava 1 ovog člana ima karakter javne isprave.

Član 45

Podaci unijeti u evidenciju iz člana 36 ovog zakona mogu se naknadno mijenjati na način utvrđen ovim zakonom u sljedećim slučajevima:

1) ako Fond naknadno u propisanom postupku utvrdi promjenu podataka;

2) ako su podaci o zaradama, naknadama zarada, odnosno osnovicama osiguranja, kao i podaci o visini uplaćenih doprinosa unijeti u evidenciju na osnovu lažnih isprava;

3) ako se naknadno, provjerom podataka ili na neki drugi način utvrdi da su u evidenciju unijeti netačni ili nepotpuni podaci.

Promjena podataka unijetih u evidenciju vrši se na osnovu odgovarajuće prijave promjene podataka, po postupku utvrđenom ovim zakonom.

Član 46

Fond je dužan da podatke iz primljenih prijava unese u evidenciju iz člana 36 ovog zakona odmah, a najkasnije u roku od osam dana od dana prijema prijave.

Član 47

Prijave podataka za vođenje evidencije čuvaju se najmanje 10 godina od posljednjeg unošenja podataka u evidenciju.

Član 48

Umjesto originalnih prijava podataka mogu se čuvati prijave snimljene na mikrofilmovima, odnosno sredstvima za elektronsku obradu podataka.

Član 49

Uništavanje originalnih prijava na osnovu kojih su podaci unijeti u evidenciju vrši komisija koju obrazuje Fond.

Član 50

Podaci sadržani u evidenciji mogu se koristiti i za statistička istraživanja. Zaštita podataka iz evidencije obezbjeđuje se na način propisan zakonom.

2) Ostvarivanje prava

Član 51

Osigurana lica ostvaruju zdravstvenu zaštitu kod izabranog tima ili izabranog doktora, u domu zdravlja i u drugim zdravstvenim ustanovama i kod drugih subjekata sa kojima Fond zaključi ugovor, u skladu sa zakonom.

Član 52

Osiguranik se upućuje radi liječenja van Republike ili u inostranstvo na teret sredstava Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje, ako oboljenje od kojeg boluje nije moglo uspješno da se liječi u Republici.

Osiguranik ostvaruje prava iz stava 1 ovog člana u skladu sa aktom Fonda, na koji saglasnost daje

Ministarstvo.

Član 53

Zdravstvena zaštita osiguranim licima obezbjeđuje se iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno osiguranje, u skladu sa propisanim obimom zdravstvene zaštite iz člana 17 ovog zakona.

Član 54

O priznavanju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Fond, po pravilu, bez donošenja rješenja. Fond donosi rješenje o pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno ovim zakonom,

opštim aktom Fonda i na zahtjev osiguranog lica.

Član 55

U postupku ostvarivanja prava utvrđenih ovim zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim je uređen opšti upravni postupak, ako ovim zakonom nije drukčije određno.

Član 56

U postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao organi vještačenja, učestvuju prvostepena ljekarska komisija koju obrazuje Fond i drugostepena ljekarska komisija koju obrazuje Ministarstvo.

Način rada, sastav i ovlašćenja prvostepene ljekarske komisije utvrđuje Fond, a drugostepene ljekarske komisije

Ministarstvo.

Član 57

O pravima utvrđenim ovim zakonom u prvom stepenu odlučuje Fond, a u drugom stepenu Ministarstvo. Protiv konačnog rješenja iz stava 1 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Član 58

Fond vodi evidenciju u vezi sa ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Način vođenja evidencije i podaci koji se vode u evidenciji iz stava 1 ovog člana, način vođenja evidencije iz člana 36 ovog zakona, obrazac zdravstvene knjižice i način njenog korišćenja, obrazac prijave, odjave i drugi obrasci utvrđuju se aktom Fonda.

4. Lično učešće osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite

Član 59

Osigurana lica učestvuju u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite.

Odluku o visini učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite donosi Ministarstvo na osnovu godišnjeg programa zdravstvene zaštite Fonda i godišnjeg finansijskog plana Fonda.

Član 60

Pri utvrđivanju visine ličnog učešća u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite uzima se u obzir: vrsta bolesti, visina troškova dijagnostike, liječenja i rehabilitacije i nivo zdravstvene zaštite.

Član 61

Ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ne podliježu:

1) djeca iz čl. 12 i 13 ovog zakona;

2) žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana poslije porođaja;

3) lica iznad 65 godina života;

4) lica koja su u stanju socijalne potrebe i po tom osnovu ostvaruju naknadu;

5) lica oboljela od bubrežnih bolesti na dijalizi;

6) lica oboljela od tuberkuloze, HIV infekcija i drugih zaraznih bolesti u smislu ovog zakona, malignih bolesti, epilepsije, sistemskih autoimunih bolesti, šećerne bolesti, kao i lica sa duševnim poremećajima i nedovoljno mentalno razvijena lica;

7) slijepa i gluvonijema lica, lica oboljela od paraplegije i kvadriplegije, mišićne distrofije, multipleks skleroze i cerebralne paralize;

8) hendikepirana lica sa značajnim tjelesnim oštećenjem od najmanje 70% utvrđenim u smislu posebnih propisa;

9) lica čije je stanje u neposrednoj životnoj opasnosti zbog bolesti ili povrede.

Lica iz stava 1 tač. 7 i 8 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite na osnovu rješenja Fonda.

Lica iz stava 1 tač. 5 i 6 ovog člana ne podliježu ličnom učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite samo za troškove liječenja osnovne bolesti.

5. Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 62

Prihodi obaveznog zdravstvenog osiguranja su:

1) doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje;

2) Briše se (NAPOMENA IZDAVAČA: Na osnovu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007) prestale su da važe odredbe člana 162 tač. 2 i 3);

3) Briše se (NAPOMENA IZDAVAČA: Na osnovu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007) prestale su da važe odredbe člana 162 tač. 2 i 3);

4) donacije;

5) sredstava po konvencijama;

6) iz naknada štete;

7) od kamata, dividendi, renti;

8) iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Član 63

Sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za namjene određene zakonom, i to:

1) za ostvarivanje prava osiguranih lica;

2) za podmirenje troškova sprovođenja obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) druge rashode, u skladu sa zakonom.

Član 64 - 67

Brišu se. (Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje ("Sl. list Crne Gore", br. 13/07 od 14.12.2007))

Član 68

Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje obveznici plaćaju Fondu.

Član 69

Briše se. (Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje ("Sl. list Crne Gore", br. 13/07 od 14.12.2007))

Član 70

Fond ima pravo uvida u dokumentaciju obveznika uplate doprinosa koja se odnose na pravilan obračun i blagovremenu uplatu doprinosa, kao i da zahtijeva od organa uprave nadležnog za poslove javnih prihoda podatke o naplaćenim doprinosima.

6. Naknada štete u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja

Član 71

Osiguranik kome je na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja izvršena isplata na koju nije imao pravo dužan je da vrati primljeni iznos, ako:

1) je na osnovu netačnih podataka za koje je znao ili morao znati da su netačni ili na drugi protivpravni način ostvario iz obaveznog zdravstvenog osiguranja neko pravo, odnosno primanje na koje nije imao pravo ili ga je ostvario u većem obimu nego što mu pripada;

2) je ostvario neko primanje usljed toga što nije prijavio nastale promjene koje utiču na gubitak ili obim nekog prava, a znao je ili je morao znati za te promjene;

3) je primio novčane isplate u iznosu većem od onoga koji mu je određen rješenjem.

Rokovi zastarjelosti potraživanja iz stava 1 ovog člana počinju teći od dana kada je u upravnom postupku postalo konačno rješenje kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje ne pripada ili pripada u manjem obimu, odnosno od

dana kada je izvršena poslednja nepravilna isplata.

Član 72

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od lica koje je prouzrokovalo bolest, povredu ili smrt osiguranika. Za štetu koju je Fondu, u slučajevima iz stava 1 ovog člana, prouzrokovao zaposleni na radu ili u vezi sa radom

odgovara poslodavac kod koga je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete.

Fond ima pravo, u slučajevima iz stava 2 ovog člana, da zahtijeva naknadu štete i neposredno od zaposlenog, ako je štetu prouzrokovao namjerno.

Član 73

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca, ako su bolest, povreda ili smrt osiguranika nastali usljed toga što nijesu sprovedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana.

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca i kada je šteta nastala usljed toga što je zaposleni stupio na rad bez propisanog prethodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se utvrdi zdravstvenim pregledom da zaposleni prema svom zdravstvenom stanju nije bio sposoban za rad na određenom poslu.

Član 74

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od poslodavca:

1) ako je šteta nastala usljed toga što nijesu dati podaci ili što su dati neistiniti podaci o činjenicama od kojih zavisi sticanje ili određivanje prava;

2) ako je isplata izvršena na osnovu neistinitih podataka u prijavi o stupanju zaposlenog na posao ili što nije podnesena prijava o promjenama koje utiču na gubitak ili obim prava ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od osiguranika koji je dužan sam da podnosi prijave ili da daje određene podatke u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ako je šteta nastala usljed toga što prijava nije dostavljena ili nijesu dati podaci ili su dati neistiniti podaci.

Član 75

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete od doktora koji nezakonito utvrdi privremenu spriječenost za rad osiguranika, ako je zbog toga Fond isplatio naknadu zarade.

Ako je šteta iz stava 1 ovog člana nastala zbog nezakonitog rada nadležne komisije, za štetu odgovaraju članovi te komisije.

Fond ima pravo na naknadu štete od doktora, odnosno zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ako mu nastane šteta zbog nepravilnog liječenja osiguranika.

Naknadu štete iz st. 1, 2 i 3 ovog člana ima i poslodavac, koji je isplatio naknadu zarade.

Član 76

Visina naknade štete utvrđuje se prema troškovima liječenja i drugim troškovima nastalim u vezi liječenja, novčanim naknadama isplaćenim osiguraniku po odredbama ovog zakona i drugim davanjima na teret Fonda.

Pri utvrđivanju visine štete ne uzimaju se u obzir iznosi plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 77

Fond ima pravo da zahtijeva naknadu štete i neposredno od osiguravajućeg društva koja je nastala upotrebom motornog vozila.

Član 78

Kada se utvrdi da je u sprovođenju obaveznog zdravstvenog osiguranja prouzrokovana šteta poziva se lice koje je prouzrokovalo štetu da u određenom roku nadoknadi štetu.

Ako u datom roku šteta ne bude nadoknađena, zahtjev za naknadu štete Fond ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

III DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 79

Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem građanin može sebi i članovima svoje porodice obezbijediti:

- u okviru utvrđenih standarda posebne uslove pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena pružanja zdravstvene zaštite;
- prava koja nijesu obezbijeđena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa ovim zakonom.

Član 80

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbijediti i poslodavci za svoje zaposlene.

Član 81

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje i sprovodi Fond, u skladu sa ovim zakonom.

Član 82

Fond vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i posebno finansijsko poslovanje za ova dva vida osiguranja.

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za utvrđene namjene.

Član 83

Fond određuje premije iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zavisno od rizika kojem su osiguranici izloženi, uzimajući u obzir starost, pol, bonus i malus, tabele smrtnosti i tabele bolesti i trajanje zaključenih ugovora o osiguranju.

Fond je obavezan da:

- dobrovoljno osiguranje obezbjedi kao dugoročno osiguranje;
- zaključi ugovor o osiguranju sa osiguranicima koji se žele osigurati za prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- za sve osiguranike obezbijedi, pod jednakim uslovima, prava i obaveze iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 84

Bliže uslove i način korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, visinu i način uplate premija utvrđuje Fond, uz saglasnost Ministarstva.

Član 85

Fond u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ugovara pružanje zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama.

Ugovorom iz stava 1 ovog člana uređuje se vrsta i kvalitet zdravstvenih usluga, njihov obim, cijena, način obračuna i rokovi plaćanja, kao i druga međusobna prava i obaveze.

Član 86

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu obezbjeđivati i sprovoditi i druga pravna lica, u skladu sa posebnim zakonom.

IV FOND

1. Organizacija i način rada Fonda

Član 87

Fond je organizacija koja vrši javna ovlašćenja u rješavanju o pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenim ovim zakonom.

Fond ima svojstvo pravnog lica, sa pravima, obavezama i odgovornostima utvrđenim ovim zakonom i statutom

Fonda.

Član 88

Fond obavlja sljedeće poslove:

1) učestvuje u sprovođnju zdravstvene politike u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

2) određuje obim standarda zdravstvene zaštite, u skladu sa ovim zakonom;

3) vodi evidenciju o osiguranim licima i obveznicima uplate doprinosa i vrši kontrolu prijavljivanja i odjavljivanja osiguranih lica;

4) obavlja poslove u vezi sa ostvarivanjem prava osiguranih lica, brine o zakonitom ostvarivanju tih prava i pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa;

5) utvrđuje prioritete u finansiranju zdravstvene zaštite iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja;

6) utvrđuje kriterijume za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga iz člana 99 ovog zakona, zaključuje ugovore i vrši kontrolu izvršenja ugovornih obaveza;

7) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;

8) obezbjeđuje sprovođenje međunarodnih ugovora o obaveznom zdravstvenom osiguranju;

9) donosi godišnji program zdravstvene zaštite, godišnji finansijski plan i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju; (NAPOMENA IZDAVAČA: Na osnovu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007) prestale su da važe odredbe člana 88 tačka 9, u dijelu koji se odnosi na ovlašćenje za donošenje godišnjeg finansijskog plana);

10) utvrđuje visinu učešća osiguranih lica u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite iz člana 59 ovog zakona;

11) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje zdravstvenog osiguranja u Republici;

12) sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;

13) vrši i druge poslove u vezi sa sprovođenjem i ostvarivanjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, statutom i drugim aktima Fonda.

Član 89

Organi Fonda su Upravni odbor i direktor.

Član 90 ("Sl. list RCG", br. 23/05)

Upravni odbor upravlja radom Fonda.

Upravni odbor ima 13 članova, koje imenuje i razrješava Vlada, i to:

1) dva člana na predlog Saveza samostalnih sindikata Crne Gore;

2) dva člana na predlog Privredne komore Crne Gore;

3) jednog člana na predlog Saveza udruženja penzionera Crne Gore;

4) jednog člana na predlog LJekarske i Farmaceutske komore;

5) pet članova na predlog Ministarstva, iz reda osiguranika, poslodavaca i drugih obveznika plaćanja doprinosa.

Članovi Upravnog odbora Fonda se imenuju na vrijeme od četiri godine.

Predsjednika i zamjenika predsjednika Upravnog odbora bira i razrješava Upravni odbor iz reda članova

Upravnog odbora.

Član 91

Upravni odbor Fonda:

1) donosi statut i druge opšte akte, u skladu sa zakonom;

2) donosi godišnji program zdravstvene zaštite i godišnji finansijski plan i usvaja godišnji izvještaj o poslovanju i završni račun Fonda; (NAPOMENA IZDAVAČA: Na osnovu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007) prestale su da važe odredbe člana 91 tačka 2, u dijelu ovlašćenja za donošenje godišnjeg finansijskog plana i završnog računa fonda);

3) utvrđuje kriterijume i mjerila za određivanje cijena zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, određuje cijene i način plaćanja;

4) razmatra stanje u oblasti zdravstvenog osiguranja i predlaže mjere za efikasno funkcionisanje i razvoj zdravstvenog osiguranja u Republici;

5) vrši i druge poslove u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Član 92

Direktor organizuje rad i poslovanje Fonda, predstavlja i zastupa Fond, izvršava odluke Upravnog odbora i odgovoran je za zakonitost rada Fonda, rukovodi stručnom službom, predlaže opšte akte i vrši druge poslove, u skladu sa zakonom i statutom Fonda.

Direktora Fonda imenuje i razrješava, na osnovu konkursa, Upravni odbor Fonda, uz prethodnu saglasnost

Vlade.

Direktor Fonda se imenuje na period od četiri godine.

Član 93

Stručne, administrativne, pravne, ekonomske i druge poslove Fonda obavlja stručna služba Fonda. Stručna služba Fonda organizuje se na način koji obezbjeđuje efikasno obavljanje djelatnosti Fonda i

ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Unutrašnja organizacija i sistematizacija stručne službe Fonda uređuje se aktom Fonda. Na akt iz stava 3 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo.

Član 94

Statutom Fonda utvrđuju se naročito: organizacija Fonda, prava, obaveze i odgovornosti, odlučivanje i način rada Upravnog odbora, uslovi za imenovanje, djelokrug rada, prava, obaveze i odgovornosti direktora Fonda, javnost rada Fonda i njegovih organa, način obavljanja administrativnostručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značaja za rad Fonda.

Na statut Fonda saglasnost daje Vlada.

Statut i drugi opšti akti Fonda kojima se uređuju prava i obaveze osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 95

Rad Fonda je javan.

Fond je obavezan da, najmanje jedanput godišnje, a najkasnije do 31 marta tekuće godine,

podnese Vladi izvještaj o radu za prethodnu godinu.

Član 96

Nadzor nad zakonitošću i cjelishodnošću rada Fonda vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 97

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007);

Član 98

Briše se. (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o budžetu ("Sl. list Crne Gore", br. 12/07 od 14.12.2007);

2. Odnos Fonda i davalaca zdravstvenih usluga

Član 99

Pružanje zdravstvenih usluga iz člana 16 ovoga zakona uređuje se ugovorom, koji zaključuje Fond sa davaocima zdravstvenih usluga, u skladu sa ovim zakonom.

Kriterijume za zaključivanje ugovora iz stava 1 ovog člana i način plaćanja zdravstvenih usluga propisuje

Ministarstvo na predlog Fonda, po pribavljenom mišljenju LJekarske komisije, uzimajući u obzir naročito:

- broj osiguranika na nivou primarne zdravstvene zaštite;
- određene cijene po vrstama zdravstvenih usluga;
- programe određenih vrsta zdravstvene zaštite;
- druge objektivne pokazatelje troškova zdravstvenih usluga.

Član 100

Za sprovođenje utvrđenog obima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Fond svake godine upućuje poziv svim davaocima zdravstvenih usluga utvrđenih mrežom zdravstvenih ustanova da zaključe ugovor sa Fondom, u skladu sa aktom iz člana 99 stava 2 ovog zakona, koji se obavezno dostavlja uz poziv.

Davaoci zdravstvenih usluga koji su zainteresovani za zaključivanje ugovora dužni su da Fondu dostave ponudu sa finansijskim i drugim podacima u vezi sa pružanjem zdravstvenih usluga, na način i u rokovima predviđenim aktom Fonda iz člana 99 stava 2 ovog zakona.

Upravni odbor Fonda, na predlog direktora Fonda, donosi odluku o izboru davalaca zdravstvenih usluga sa kojima će zaključiti ugovore, a na osnovu izvještaja komisije za procjenu ispunjenosti uslova za zaključivanje ugovora.

Komisiju iz stava 3 ovog člana imenuje Upravni odbor Fonda, svake godine.

Na osnovu odluke iz stava 3 ovog člana direktor zaključuje ugovor sa davaocima zdravstvenih ustanova. Davalac usluga sa kojim Fond nije zaključio ugovor ima pravo žalbe Ministarstvu, kao drugostepenom organu.

Član 101

Izuzetno, Fond neposredno zaključuje ugovor, bez upućivanja poziva, sa zdravstvenim ustanovama koje obavljaju djelatnost javnog zdravlja, transfuziju krvi, uzimanje, tipizaciju i presađivanje djelova ljudskog tijela, hitnu medicinsku pomoć, kliničkim centrom i Institutom za javno zdravlje, za dio poslova koji se finansira iz sredstava Fonda namijenjenih za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i sa akreditovanim zdravstvenim ustanovama.

Član 102

Ugovori se zaključuju najkasnije do 31. marta za tekuću godinu.

Ako se ugovor ne zaključi u roku iz stava 1 ovog člana, primjenjuju se odredbe iz prethodno zaključenog ugovora.

Ugovorom iz stava 1 ovog člana određuje se: vrsta, obim, sadržina, kvalitet i drugi utvrđeni standardi zdravstvene zaštite ili zdravstvene usluge, način obračuna ili plaćanja zdravstvenih usluga, kontrola trošenja sredstava i ispunjenja ugovornih obaveza, kao i razlozi i uslove pod kojima se ugovor može raskinuti.

Član 103

Fond vrši kontrolu trošenja sredstava koja je zdravstvena ustanova ostvarila na osnovu ugovora sa Fondom. Kontrolu iz stava 1 ovog člana vrše službena lica po ovlašćenju direktora Fonda.

V NADZOR

Član 104

Nadzor nad izvršavanjem ovog zakona vrši Ministarstvo, u skladu sa posebnim zakonom.

VI KAZNENE ODREDBE

Član 105

Novčanom kaznom od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj pravno lice ili poslodavac, ako:

1) osiguraniku ne isplati naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad ili naknadu putnih troškova u skladu sa odredbama čl. 25, 26 i 33 ovog zakona;

2) ne vodi ili neuredno vodi propisane evidencije o osiguranicima, uskrati davanje pojedinih podataka Fondu ili da netačne podatake i obavještenja o osiguranom licu, odnosno ne ispravi netačne podatke po nalogu Fonda ili spriječi pregled poslovnih knjiga ili evidencija koje se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje u skladu sa odredbama čl. 40 i 43 ovog zakona;

3) ne podnese prijavu na obavezno zdravstveno osiguranje osiguranika, odjavu, ili promjenu prijave ili ove prijave ne podnese u propisanom roku, u skladu sa odredbom člana 35 ovog zakona.

Član 106

Novčanom kaznom od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj osiguranik, ako: svjesno prouzrokuje nesposobnost za rad, namjerno spriječi ozdravljenje ili osposobljavanje za rad ili za vrijeme bolovanja ostvaruje zaradu ili se bavi privatnom djelatnošću (član 31).

Član 107

Novčanom kaznom od desetostrukog do tridesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj izabrani tim ili izabrani doktor ili članovi ljekarske komisije koji nezakonito utvrde privremenu spriječenost za rad osiguranika iz člana 25 ovog zakona.

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 108

Propisi za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja propisa na osnovu ovog zakona primjenjivaće se važeći propisi, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 109

Dosadašnji Republički fond za zdravstvo nastavlja sa radom kao Republički fond za zdravstveno osiguranje, sa pravima i obavezama utvrđenim ovim zakonom.

Fond iz stava 1 ovog člana dužan je da usaglasi svoju organizaciju i rad sa odredbama ovog zakona, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 110

Upravni odbor Fonda imenovaće se, u skladu sa odredbama ovog zakona, u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do imenovanja Upravnog odbora Savjet Fonda nastavlja da obavlja poslove iz svoje nadležnosti.

Član 111

Fond će donijeti akte za sprovođenje ovog zakona, u roku od godinu dana od dana konstituisanja Upravnog odbora Fonda.

Član 112

U ostvarivanju prava i obaveza iz obaveznog zdravstvenog osiguranja pravna i fizička lica dužna su da svoje poslovanje usklade sa odredbama ovog zakona, u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 113

Osigurana lica koja su započela ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava koja proizilaze iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, prije stupanja na snagu ovog zakona, nastavljaju sa ostvarivanjem tih prava prema odredbama ovog zakona.

Lica iz stava 1 ovog člana, koja prema odredbama ovog zakona ne ispunjavaju propisane uslove za korišćenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto korišćenje tog prava u skladu sa odredbama ovog zakona kao da ispunjavaju uslove propisane ovim zakonom, sve dok traje oboljenje i potreba liječenja.

Član 114

Žalbe podnesene protiv rješenja donesenih do stupanja na snagu ovog zakona rješavaće se prema propisima koji su važili do dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 115

Izuzetno od člana 66 stav 1 tačka 1 ovog zakona, stopa doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje na teret poslodavca iznosi 6,5%, počev od dana stupanja na snagu ovog zakona do 1. decembra 2004. godine.

Član 116

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaju da važe odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju ("Službeni list SRCG", br. 39/90 i 21/91 i "Službeni list RCG", br.30/92, 58/92, 6/94, 27/94, 16/95,

20/95 i 23/96), koje se odnose na zdravstveno osiguranje i odredbe Zakona o doprinosima za socijalno osiguranje ("Službeni list RCG", br. 32/93, 3/94, 42/94, 23/96 i 45/98), koje se odnose na obveznike, osnovice i stope doprinosa za zdravstveno osiguranje.

Član 117

Ovaj zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Republike Crne Gore".

NAPOMENA:

Odluka Ustavnog suda Republike Crne Gore U br.

64/04 i 88/04 ("Sl. list RCG", br. 23/05 od 12.04.2005)

UTVRĐUJE SE da odredba člana 90 stav 3 Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Službeni list Republike Crne Gore", br. 39/04), nije u saglasnosti sa Ustavom Republike Crne Gore i prestaje da važi danom objavljivanja ove odluke.

Ova odluka objaviće se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Podgorica, 16. mart
2005. godine

208. Zakon o zdravstvenoj zaštiti

343.

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

ZAŠTITI ("Sl. list RCG", br. 39/04 od 09.04.2004)

Proglašava se Zakon o zdravstvenoj zaštiti, koji je donijela Skupština Republike Crne Gore, na trećoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2004. godini, dana 31. maja 2004. godine.

Broj: 01-814/2

Podgorica, 3. juna 2004.

godine Predsjednik

Republike Crne Gore,

Filip Vujanović, s.r.

Z
A
K
O
N

O ZDRAVSTVENOJ

ZAŠTITI I OSNOVNE

ODREDBE Član 1

Zdravstvena zaštita predstavlja skup mjera i aktivnosti na očuvanju, zaštiti i unapređenju zdravlja, sprječavanju i suzbijanju bolesti i povreda, ranom otkrivanju bolesti, pravovremenom liječenju i rehabilitaciji.

Č
l
a
n

2

Cilj ovog zakona je da stvori uslove za:

1) očuvanje, zaštita i unapređenje zdravlja građana Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Republika) i poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva;

2) poboljšanje kvaliteta života u vezi sa zdravljem;

3) obezbjeđenje dostupnosti zdravstvene zaštite, pod jednakim uslovima, svim građanima Republike;

4) posebnu brigu za zdravstveno i socijalno osjetljive i ugrožene kategorije stanovništva;

5) održivost zdravstvenog sistema;

6) poboljšanje funkcionisanja, efikasnosti i kvaliteta zdravstvene službe, uz definisanje posebnih programa u oblasti kadrova, mreže ustanova, tehnologije i medicinskog snabdijevanja;

7) bolje funkcionalno povezivanje institucija zdravstvenog sistema Republike, kao i usklađivanje privatnog i javnog interesa u ovoj oblasti;

8) podsticanje obavljanja zdravstvene djelatnosti u skladu sa domaćim i međunarodnim standardima.

Član 3

Građanin ima pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom.

Građanin je dužan da se brine o svom zdravlju. Niko ne smije da ugrozi zdravlje drugih.

Svako je dužan da, u granicama svojih znanja i mogućnosti, pruži prvu pomoć povrijeđenom ili bolesnom licu i da mu omogući pristup do hitne medicinske pomoći.

Član 4

U ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu građani su jednaki, bez obzira na nacionalnu pripadnost, rasu, pol, starost, jezik, vjeru, obrazovanje, socijalno porijeklo, imovno stanje i drugo lično svojstvo.

Član 5

Zdravstvena djelatnost je od javnog interesa.

Član 6

Zdravstvena zaštita se sprovodi na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalizovanog pristupa u specijalističko - konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Član 7

Zdravstvena služba podliježe provjeri kvaliteta stručnog rada i upravnom nadzoru, saglasno ovom zakonu.

Član 8

Sredstva za sprovođenje zdravstvene zaštite, za rad i razvoj zdravstvene službe obezbjeđuju se u skladu sa zakonom.

Član 9

Pojedini izrazi, u smislu ovog zakona, imaju sljedeće značenje:

1) prioritetne mjere zdravstvene zaštite su one mjere i aktivnosti zdravstvene zaštite koje su dostupne svim građanima u Republici;

2) zdravstveni sistem obuhvata sve subjekte u Republici, zdravstvenog i drugih oblasti srodnih zdravstvu, obrazovnih i drugih institucija, privrednih subjekata i građana, kao i njihove aktivnosti i učešće na obezbjeđivanju zdravstvene zaštite stanovništva;

3) zdravstvena služba podrazumijeva zdravstvene ustanove, kao i zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike zaposlene u njima;

4) oblast javnog zdravlja predstavlja naučno - istraživački pristup razvoju zdravstvenog sistema i zdravstvene politike, kao i organizovane aktivnosti na unapređenju zdravlja, prevenciji bolesti i stvaranju uslova za ostvarivanje jednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti između različitih socijalnih kategorija, kao i za ujednačavanje zdravstvenog stanja stanovništva, u okviru održivog razvoja na nivou Republike;

5) zdravstvena djelatnost podrazumijeva aktivnosti zdravstvenih ustanova i drugih oblika zdravstvene službe na pružanju zdravstvenih usluga kojima se obezbjeđuje zdravstvena zaštita građana;

6) farmaceutska zdravstvena djelatnost podrazumijeva snabdijevanje građana ljekovima i drugim medicinskim sredstvima, u skladu sa zakonom;

7) zdravstvena ustanova je pravno lice registrovano za obavljanje zdravstvene djelatnosti, koje ima za to

odgovarajuće odobrenje saglasno ovom zakonu;

8) mreža zdravstvenih ustanova podrazumijeva vrstu, broj i raspored javnih i privatnih zdravstvenih ustanova na teritoriji Republike, koja se utvrđuje i planira posebnim aktom;

9) zdravlje podrazumijeva, pored odsustva bolesti i nesposobnosti, stanje kompletne fizičke, mentalne i socijalne ravnoteže;

10) unapređenje zdravlja podrazumijeva podsticanje zdravog načina života i identifikaciju socijalnih, ekonomskih, mentalnih, ličnih i drugih činilaca, koji doprinose zdravlju, uključujući i činioce sredine;

11) zdravstveni radnik je lice koje ima školsku spremu zdravstvenog usmjerenja i ispunjava druge uslove za obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa ovim zakonom;

12) zdravstveni saradnik je lice koje nema školsku spremu zdravstvenog usmjerenja, a može da obavlja određene poslove zdravstvene djelatnosti u skladu sa ovim zakonom;

13) fakultet zdravstvenog usmjerenja podrazumijeva medicinski, stomatološki i farmaceutski fakultet;

14) kvalitet zdravstvene zaštite podrazumijeva nivo zadovoljenja zdravstvenih potreba građana sa aspekta stanja sredstava, opreme i uslova u kojima se pruža zdravstvena zaštita, kadrovske osposobljenosti, znanja i vještina i njihove primjene, poboljšanja zdravstvenog stanja, otklanjanja uzroka i smanjenja štetnih uticaja rizičnih ponašanja i faktora sredine, kao i kvaliteta života;

15) akreditacija podrazumijeva ocjenu zdravstvene ustanove u smislu ispunjenosti utvrđenih standarda u određenoj oblasti zdravstvene zaštite odnosno grani medicine;

16) zdravstvena tehnologija podrazumijeva intervencije i primijenjeno znanje koji se koriste u zdravstvenoj zaštiti, a obuhvata ljekove, opremu, medicinske i hirurške procedure i organizacione, administrativne i logističke sisteme u kojima se obezbjeđuje zdravstvena zaštita stanovništva;

17) monitoring predstavlja sistemski proces mjerenja efekata rada subjekata u zdravstvu, u cilju ocjenjivanja napretka koji ostvaruju;

18) evaluacija predstavlja sistematski način učenja kroz rad i korišćenje stečenih iskustava radi unapređivanja obavljanja tekućih aktivnosti zdravstvene zaštite i promocije boljeg planiranja na svim nivoima zdravstvenog sistema;

19) stranac je strani državljanin i lice bez državljanstva.

II ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

1. Prioritetne mjere zdravstvene zaštite

Član 10

Prioritetne mjere zdravstvene zaštite su:

1) aktivnosti na unapređenju zdravlja i podizanju nivoa zdravstvenog stanja stanovništva u Republici;

2) zdravstvena edukacija i obrazovanje u vezi sa najčešćim zdravstvenim problemima stanovništva u Republici i metodama njihove identifikacije, prevencije i kontrole;

3) aktivnosti na unapređenju sistematskog snabdijevanja stanovništva hranom i vodom za piće, u skladu sa posebnim zakonom;

4) prevencija i zaštita od ekoloških faktora štetnih po zdravlje, uključujući sve mjere i aktivnosti na zaštiti, unapređenju i poboljšanju zdravstvenih uslova životne i radne sredine i higijenskih uslova za život i rad

građana;

5) otkrivanje, sprječavanje i suzbijanje bolesti, povreda i njihovih posljedica na nivou Republike;

6) sprječavanje, pravovremeno otkrivanje, liječenje i suzbijanje zaraznih, hroničnih nezaraznih i malignih bolesti, uključujući i vakcinacije protiv glavnih zaraznih bolesti, kao i prevenciju i kontrolu lokalnih endemskih bolesti;

7) zdravstvena zaštita djece i mladih do kraja propisanog redovnog školovanja, zaštita žena u vezi sa planiranjem porodice, trudnoćom, porođajem i materinstvom;

8) zdravstvena zaštita (preventivna i kurativna) građana preko 65 godina života;

9) zdravstvena zaštita boraca, vojnih invalida, civilnih invalida rata, članova njihovih porodica i korisnika prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, kao i korisnika socijalno zaštitnih prava, u skladu sa posebnim propisima;

10) podizanje nivoa mentalnog zdravlja građana, liječenje i rehabilitacija duševno oboljelih koji nijesu osigurani po drugom osnovu, kao i smještaj i liječenje oboljelih od duševnih bolesti koji mogu da ugroze sebe i okolinu u kojoj žive, u skladu sa zakonom;

11) zdravstvena zaštita lica ometenih u fizičkom i mentalnom razvoju (hendikepirana lica);

12) liječenje lica koja se nalaze na hroničnom programu dijalize;

13) obezbjeđenje potrebnih ljekova i drugih medicinskih sredstava, posebno neophodnih ljekova, kao i krvi i krvnih derivata, u skladu sa posebnim zakonom;

14) hitni smještaj i liječenje lica čije je stanje zdravlja u neposrednoj životnoj opasnosti zbog bolesti ili povreda;

15) utvrđivanje uzroka smrti.

2. Javni interes u oblasti zdravstvene zaštite

Član 11

Javni interes u oblasti zdravstvene zaštite podrazumijeva mjere i aktivnosti kojima se doprinosi unapređivanju uslova za život, zdravlje i rad građana, kao i za rad i razvoj zdravstvene službe.

Javni interes u oblasti zdravstvene zaštite obezbjeđuje se i sprovodi na nivou Republike i jedinice lokalne samouprave.

Član 12

Republika stvara uslove za sprovođenje zdravstvene zaštite, kao i uslove za unapređivanje, zaštitu i očuvanje zdravlja građana i usklađuje djelovanje i razvoj zdravstvenog sistema na teritoriji Republike.

Republika utvrđuje zdravstvenu politiku kojom se definišu ciljevi za očuvanje i unapređenje zdravlja građana u

Republici.

U sprovođenju politike iz stava 2 ovog člana Republika:

1) utvrđuje strategiju razvoja zdravstva Republike koja sadrži: mjere za sprovođenje zadataka i ciljeva zdravstvene politike, prioritete u razvoju određenih oblasti zdravstvene zaštite, mjere za povećanje efikasnosti pružanja zdravstvene zaštite i druge mjere i aktivnosti koje su od strateškog značaja za razvoj i unapređenje zdravstvene zaštite;

2) utvrđuje mjere poreske i ekonomske politike u cilju podsticanja zdravih životnih navika;

3) obezbjeđuje saradnju sa drugim subjektima u razvoju zdravstvenog sistema i sprovođenju prioritetnih mjera zdravstvene zaštite kroz integrisani zdravstveni sistem;

4) utvrđuje mjere iz oblasti zaštite životne i radne sredine koje su od uticaja na zdravlje građana, u skladu sa posebnim zakonom;

5) utvrđuje standarde i normative u oblasti zdravstvene zaštite, u skladu sa naučnim dostignućima, materijalnim mogućnostima, kao i opštim i specifičnim potrebama korisnika zdravstvene zaštite;

6) utvrđuje mrežu zdravstvenih ustanova na teritoriji Republike;

7) donosi program integracije privatnog i javnog sektora;

8) donosi plan razvoja kadrova u oblasti zdravstva;

9) utvrđuje jedinstvenu metodologiju snabdijevanja zdravstvenih ustanova ljekovima, medicinskim sredstvima i opremom, utvrđuje bilans potreba za ljekovima i medicinskim sredstvima, kao i referentne cijene ljekova i medicinskih sredstava;

10) obezbjeđuje finansijska sredstva, u skladu sa zakonom.

Vlada Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada) utvrđuje zdravstvenu politiku iz stava 2 ovog člana i vrši poslove iz stava 3 tač. 1, 2, 4, 6, 7 i 10 ovog člana.

Poslove iz stava 3 tač. 3, 5, 8 i 9 ovog člana obavlja organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Član 13

U oblasti zdravstvene zaštite Republika, iz budžeta, obezbjeđuje sredstva za:

1) praćenje zdravstvenog stanja stanovništva i identifikovanje zdravstvenih problema u Republici, kao i druge poslove iz oblasti javnog zdravlja;

2) sprovođenje prioritetnih mjera zdravstvene zaštite iz člana 10 tač. 1, 2, 3, 4, 10 i 15 ovog zakona;

3) sprovođenje mjera zdravstvene zaštite koju odredi nadležni organ državne uprave u vanrednim situacijama (epidemije, zarazne bolesti, fizički i hemijski akcidenti, elementarne i druge veće nepogode i nesreće, bioterorizam i dr);

4) prevenciju bolesti, promociju zdravlja, istraživanje zdravstvenih problema i rizika po zdravlje

i druge socijalnomedicinske djelatnosti od značaja za Republiku;

5) sprovođenje promotivnih programa za unapređenje zdravlja pojedinih najosjetljivijih populacionih grupacija, kategorija stanovništva, dobnih grupa i vrsta bolesti, koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

6) planiranje, organizovanje i implementaciju aktivnosti na suzbijanju alkoholizma, pušenja, upotrebe droge i druge bolesti zavisnosti;

7) kontrolu zdravstvene ispravnosti vazduha, vode za piće, zemljišta, kontrolu zdravstvene ispravnosti životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe, kontrolu buke, kao i zaštitu od jonizujućeg i nejonizujućeg zračenja, ukoliko sredstva za ove namjene ne budu obezbijeđena na drugi način u skladu sa posebnim propisima;

8) učešće u finansiranju naučno-istraživačkih projekata iz oblasti zdravstvene zaštite;

9) hitnu medicinsku pomoć građanima Republike koji nijesu zdravstveno osigurani;

10) zdravstvenu zaštitu lica koja su na izdržavanju kazne zatvora, kao i lica kojima je izrečena mjera obaveznog čuvanja i obaveznog liječenja alkoholičara i narkomana;

11) zdravstvenu zaštitu lica koja su na evidenciji nezaposlenih lica, ukoliko sredstva za zdravstveno osiguranje ovih lica nijesu obezbijeđena na drugi način u skladu sa posebnim zakonom;

12) zdravstvenu zaštitu korisnika socijalno - zaštitnih prava, boraca, vojnih invalida, civilnih invalida rata, članova njihovih porodica i korisnika prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, koji nijesu osigurani po drugom osnovu;

13) zdravstvenu zaštitu stranaca i osoblja diplomatsko-konzularnih predstavništava, kojima se zdravstvena zaštita obezbjeđuje na osnovu međunarodnih sporazuma, ako tim sporazumima nije drukčije određeno, kao i stranaca koji borave u Republici po pozivu državnih organa, za vrijeme njihovog boravka u Republici;

14) zdravstvena zaštita stranaca kojima je priznat status izbjeglica i raseljenih lica, u skladu sa posebnim propisima i međunarodnim sporazumima;

15) zdravstvenu zaštitu stranaca oboljelih od kuge, kolere, virusne hemoragične groznice ili žute groznice, kao i stranaca - članova posade stranih pomorskih brodova oboljelih od veneričnih bolesti ili od drugih zaraznih bolesti opasnih po zdravlje;

16) izgradnju kapitalnih objekata i nabavku opreme visoke tehnološke vrijednosti u zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Republika.

Izgradnja objekata i nabavka opreme iz tačke 16 ovog člana vrši se u skladu sa utvrđenim prioritetima zdravstvene politike, a na način i po postupku propisanim posebnim zakonom.

Član 14

Jedinica lokalne samouprave, u okviru svojih prava i dužnosti, učestvuje u obezbjeđivanju uslova za ostvarivanje primarne zdravstvene zaštite na svojoj teritoriji, na način što:

1) inicira i predlaže mjere u oblasti primarne zdravstvene zaštite;

2) učestvuje u planiranju i sprovođenju razvoja primarne zdravstvene zaštite koja je od neposrednog interesa za lokalno stanovništvo, saglasno ovom zakonu i drugim aktima koje se donose na osnovu ovog zakona;

3) učestvuje u upravljanju zdravstvenim ustanovama čiji je osnivač Republika, u skladu sa ovim zakonom;

4) preduzima aktivnosti radi unapređenja primarne zdravstvene zaštite, u skladu sa zakonom.

3. Mjere zdravstvene zaštite u vezi sa radom i radnom sredinom

Član 15

Pravna i fizička lica, u planiranju i obavljanju svoje djelatnosti, dužna su da obezbijede uslove za ostvarivanje zdravstvene zaštite razvijanjem i upotrebom odgovarajućih tehnologija koje nijesu štetne po zdravlje i okolinu, kao i uvođenje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja zaposlenih.

Mjere zdravstvene zaštite u vezi sa radom i radnom sredinom koje, u cilju obezbjeđivanja specifične zdravstvene zaštite zaposlenih, obezbjeđuje poslodavac, u smislu propisa o radu, su:

1) sprječavanje i otkrivanje profesionalnih bolesti, sprječavanje povreda na radu i pružanje odgovarajuće prve pomoći;

2) zaštita zdravlja zaposlenih koji su na radnom mjestu izloženi posebnim opasnostima za zdravlje;

3) mjere zdravstvene zaštite utvrđene posebnim propisima.

Član 16

Specifična zdravstvena zaštita zaposlenih obuhvata:

1) ljekarske preglede radi utvrđivanja radne sposobnosti;

2) praćenje zdravstvenog stanja zaposlenih;

3) identifikaciju i procjenu rizika po zdravlje na radnom mjestu;

4) sistematske, prethodne, periodične i kontrolne preglede zaposlenih s obzirom na pol, starost i uslove rada, pojavu profesionalnih bolesti, povreda na radu i hroničnih bolesti;

5) davanje savjeta o zdravlju, bezbjednosti, higijeni rada, organizaciji i zaštitnim sredstvima;

6) preglede zaposlenih koji se obavezno sprovode radi zaštite od štetnih faktora životne i radne sredine, zaštite potrošača, odnosno korisnika usluga i druge obavezne zdravstvene preglede;

7) organizovanje i pružanje prve pomoći i hitnih intervencija na licu mjesta i u procesu rada;

8) ocjenjivanje uslova rada na pojedinom radnom mjestu radi zaštite od profesionalnih bolesti;

9) ocjenjivanje potrebe i upućivanje zaposlenih izloženih zdravstvenim rizicima na radu, kao i hronično premorenih i fizički iscrpljenih zaposlenih na zdravstveno-preventivni aktivni odmor i na ranu rehabilitaciju i praćenje rezultata ovog odmora i rehabilitacije;

10) zdravstvenu edukaciju i zdravstveno obrazovanje zaposlenih.

Sadržaj mjera specifične zdravstvene zaštite zaposlenih bliže propisuje Ministarstvo, uz saglasnost ministarstva nadležnog za poslove rada.

Član 17

Specifična zdravstvena zaštita zaposlenih kod poslodavca ostvaruje se na osnovu ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove.

4. Prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene

zaštite

Član 18

U ostvarivanju zdravstvene zaštite građanin ima pravo na:

1) jednakost u cjelokupnom tretmanu prilikom ostvarivanja zdravstvene zaštite;

2) slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije, u skladu sa zakonom;

3) zdravstvenu zaštitu standardnog kvaliteta i jednakog sadržaja, kao i pravo na naknadu štete koja mu je nanesena pružanjem neodgovarajuće zdravstvene zaštite;

4) hitnu medicinsku pomoć u trenutku kada je ona neophodna, u skladu sa posebnim zakonom;

5) slobodan izbor između više mogućih oblika medicinskih intervencija koje ponudi doktor medicine, odnosno doktor stomatologije, u skladu sa ovim zakonom;

6) tačno obavještavanje i upoznavanje sa svim pitanjima koja se odnose na njegovo zdravlje;

7) odbijanje da bude predmet naučnog istraživanja, bez svoje saglasnosti ili bilo kog drugog pregleda ili medicinskog tretmana koji ne služi njegovom liječenju;

8) povjerljivost svih podataka koji se odnose na njegovo zdravlje;

9) odbijanje pregleda i liječenja, uključujući tu i pravo da tokom liječenja pisanim putem zatraži promjenu doktora medicine, odnosno doktora stomatologije, ako izjavi da je u doktora koji ga je liječio izgubio povjerenje;

10) odbijanje hirurške i druge medicinske intervencije, saglasno ovom zakonu.

Pravo izbora, prihvatanja, odnosno odbijanja pojedinih dijagnostičkih i terapeutskih postupaka iz stava 1 tač. 5,

7, 9 i 10 ovog člana građanin izražava potpisivanjem saglasnosti, osim ako je maloljetan ili nesposoban za rasuđivanje.

Ako je građanin nesposoban da donese odluku o izboru medicinske intervencije od ponuđenih mogućih oblika, a radi se o slučaju neodložne intervencije čije bi nepreduzimanje ugrozilo život i zdravlje građanina ili izazvalo trajna oštećenja, tu odluku ovlašćeni su da donesu članovi njegove uže porodice ili drugi bliži srodnici.

Ako bi davanje saglasnosti iz stava 3 ovog člana iziskivalo duži protek vremena, zbog čega bi život građanina bio ugrožen, saglasnost nije obavezna.

Građanin može odbiti hiruršku intervenciju, ako je svjestan i orijentisan u vremenu i prostoru i ako je sposoban za rasuđivanje.

Za lice koje nije pri svijesti ili nije sposobno za rasuđivanje saglasnost daju članovi njegove uže porodice ili drugi bliži srodnici. U slučaju neodložne medicinske intervencije saglasnost nije obavezna.

Saglasnost iz st. 2 i 3 ovog člana nije obavezna ni u slučajevima pružanja zdravstvene zaštite iz stava 1 tač. 9 i 10 ovog člana zaraženim i duševno oboljelim licima.

Način ostvarivanja prava iz ovog člana bliže propisuje Ministarstvo, u skladu sa odgovarajućim međunarodnim aktima i ovim zakonom.

Član 19

Primarnu zdravstvenu zaštitu građani ostvaruju preko izabranog tima doktora medicine ili izabranog doktora medicine ili izabranog doktora stomatologije (u daljem tekstu: izabrani tim ili izabrani doktor).

Izabrani tim iz stava 1 ovog člana, po pravilu, čine:

- specijalista primarne zdravstvene zaštite, odnosno doktor opšte medicine, pedijatar, specijalista opšte ili urgentne medicine, internista ili specijalista medicine rada, koji su edukovani za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;

- drugi zdravstveni radnici sa višom ili srednjom školskom spremom edukovani za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

U mjestima, odnosno naseljima gdje ne postoje uslovi za ostvarivanje zdravstvene zaštite na način iz stava 1 ovog člana građani ostvaruju zdravstvenu zaštitu preko doktora koji je određen u skladu sa ovim zakonom.

Izbor doktora vrši se najmanje na jednu godinu.

Bliže uslove u pogledu standarda, normativa i kvaliteta ostvarivanja zdravstvene zaštite preko izabranog tima ili izabranog doktora, kao i ostvarivanje zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 20

Odnosi između zdravstvenih radnika i građanina, prilikom ostvarivanja zdravstvene zaštite, zasnivaju se na međusobnom uvažavanju, povjerenju i očuvanju dostojanstva ličnosti.

U toku sprovođenja zdravstvene zaštite moraju se poštovati lična uvjerenja građanina koja se odnose na njegova vjerska, kulturna, moralna i druga opredjeljenja.

Građanin je dužan da pravo na zdravstvenu zaštitu koristi u skladu sa ovim zakonom i uputstvom o liječenju izdatom od strane zdravstvenog radnika.

Prioriteti u pružanju zdravstvene zaštite zasnivaju se isključivo na medicinskim indikacijama, uzimajući u obzir stepen invalidnosti, težinu oboljenja ili povrede i druge okolnosti u vezi sa zdravstvenim stanjem građanina.

Član 21

Građanin kome je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno koji nije zadovoljan pruženom zdravstvenom uslugom ili postupkom zdravstvenog ili drugog radnika zdravstvene ustanove može podnijeti prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada ili drugom ovlašćenom licu u zdravstvenoj ustanovi (u daljem tekstu: ovlašćeno lice).

Prigovor se podnosi usmeno ili pisano.

Po prigovoru iz stava 1 ovog člana ovlašćeno lice postupa odmah i o tome, neposredno ili u roku od pet dana od podnošenja prigovora, obavještava podnosioca prigovora.

Građanin koji je nezadovoljan odlukom iz stava 3 ovog člana može se obratiti zdravstvenoj

inspekciji. Ovlašćeno lice podnosi mjesečni izvještaj o podnijetim prigovorima licu koje

rukovodi zdravstvenom

ustanovom.

Član 22

Za vrijeme pružanja zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi građanin je dužan da se pridržava opštih akata zdravstvene ustanove o uslovima boravka i ponašanja u toj ustanovi.

U slučaju da građanin na stacionarnom liječenju zahtijeva da prekine liječenje, i pored upozorenja nadležnog doktora medicine na moguće posljedice zbog takve odluke, dužan je da o tome da pisanu izjavu.

U slučaju da građanin odbije da da pisanu izjavu iz stava 2 ovog člana, o tome će se sačiniti službena zabilješka u prisustvu svjedoka, koja se čuva u dokumentaciji o liječenju.

Član 23

Doktor medicine ima obavezu da sprovodi odgovarajuće dijagnostičke i terapijske postupke, ako posumnja da je lice koje se nalazi na liječenju oboljelo od zarazne bolesti i da je opasno po zdravlje drugih, u skladu sa posebnim zakonom.

Doktor medicine, u slučaju kad procijeni da je priroda duševne bolesti kod bolesnika takva da može da ugrozi sopstveni život ili život drugih lica ili imovinu, može bolesnika da uputi na bolničko liječenje, a nadležni doktor medicine te zdravstvene ustanove dužan je da to lice primi na bolničko liječenje, bez prethodnog pristanka bolesnika, odnosno punoljetnog člana njegove porodice.

Doktor medicine koji bolesnika iz stava 1 ovog člana uputi u psihijatrijsku ustanovu može da zatraži pomoć organa državne uprave nadležnog za unutrašnje poslove, ukoliko procijeni da je bolesnik u takvom stanju da može ugroziti bezbjednost ljudi i okoline.

Mjere iz st. 2 i 3 ovog člana doktor medicine preduzima u skladu sa posebnim zakonom.

Član 24

Zdravstveni radnici dužni su da čuvaju, kao profesionalnu tajnu, sve što znaju o zdravstvenom stanju građanina. Na čuvanje profesionalne tajne obavezni su i drugi zaposleni u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, studenti i učenici škole zdravstvenog usmjerenja.

Izuzetno, lica iz stava 1 ovog člana mogu biti oslobođena čuvanja profesionalne tajne, ako za to imaju saglasnost lica o čijem se zdravstvenom stanju radi ili je to neophodno učiniti u javnom interesu ili u interesu drugog lica.

U javnom interesu ili interesu drugog lica, u smislu stava 3 ovog člana, je:

- otkrivanje ili suđenje za najteža krivična djela, ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja podataka o zdravstvenom stanju građanina;

- zaštita javnog zdravlja i bezbjednosti;

- sprječavanje izlaganja drugog lica neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti za njegov život ili zdravlje.

Član 25

Zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika, odnosno jedinica lokalne samouprave može građanima ponuditi, u okviru utvrđenih standarda, posebne uslove pružanja zdravstvene zaštite u pogledu kadra, smještaja i vremena,
na način i pod uslovima koje bliže utvrdi Ministarstvo.

Zdravstvena ustanova iz stava 1 ovog člana dužna je da od Ministarstva pribavi odobrenje za pružanje zdravstvene zaštite na način iz stava 1 ovog člana.

Građanin koji se opredijeli za korišćenje zdravstvene zaštite na način iz stava 1 ovog člana sam snosi, u cjelini, troškove pružanja zdravstvene zaštite.

5. Sprovođenje zdravstvene zaštite

Član 26

U sprovođenju zdravstvene zaštite zdravstvena ustanova dužna je da primjenjuje samo naučno provjerene i dokazane medicinske metode i postupke u prevenciji, dijagnostikovanju, liječenju i rehabilitaciji oboljelih.

Kriterijume, standarde i smjernice za procjenu medicinskih tehnologija, kao i uslove za uvođenje novih medicinskih metoda i postupaka utvrđuje Ministarstvo.

U sprovođenju mjera zdravstvene zaštite mogu se primjenjivati i stručno provjerene, tradicionalne i alternativne metode liječenja, koje nijesu štetne po zdravlje građana.

Metode liječenja iz stava 3 ovog člana primjenjuju se u skladu sa propisom

Ministarstva. Za primjenu pojedine metode liječenja iz stava 3 ovog člana

saglasnost daje Ministarstvo.

Član 27

Ispitivanje i uvođenje novih metoda pri otkrivanju i sprječavanju bolesti, liječenju i rehabilitaciji oboljelih i povrijeđenih, kao i vršenju biomedicinskih istraživanja dozvoljeno je jedino uz saglasnost Ministarstva i uz pisanu saglasnost oboljelog, odnosno povrijeđenog lica, a za maloljetna lica ili lica pod starateljstvom, uz pisanu saglasnost roditelja ili staratelja.

Za primjenu metoda i postupaka iz stava 1 ovog člana saglasnost daje Ministarstvo, po prethodno pribavljenom

mišljenju nadležne komore i odgovarajućeg fakulteta zdravstvenog usmjerenja.

Član 28

Zabranjeno je reklamiranje metoda i postupaka zdravstvene zaštite u medijima, kao i od strane lica koja nijesu zdravstveni radnici.

Zdravstvene ustanove u medijima mogu oglašavati jedino: naziv zdravstvene ustanove, djelatnost, adresu i telefon, kao i radno vrijeme.

Rezultati stručno medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite mogu se saopštiti jedino na stručnim skupovima i objavljivati u stručnim časopisima i publikacijama, o čemu građani mogu biti obavještavani preko medija.

6. Vođenje medicinske dokumentacije i evidencije

Član 29

Svi učesnici u pružanju zdravstvene zaštite dužni su da vode odgovarajuću medicinsku dokumentaciju, izvještaje i evidencije, u skladu sa posebnim zakonom i da u propisanim rokovima dostavljaju individualne, zbirne i periodične izvještaje Institutu za javno zdravlje.

7. Zdravstvena zaštita stranaca

Član 30

Lica kojima je priznat status izbjeglica u Republici imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa odredbama ovog zakona, ako međunarodnim sporazumom nije drukčije određeno.

Član 31

Zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici dužni su da strancu ukažu hitnu medicinsku pomoć.

Stranci sami snose troškove za pruženu hitnu medicinsku pomoć ili druge vrste zdravstvene zaštite, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

Za korišćenje zdravstvene zaštite iz stava 1 ovog člana stranac plaća naknadu zdravstvenoj ustanovi prema cjenovniku zdravstvene ustanove.

III ZDRAVSTVENA DJELATNOST I ZDRA-VSTVENE USTANOVE

1. Nivoi zdravstvene

djelatnosti

Član 32

Zdravstvena djelatnost organizuje se na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita je osnov sistema zdravstvene zaštite i prvi nivo na kojem građanin ostvaruje zdravstvenu zaštitu ili se uključuje u proces ostvarivanja zdravstvene zaštite na drugim nivoima, osim u hitnim slučajevima.

Član 33

Zdravstvena djelatnost koja se obavlja na primarnom nivou zdravstvene zaštite, po pravilu, obuhvata:

1) aktivnosti na unapređenju zdravlja građana;

2) zdravstvenu edukaciju i obrazovanje o najčešćim zdravstvenim problemima na određenom području i

metodama njihove identifikacije, prevencije i kontrole;

3) promovisanje zdravog načina života, uključujući i zdravu ishranu stanovništva;

4) saradnju sa drugim organima, organizacijama, jedinicama lokalne samouprave i drugim subjektima u cilju podržavanja zaštite, unapređenja i poboljšanja uslova životne i radne sredine i higijenskih uslova za život i rad pojedinaca;

5) zdravstvenu zaštitu majke i djeteta i planiranje porodice;

6) otkrivanje, prevenciju i kontrolu malignih bolesti;

7) otkrivanje, prevenciju i kontrolu endemskih bolesti;

8) otkrivanje, sprječavanje i liječenje bolesti usta i zuba;

9) zdravstvenu zaštitu zaposlenih;

10) zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja;

11) imunizaciju protiv glavnih zaraznih bolesti;

12) patronažne posjete, liječenje i rehabilitaciju u kući;

13) prevenciju i liječenje najčešćih bolesti i povreda;

14) hitnu medicinsku pomoć;

15) zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladih s poremećajima u tjelesnom razvoju i zdravlju;

16) obezbjeđenje odgovarajućih ljekova.

Član 34

Hitna medicinska pomoć se organizuje u skladu sa posebnim zakonom, radi preduzimanja neophodne i neodložne medicinske intervencije čije bi nepreduzimanje ugrozilo život i zdravlje građanina ili izazvalo trajna oštećenja.

Član 35

Na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite građanima se obezbjeđuje

specijalizovana i visokospecijalizovana zdravstvena zaštita, koja se ne može obezbijediti na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Specijalizovana i visokospecijalizovana zdravstvena zaštita iz stava 1 ovog člana obuhvata složenije mjere i postupke u pogledu dijagnostikovanja, liječenja i sprovođenja ambulantne rehabilitacije, u cilju rješavanja kompleksnijih zdravstvenih problema.

Zdravstvena zaštita organizuje se na sekundarnom i tercijarnom nivou tako da nadopunjuje primarnu zdravstvenu zaštitu i pruža joj organizovanu i kontinuiranu pomoć i podršku, učešćem u edukaciji i davanjem stručnih uputstava, savjeta, preporuka i stručnih informacija kadrovima koji rade na nivou primarne zdravstvene zaštite o praktičnim pitanjima i problemima koji se javljaju u pružanju primarne zdravstvene zaštite.

Član 36

Zdravstvena zaštita na tercijarnom nivou pruža visokospecijalizovanu zaštitu obavljanjem najsloženijih oblika specijalističke zaštite, organizuje laboratorijsku ekspertizu i pruža podršku drugim nivoima zdravstvene zaštite.

Na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite organizuje se i sprovodi naučno istraživačka i naučna djelatnost.

Nastava za potrebe fakulteta zdravstvenog usmjerenja obavlja se na svim nivoima zdravstvene djelatnosti u

Republici.

Član 37

Zdravstvene ustanove na svim nivoima zdravstvene zaštite uspostavljaju jedinstven sistem upućivanja građana sa jednog na druge nivoe zdravstvene zaštite.

U slučaju da se građaninu na nivou primarne zdravstvene zaštite ne može pružiti adekvatna i pravovremena zdravstvena zaštita, zdravstvena ustanova, odnosno izabrani tim ili izabrani doktor upućuje tog građanina u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, odnosno odgovarajućem specijalisti na sekundarnom ili, izuzetno, na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, radi pregleda, liječenja i davanja odgovarajućeg mišljenja i uputstva za dalje liječenje na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Bolnice i druge vrste stacionarnih zdravstvenih ustanova ili ljekar specijalista kome je građanin upućen sa nivoa primarne zdravstvene zaštite mogu tog građanina uputiti na sljedeći nivo zdravstvene zaštite, gdje se pruža visokospecijalizovana zdravstvena zaštita upotrebom vrhunske zdravstvene tehnologije.

Član 38

Sistem upućivanja građana sa jednog na druge nivoe zdravstvene zaštite obuhvata razmjenu informacija, i to sa nivoa primarne zdravstvene zaštite o zdravstvenom stanju građanina sa podacima o prirodi bolesti ili zdravstvenog problema zbog kojeg se obratio izabranom timu ili izabranom doktoru i preduzetim mjerama, a sa sekundarnog odnosno tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite o izvršenim pregledima, nalazima i preduzetim mjerama liječenja i sa detaljnim uputstvima za dalje liječenje.

2. Vrste zdravstvenih ustanova

Član 39

Zdravstvene ustanove su: dom zdravlja, ambulanta, laboratorija, apoteka, bolnica, zavod, prirodno lječilište, klinika, klinički centar, institut i Institut za javno zdravlje.

Djelokrug rada zdravstvenih ustanova iz stava 1 ovog člana, njihovu organizaciju i način rada, kao i uslove koje moraju da ispunjavaju u pogledu prostora, potrebnog kadra i medicinsko tehničke opreme bliže propisuje Ministarstvo, u skladu sa standardima i normativima.

Član 40

Dom zdravlja je referentni centar primarne zdravstvene zaštite koji pruža ili omogućava podršku izabranom timu ili izabranom doktoru iz člana 19 ovog zakona iz oblasti:

1) imunizacije protiv glavnih zaraznih bolesti;

2) otkrivanja i suzbijanja činilaca koji utiču na pojavu i širenje zaraznih i nezaraznih bolesti;

3) zdravstvene zaštite žena i planiranja porodice i 4) kućnog liječenja i patronažne zdravstvene

zaštite. Dom zdravlja može omogućiti, odnosno pružiti podršku izabranom timu ili izabranom

doktoru i iz sljedećih

oblasti: 1) sprovođenja zdravstvene edukacije i obrazovanja o najčešćim zdravstvenim problemima i metodama njihove identifikacije, prevencije i kontrole; 2) higijensko-epidemiološke zaštite; 3) zaštite mentalnog zdravlja; 4) liječenja plućnih bolesti i TBC i 5) laboratorijskih, radioloških i drugih dijagnostičkih procedura, kao i drugih oblasti koje odredi Ministarstvo.

Izabrani tim ili izabrani doktor iz stava 1 ovog člana može biti organizovan samostalno ili u okviru doma zdravlja.

Član 41

Ambulanta i laboratorija su zdravstvene ustanove koje mogu da obavljaju zdravstvenu djelatnost na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Član 42

Apoteka je zdravstvena ustanova na primarnom nivou zdravstvene zaštite koja obavlja farmaceutsku zdravstvenu djelatnost.

Apoteka vodi finansijsko i materijalno knjigovodstvo, u skladu sa zakonom.

Član 43

Bolnica je zdravstvena ustanova koja obavlja bolničku djelatnost.

Bolnička djelatnost obuhvata dijagnostiku, liječenje i medicinsku rehabilitaciju. Za vrijeme liječenja u bolnici građaninu se obezbjeđuje smještaj, ishrana i odgovarajuća zdravstvena njega.

Pored bolničke djelatnosti bolnica obavlja i sljedeće poslove: specijalističko konsultativno i konzilijarno liječenje; urgentnu medicinsku pomoć; laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku; ambulantno-medicinsku rehabilitaciju, ako to priroda njenog posla zahtijeva; obezbjeđenje krvi i krvne plazme; poslove anesteziologije; poslove patologije; poslove mrtvačnice, kao i snabdijevanje ljekovima i medicinskim sredstvima preko bolničke apoteke.

Bolnica može biti opšta i specijalna, a pojedini oblici specijalizovane zdravstvene zaštite mogu se obavljati i u dnevnoj bolnici.

Opšta bolnica je zdravstvena ustanova na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite koja, pored djelatnosti iz st. 1,

2 i 3 ovog člana, obavlja najmanje djelatnost hirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i akušerstva.

Za obavljanje djelatnosti iz stava 5 ovog člana opšta bolnica obrazuje odjeljenja.

Opšta bolnica je obavezna da obezbijedi uslove za zbrinjavanje akutnih zaraznih bolesti i akutnih stanja u psihijatriji.

Specijalna bolnica je zdravstvena ustanova na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite koja obavlja specijalističko konsultativnu i visokospecijalizovanu konzilijarnu zdravstvenu djelatnost i bolničko liječenje za određene vrste bolesti i odgovarajuću medicinsku rehabilitaciju.

Specijalna bolnica mora da raspolaže odgovarajućim posteljnim fondom prema svojoj namjeni, dijagnostičkim i drugim specifičnim uslovima za obavljanje djelatnosti u određenoj specifičnoj grani zdravstvene zaštite koju pruža.

U dnevnoj bolnici pruža se specijalizovana zdravstvena zaštita u dnevnom tretmanu.

Član 44

Zavod je zdravstvena ustanova koja se osniva za određenu oblast zdravstvene zaštite ili za zdravstvenu zaštitu određene kategorije stanovništva ili populacione grupe.

Član 45

Prirodno lječilište je zdravstvena ustanova koja obavlja liječenje i medicinsku rehabilitaciju, uz korišćenje prirodnog faktora u liječenju (voda, blato, pijesak, more i dr).

Član 46

Klinika je zdravstvena ustanova ili organizacioni dio zdravstvene ustanove koja obavlja visokospecijalizovanu specijalističko - konsultativnu i bolničku zdravstvenu djelatnost iz određene grane medicine, odnosno stomatologije.

Član 47

Klinički centar je visokospecijalizovana zdravstvena ustanova na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koja koristi najsloženije metode dijagnostikovanja i liječenja i obavlja specijalističko - konsultativnu i subspecijalističku bolničku zdravstvenu djelatnost iz više oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grana medicine.

Klinički centar je nastavna baza fakulteta zdravstvenog usmjerenja i obavlja naučno-istra-živačku i nastavnu djelatnost za oblast kliničkih grana medicine, u skladu sa zakonom.

Klinički centar je odgovoran za stručno-me-todološku edukaciju i koordinaciju u svim oblastima zdravstvene zaštite na sekundarnom nivou.

Klinički centar, u skladu sa planom i programom fakulteta zdravstvenog usmjerenja, organizuje i obavlja dodiplomsku i poslijediplomsku nastavu za studente tog fakulteta, na osnovu ugovora sa fakultetom.

Klinički centar organizuje i sprovodi specijalističko usavršavanje iz područja užih specijalnosti zdravstvenih radnika iz oblasti kliničkih grana medicine, na način iz stava 4 ovog člana.

Član 48

Institut je zdravstvena ustanova na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite ili organizacioni dio zdravstvene ustanove koja obavlja visoko - specijalističku konsultativnu i bolničku djelatnost ili samo specijalističko- konsultativnu djelatnost.

Institut se može osnovati za obavljanje djelatnosti iz jedne ili više oblasti zdravstvene zaštite ili grana medicine odnosno stomatologije.

Institut obavlja i naučno - istraživačku i nastavnu djelatnost, u skladu sa zakonom.

Član 49

Institut za javno zdravlje je visokospecijalizovana zdravstvena ustanova na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite čija je djelatnost usmjerena na očuvanje i unapređenje zdravlja svih građana.

U obavljanju djelatnosti iz stava 1 ovog člana Institut za javno zdravlje:

1) prati i procjenjuje zdravstveno stanje stanovništva i kreira baze podataka za planiranje, praćenje i evaluaciju svih javno - zdravstvenih aktivnosti i aktivnosti zdravstvene zaštite u Republici;

2) identifikuje faktore rizika po zdravlje od zaraznih i hroničnih masovnih nezaraznih bolesti, uključujući biološke, ekološke, socio - ekonomske faktore i stilove života i preduzima mjere za smanjenje njihovog uticaja ili njihovo eliminisanje;

3) vrši prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti;

4) predlaže i sprovodi mjere za zaštitu i promociju zdravlja, a naročito u pogledu kontrole zdravstvene ispravnosti životnih namirnica, predmeta za opštu upotrebu, vode za piće, čvrstih i otpadnih materija, buke i zagađivanja vazduha;

5) analizira stanje i izvještava nadležne državne organe o infrastrukturi, kadrovskim resursima, aktivnostima, korišćenju i kvalitetu zdravstvene zaštite koje pružaju sve zdravstvene ustanove u Republici;

6) obavlja funkcije referentne laboratorije za pojedine analize za čije je procedure akreditovan;

7) istražuje i razvija aktivnosti u oblasti javnog zdravlja, zdravstvenu politiku i kreira programe javnog zdravlja;

8) organizuje dodiplomsku i poslijediplomsku edukaciju iz javno - zdravstvenih disciplina, kao i aktivnosti kontinuirane edukacije iz drugih oblasti zdravstvene zaštite;

9) učestvuje u preventivnom nadzoru nad projektovanjem i izgradnjom građevinskih i drugih objekata i u izradi prostornih i urbanističkih planova sa gledišta zaštite i unapređenja životne i radne sredine i zdravlja građana;

10) predlaže potrebne mjere u slučajevima vanrednih okolnosti, elementarnih nepogoda i epidemija većih razmjera i učestvuje u njihovom sprovođenju;

11) vodi evidencije iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvene djelatnosti, saglasno posebnim

propisima. Institut za javno zdravlje može da izvodi mikrobiološke i biohemijske testove za

zdravstvene ustanove na

primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, kao i za druga fizička i pravna lica, pod uslovom da ovi

poslovi ne ugrožavaju obavljanje djelatnosti Instituta.

Poslove iz stava 3 ovog člana Institut za javno zdravlje obavlja na osnovu ugovora sa ustanovama i drugim pravnim i fizičkim licima.

3. Osnivanje zdravstvenih ustanova

Član 50

Zdravstvene ustanove se osnivaju u skladu sa mrežom zdravstvenih ustanova, koja se zasniva na standardima, normativima, planiranom razvoju zdravstvenog sistema i prioritetnim mjerama zdravstvene zaštite.

Član 51

Osnivač zdravstvene ustanove može biti Republika, jedinica lokalne samouprave, domaće i strano pravno i fizičko lice.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost javnog zdravlja, transfuziju krvi, uzimanje, tipizaciju i presađivanje djelova ljudskog tijela, hitnu medicinsku pomoć, klinički centar i Institut za javno zdravlje osniva Republika.

Član 52

Kad je osnivač zdravstvene ustanove Republika, odnosno jedinica lokalne samouprave, akt o osnivanju donosi

Vlada, odnosno nadležni organ jedinice lokalne samouprave.

Član 53

Akt o osnivanju zdravstvene ustanove sadrži, naročito:

1) naziv, ime i sjedište, odnosno prebivalište osnivača;

2) naziv i sjedište zdravstvene ustanove;

3) djelatnost zdravstvene ustanove;

4) uslove i način obezbjeđenja prostora, kadra i medicinsko - tehničke opreme;

5) sredstva neophodna za osnivanje i početak rada zdravstvene ustanove i način njihovog obezbjeđivanja;

6) prava i obaveze osnivača u pogledu obavljanja djelatnosti zbog koje se zdravstvena ustanova osniva;

7) organe zdravstvene ustanove;

8) druga pitanja od značaja za osnivanje ustanove.

Član 54

Zdravstvena ustanova može početi sa radom i obavljati zdravstvenu djelatnost pod uslovima propisanim ovim zakonom i propisom Ministarstva.

Rješenje o ispunjenosti uslova iz stava 1 ovog člana donosi Ministarstvo, u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva.

Član 55

Zdravstvena ustanova, nakon dobijanja rješenja iz člana 54 stav 2 ovog zakona, upisuje se u centralni registar

Privrednog suda.

Upisom u registar iz stava 1 ovog člana zdravstvena ustanova stiče svojstvo pravnog lica.

Zdravstvena ustanova iz stava 2 ovog člana dužna je da o svakoj promjeni uslova za obavljanje zdravstvene djelatnosti propisanih ovim zakonom obavijesti Ministarstvo.

Član 56

Troškove nastale u postupku po zahtjevu za osnivanje i početak rada zdravstvene ustanove

snosi osnivač. Način utvrđivanja i visinu troškova iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 57

Odredbe čl. 54 do 56 ovog zakona primjenjuju se i u slučaju proširenja ili promjene djelatnosti zdravstvene ustanove.

Član 58

Zdravstvena ustanova prestaje sa radom ako prestane potreba za obavljanjem djelatnosti za koju je osnovana ili ne ispunjava zakonom propisane uslove za obavljanje djelatnosti.

Odluku o prestanku rada zdravstvene ustanove donosi osnivač.

4. Organi zdravstvenih ustanova

Član 59

Organi zdravstvene ustanove su odbor direktora i direktor.

Odbor direktora je organ upravljanja, a direktor organ rukovođenja zdravstvenom ustanovom.

Odbor direktora nije obavezan organ zdravstvene ustanove, izuzev kad je osnivač Republika ili jedinica lokalne samouprave.

Ako zdravstvena ustanova nema odbor direktora, funkciju odbora vrši direktor.

Ako je osnivač fizičko lice, funkciju direktora može sam vršiti ili imenovati drugo lice.

Član 60

Broj članova odbora direktora zdravstvene ustanove određuje se statutom, u zavisnosti od vrste i obima djelatnosti koju ustanova obavlja.

Broj članova odbora direktora zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika, odnosno jedinica lokalne samouprave ne može biti manji od pet niti veći od devet članova.

Odbor direktora iz stava 2 ovog člana čine predstavnici osnivača i zaposlenih u zdravstvenoj

ustanovi. Predstavnici osnivača čine više od polovine članova odbora direktora.

U odbor direktora mogu biti imenovani i predstavnici nevladinih organizacija čiji je osnovni cilj zaštita interesa hendikepiranih, invalidnih i oboljelih lica.

Član 61

U zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika odbor direktora imenuje Vlada, na predlog Ministarstva.

U odbor direktora zdravstvene ustanove iz stava 1 ovog člana, koja je osnovana za teritoriju jedinice lokalne samouprave, odnosno obavlja zdravstvenu djelatnost na njenoj teritoriji, obavezno se imenuje jedan ili više predstavnika jedinice lokalne samouprave.

Članove odbora direktora iz stava 2 ovog člana predlaže nadležni organ jedinice lokalne samouprave, u skladu sa svojim statutom.

U zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač jedinica lokalne samouprave odbor direktora imenuje nadležni organ jedinice lokalne samouprave.

Mandat članova odbora direktora zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika ili jedinica lokalne samouprave traje četiri godine.

Član 62

Odbor direktora zdravstvene ustanove:

1) donosi statut i druge opšte akte;

2) donosi plan i program rada i razvoja ustanove, program edukacije kadrova i kontroliše njihovo izvršenje;

3) donosi finansijski plan i usvaja finansijske iskaze i izvještaje;

4) predlaže osnivaču promjenu ili proširenje djelatnosti;

5) odlučuje u drugom stepenu o pojedinim pravima zaposlenih, u skladu sa propisima iz oblasti rada;

6) uz saglasnost Ministarstva utvrđuje cijene zdravstvenih usluga koje se pružaju trećim licima;

7) uz saglasnost Ministarstva utvrđuje cijene zdravstvenih usluga koje se pružaju iznad obima standarda zdravstvene zaštite, utvrđenog posebnim zakonom, kao i cijene zdravstvenih usluga koje se pružaju pod posebnim uslovima, u smislu člana 25 ovog zakona;

8) vrši i druge poslove propisane statutom zdravstvene ustanove.

Odbor direktora donosi odluke većinom glasova ukupnog broja članova, ako statutom zdravstvene ustanove za odlučivanje o pojedinim pitanjima nije predviđena druga kvalifikovana većina.

Član 63

Direktor zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika ili jedinica lokalne samouprave bira se na osnovu

konkursa i podnesenog programa.

Direktora zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika ili jedinica lokalne samouprave bira i razrješava odbor direktora.

Izuzetno od stava 2 ovog člana, direktora Kliničkog centra i Instituta za javno zdravlje imenuje i razrješava

Vlada, na predlog Ministarstva.

Mandat direktora iz stava 1 ovog člana traje četiri godine.

Član 64

Direktor organizuje i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada i finansijsko poslovanje ustanove, kao i primjenu odgovarajućih tehnologija u pružanju zdravstvene zaštite.

Direktor podnosi pisani izvještaj odboru direktora o poslovanju zdravstvene ustanove, a najmanje jednom godišnje.

Direktor učestvuje u radu odbora direktora bez prava odlučivanja.

Član 65

Direktor može biti razriješen i prije isteka mandata na koji je izabran, u sljedećim slučajevima:

1) na lični zahtjev;

2) ako nastane neki od razloga koji po posebnim propisima ili propisima o radu predstavlja osnov za prestanak radnog odnosa, odnosno raskid ugovora o radu;

3) ako zdravstvena ustanova ne izvršava ugovorne obaveze prema Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Fond);

4) ako se ne pridržava propisa, opštih akata, planova i programa zdravstvene ustanove ili ne izvršava odluke upravnog odbora;

5) ako svojim nesavjesnim ili nepravilnim radom prouzrokuje štetu zdravstvenoj ustanovi;

6) ako nemarnim obavljanjem svojih dužnosti doprinese nekvalitetnom stručnom radu zdravstvene

ustanove. Prije donošenja odluke o razrješenju iz stava 1 tač. 2, 3, 4, 5 i 6 ovog člana, direktoru se

mora omogućiti da se

izjasni o razlozima za razrješenje.

Član 66

U zdravstvenim ustanovama koje pružaju zdravstvenu zaštitu na tercijarnom nivou obrazuje se medicinski odbor. Medicinski odbor je stručno - savjetodavni organ koji prati naučni i stručni rad i naučne projekte iz oblasti

kliničke medicine i ostvaruje saradnju u oblasti naučno - istraživačke i nastavne djelatnosti sa fakultetom zdravstvenog usmjerenja i drugim naučnim institucijama u zemlji i inostranstvu.

Sastav i broj članova medicinskog odbora, način njihovog izbora, kao i poslovi koje obavlja bliže se određuje statutom zdravstvene ustanove.

Član 67

Zdravstvene ustanove mogu obrazovati etički komitet.

Etički komitet imenuje odbor direktora ustanove kao svoj savjetodavni organ, radi sprovođenja djelatnosti

ustanove na načelima medicinske etike i deontologije.

Etički komitet, po pravilu, ima pet članova, i to: tri predstavnika zdravstvene ustanove i dva predstavnika iz reda pravosudnih, naučnih i drugih stručnih organa ili organizacija.

Predsjednika etičkog komiteta biraju većinom glasova članovi etičkog komiteta iz svog sastava.

Član 68

Etički komitet zdravstvene ustanove:

1) prati primjenu etičkih načela zdravstvene struke u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove;

2) daje mišljenje o etičkim aspektima naučnih ispitivanja i istraživanja u zdravstvenoj ustanovi;

3) daje mišljenje kod uzimanja djelova organa umrlog lica nakon sprovedene obdukcije u naučno-nastavne svrhe;

4) daje mišljenje o drugim etičkim pitanjima u obavljanju djelatnosti zdravstvene ustanove.

5. Statut i unutrašnja organizacija zdravstvenih ustanova

Član 69

Zdravstvena ustanova donosi statut i druge opšte akte.

Statutom se uređuje, naročito: djelatnost zdravstvene ustanove; organizacija i način rada zdravstvene ustanove; uslovi za izbor članova odbora direktora i direktora; djelokrug i način rada direktora i odbora direktora; način odlučivanja i druga pitanja od značaja za rad i poslovanje zdravstvene ustanove.

Član 70

Na statut i akt o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika, odnosno jedinica lokalne samouprave saglasnost daje Ministarstvo, odnosno nadležni organ jedinice lokalne samouprave.

6. Organizovanje rada i radno vrijeme

Član 71

Raspored, početak i završetak radnog vremena u zdravstvenoj ustanovi utvrđuje se zavisno od vrste zdravstvene ustanove, odnosno od oblika zdravstvene zaštite koju ta ustanova pruža, a u skladu sa potrebama građana.

Zdravstvena ustanova organizuje svoj rad i utvrđuje raspored radnog vremena, u smislu stava 1 ovog člana, u skladu sa aktom Ministarstva.

Zdravstvena ustanova je dužna da, u okviru propisanog radnog vremena, neprekidno pruža zdravstvenu zaštitu, radom u jednoj, dvije ili više smjena, dvokratnim radnim vremenom, pripravnošću ili dežurstvom.

Pripravnost je poseban oblik rada kad zdravstevni radnik ne mora biti prisutan u zdravstvenoj ustanovi, ali mora biti dostupan, radi obavljanja hitne medicinske pomoći.

Dežurstvo se uvodi i organizuje u skladu sa propisima o radu.

Zdravstveni radnici ne mogu napuštiti radno mjesto dok ne dobiju zamjenu, iako je njihovo radno vrijeme isteklo, ako bi time doveli u pitanje bezbjednost pružanja zdravstvene zaštite.

Zdravstvene ustanove su dužne da istaknu raspored radnog vremena na vidnom mjestu.

Član 72

U slučajevima vanrednih okolnosti, elementarnih nepogoda i epidemija većih razmjera, Ministarstvo može da preduzme mjere i aktivnosti u vezi: organizacije i rasporeda rada i radnog vremena, promjene mjesta i uslova rada pojedinim zdravstvenim ustanovama, zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima.

Član 73

Zdravstveni radnici koji su izabrani za nastavnike i saradnike na fakultetu zdravstvenog usmjerenja obavljaju zdravstveni, naučno-istra-živački i nastavni rad u okviru jedinstvenog procesa rada.

Međusobna prava i obaveze između zdravstvene ustanove i fakulteta zdravstvenog usmjerenja, u smislu stava 1 ovog člana, uređuju se ugovorom.

Član 74

Zdravstveni radnik zaposlen u jednoj zdravstvenoj ustanovi može zaključiti ugovor o dopunskom radu sa drugom zdravstvenom ustanovom, uz saglasnost direktora zdravstvene ustanove, a u skladu sa propisima o radu.

7. Zakup

Član 75

Zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika, odnosno jedinica lokalne samouprave može izdavati u zakup prostor, medicinsko-te-hničku opremu i druga sredstva neophodna za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno drugu opremu i sredstva koja su u funkciji pružanja zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama.

Uslove izdavanja u zakup prostora, opreme i drugih sredstava iz stava 1 ovog člana propisuje

Ministarstvo. Zdravstvena ustanova iz stava 1 ovog člana dužna je da za izadavanje u zakup

prostora, opreme i drugih

sredstava, u smislu stava 1 ovog člana, pribavi odobrenje Ministarstva.

8. Sredstva za rad zdravstvenih ustanova

Član 76

Zdravstvena ustanova stiče sredstva za rad:

1) od osnivača, u skladu sa aktom o osnivanju;

2) od Fonda;

3) iz budžeta Republike, odnosno budžeta jedinice lokalne samouprave;

4) od pravnih i fizičkih lica pod uslovima određenim zakonom, aktom o osnivanju i statutom zdravstvene ustanove;

5) iz sredstava dobrovoljnog osiguranja;

6) iz drugih izvora.

Član 77

Pravo na sticanje sredstava koja se obezbjeđuju preko Fonda imaju javne i privatne zdravstvene ustanove, u skladu sa ovim zakonom i zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje.

9. Drugi subjekti koji mogu obavljati zdravstvenu djelatnost

Član 78

Ustanove socijalne i dječje zaštite, ustanove za izvršenje krivičnih sankcija i druge ustanove namijenjene za smještaj određenih lica, državni organi sa specifičnim potrebama u oblasti zdravstvene zaštite i privredna društva, za lica smještena, odnosno zaposlena u njima, mogu organizovati, odnosno obavljati zdravstvenu djelatnost na primarnom nivou zdravstvene zaštite, pod uslovima utvrđenim ovim zakonom za odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

Ugostiteljski objekti mogu obavljati poslove zdravstvene zaštite za lica koja su smještena u njima, pod uslovima iz stava 1 ovog člana.

Bliže uslove za obavljanje zdravstvene djelatnosti u pogledu prostora, kadra i medicinsko - tehničke opreme, zavisno od vrste zdravstvene ustanove, u smislu st. 1 i 2 ovog člana, propisuje Ministarstvo.

Član 79

Obaveze zdravstvenih ustanova utvrđene ovim zakonom, u pogledu vođenja medicinske dokumentacije, evidencija i dostavljanja odgovarajućih izvještaja, shodno se primjenjuju i na ustanove, državne organe i druge subjekte iz člana 78 ovog zakona.

IV ZDRAVSTVENI RADNICI I ZDRAVSTV-ENI SARADNICI

1. Zajedničke odredbe

Član 80

Stručno-medicinske aktivnosti, mjere i postupke u vršenju zdravstvene djelatnosti obavljaju zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, pod uslovima utvrđenim ovim zakonom.

Zabranjeno je obavljanje zdravstvene djelatnosti licu koje se, u smislu ovog zakona, ne smatra zdravstvenim radnikom i zdravstvenim saradnikom.

Član 81

Zdravstveni radnici, zavisno od stepena školske spreme i poslova zdravstvene djelatnosti koje obavljaju, su:

1) doktor medicine, doktor stomatologije i diplomirani farmaceut medicinski biohemičar (u daljem tekstu:

farmaceut);

2) viša medicinska sestra, viši medicinski tehničar i viši zdravstveni tehničar, sa bližom oznakom smjera i viši zubar, u skladu sa posebnim zakonom;

3) medicinska sestra, medicinski i zdravstveni tehničar, laboratorijski tehničar, farmaceutski tehničar i zubni tehničar, sa bližom oznakom smjera, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 82

Zdravstveni radnici stiču obrazovanje na fakultetu zdravstvenog usmjerenja i na višim i srednjim školama zdravstvenog usmjerenja.

Član 83

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici obavezni su da, nakon završenog obrazovanja, obave pripravnički staž u zdravstvenim ustanovama i polože stručni ispit.

Zdravstvene ustanove dužne su da omoguće zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima obavljanje pripravničkog staža.

Pripravnički staž se izvodi po utvrđenom programu, kroz praktičan rad u zdravstvenim ustanovama, pod neposrednim nadzorom ovlašćenog zdravstvenog radnika, koji ima najmanje dvije godine samostalnog rada i najmanje isti stepen školske spreme koju posjeduje pripravnik.

Podaci o vremenu provedenom na pripravničkom stažu i o radu pripravnika unose se u pripravničku knjižicu i ovjeravaju od strane zdravstvene ustanove u kojoj je obavljen pripravnički staž.

Bliže uslove, dužinu trajanja i način obavljanja pripravničkog staža, kao i obaveze zdravstvenih ustanova prema pripravniku u toku trajanja pripravničkog staža propisuje Ministarstvo.

Član 84

Program pripravničkog staža za zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike, uslove izvođenja i način evidencije tog staža, plan i program praktičnog rada i obuke za pripravnike, zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike, organizaciju polaganja stručnih ispita, sastav i rad ispitnih komisija, sadržaj stručnih ispita, obrazac zapisnika o polaganju stručnih ispita, obrazac uvjerenja o položenom stručnom ispitu, obrazac i način vođenja pripravničke knjižice i način polaganja stručnog ispita propisuje Ministarstvo.

Polaganje stručnih ispita zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika sa visokom, višom i srednjom školskom spremom organizuje Ministarstvo.

Stručni ispit se polaže pred komisijom čije članove imenuje Ministarstvo.

Član 85

Zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima koji su pripravnički staž ili dio staža obavili u inostranstvu, Ministarstvo može, na njihov zahtjev, priznati pripravnički staž ili dio staža, pod uslovom da program obavljenog pripravničkog staža u inostranstvu bitno ne odstupa od programa pripravničkog staža donesenog na osnovu ovog zakona.

2. Stručno osposobljavanje i usavršavanje zdravstvenih radnika

Član 86

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici imaju pravo i dužnost da se stručno usavršavaju radi održavanja i unapređivanja kvaliteta zdravstvene zaštite koju pružaju.

Zdravstvena ustanova je dužna da obezbijedi stručno usavršavanje zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, u skladu sa ovim zakonom.

Član 87

Specijalizacijom, odnosno užom specijalizacijom, kao posebnim vidom stručnog usavršavanja, stiču

se znanja i stručnost za specijalistički i subspecijalistički praktični rad u određenoj oblasti zdravstvene zaštite.

Specijalizacija, odnosno uža specijalizacija obavlja se prema određenom programu koji uključuje teorijski i praktični dio. Teorijski dio specijalizacije, odnosno uže specijalizacije obavlja se na odgovarajućem fakultetu zdravstvenog usmjerenja, a praktični dio u zdravstvenoj ustanovi koja ispunjava propisane uslove.

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici kojima je dodijeljena specijalizacija, odnosno uža specijalizacija počinju sa obavljanjem specijalističkog staža danom upisa na fakultet zdravstvenog usmjerenja.

Vrste, programe i trajanje specijalizacija, kao i užih specijalizacija, način obavljanja staža i polaganja ispita, uslove koje treba da ispunjavaju zdravstvene ustanove za obavljanje staža, bliže uslove i način priznavanja specijalističkog staža propisuje Ministarstvo.

Član 88

Specijalizacija se može odobriti zdravstvenom radniku i zdravstvenom saradniku sa visokom školskom spremom, koji ima položen stručni ispit i koji je u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi.

Izuzetno, zdravstvenom radniku iz stava 1 ovog člana, koji nije u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi, Ministarstvo može da odobri specijalizaciju za potrebe ministarstva i odgovarajućih republičkih organa uprave, fakulteta zdravstvenog usmjerenja, naučno - istraživačkih ustanova i pravnih lica koja obavljaju proizvodnju i promet ljekova i medicinskih sredstava.

Zdravstveni radnik sa visokom školskom spremom može se, poslije završene specijalizacije, usavršavati u užoj specijalizaciji.

Član 89

Ministarstvo donosi godišnji plan potreba specijalizacija i užih specijalizacija, u skladu sa standardima obezbijeđenosti kadrovima za pojedine oblasti i nivoe zdravstvene djelatnosti i planom razvoja kadrova u oblasti zdravstva.

Planom iz stava 1 ovog člana utvrđuje se broj specijalizacija, odnosno užih specijalizacija, po oblastima zdravstvene zaštite, odnosno granama medicine, stomatologije i farmacije koje se mogu odobriti.

Izbor zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika kojima se odobrava specijalizacija, odnosno uža specijalizacija, u skladu sa odredbom stava 2 ovog člana, vrši se na osnovu javnog konkursa, koji objavljuje zdravstvena, odnosno druga ustanova koja obavlja zdravstvenu djelatnost, uz prethodnu saglasnost Ministarstva.

Odluku o odobravanju specijalizacije, odnosno uže specijalizacije donosi direktor zdravstvene ustanove iz stava

3 ovog člana.

Protiv odluke direktora iz stava 4 ovog člana zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik može izjaviti žalbu odboru direktora zdravstvene ustanove, u roku od 15 dana od dana dostavljanja odluke.

Član 90

Uslovi i kriterijumi za obavljanje specijalizacija i užih specijalizacija, postupak po kome se vrši izbor između prijavljenih kandidata i prava i obaveze izabranih kandidata prema zdravstvenoj ustanovi, u vezi sa odobrenom specijalizacijom, odnosno užom specijalizacijom, bliže se uređuju aktom Ministarstva.

Međusobna prava i obaveze između zdravstvene ustanove i zdravstvenog radnika, odnosno saradnika kome je odobrena specijalizacija, odnosno uža specijalizacija uređuju se ugovorom.

Član 91

Zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik koji je obavio specijalistički staž polaže specijalistički ispit, najkasnije u roku od šest mjeseci nakon obavljenog specijalističkog staža.

Specijalistički ispit se polaže pred komisijom fakulteta zdravstvenog usmjerenja. Diplomu o položenom specijalističkom ispitu izdaje fakultet zdravstvenog usmjerenja.

Član 92

Zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik, koji je završio odgovarajuću školu odnosno fakultet u inostranstvu, kao i zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik - stranac mogu obavljati poslove zdravstvene djelatnosti ako nostrifikuju diplomu.

Nostrifikacija diplome iz stava 1 ovog člana vrši se u skladu sa zakonom.

Član 93

Doktori medicine, doktori stomatologije i farmaceuti, koji imaju deset godina rada u struci, objavljene naučne i stručne radove, licencu iz prakse, kao i postignute rezultate na stručnom usavršavanju kadrova i razvoju zdravstvene zaštite mogu dobiti zvanje primarijus, kao stručno i društveno priznanje.

Zahtjev za dobijanje zvanja primarijus podnosi organ zdravstvene ustanove u kojoj je kandidat u radnom odnosu, određen opštim aktom.

Zvanje primarijus dodjeljuje posebna komisija koju obrazuje Ministarstvo, iz reda profesora fakulteta zdravstvenog usmjerenja i istaknutih stručnjaka iz zdravstvene oblasti.

Način rada Komisije iz stava 3 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 94

Stručno usavršavanje zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika obuhvata učešće zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika na kursevima, seminarima, simpozijumima, kongresima i drugim stručnim i naučnim skupovima, iz domena svog rada odnosno specijalizacije.

Podnošenje stručnih i naučnih referata i drugih oblika pisanih priloga na skupovima iz stava 1 ovog člana jedan je od uslova za izdavanje licence iz člana 99 ovog zakona, kao i za napredovanje u struci zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

Član 95

Zdravstveni radnici su dužni da, u cilju obuke i sticanja ekspertskih znanja, provedu određeno vrijeme na stručnom seminaru, kursu i drugim vidovima stručnog usavršavanja, u skladu sa ovim zakonom, kao i da kontinuirano prate i usvajaju savremena znanja.

Zdravstvena ustanova je dužna da zdravstvenim radnicima obezbijedi stručno usavršavanje iz stava 1 ovog člana, u skladu sa programom edukacije kadrova, koji se zasniva na planu razvoja kadrova u zdravstvu iz člana 12 stava 3 tačka 8 ovog zakona.

U slučaju da zdravstvena ustanova odbije da obezbijedi zdravstvenom radniku ostvarivanja prava iz stava 2 ovog člana, zdravstveni radnik može da podnese žalbu Ministarstvu, o čemu obavještava nadležnu komoru.

Protiv odluke iz stava 3 ovog člana može se pokrenuti upravni spor.

Bliža uputstva za stručno usavršavanje zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, u smislu stava 1 ovog člana, donosi Ministarstvo.

Član 96

Stručne i naučne referate i druge vidove stručnog usavršavanja iz čl. 94 i 95 ovog zakona vrednuje i sprovodi nadležna komora.

Vrednovanje iz stava 1 ovog člana nadležna komora dostavlja zdravstvenoj ili drugoj ustanovi u kojoj je zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik zaposlen.

3.
Licence

Član 97

Zdravstveni radnici mogu samostalno obavljati zdravstvenu djelatnost, ako pored odgovarajuće školske spreme imaju položen stručni ispit.

Član 98

Zdravstvenim radnicima sa visokom školskom spremom i položenim stručnim ispitom nadležna komora izdaje licencu za rad i vodi registar izdatih licenci.

Zahtjev za izdavanje licence za rad podnosi zdravstveni radnik iz stava 1 ovog člana.

Član 99

Zdravstveni radnici iz člana 98 stav 1 ovog zakona mogu dobiti i licencu iz prakse, pod uslovima utvrđenim ovim zakonom.

Licenca iz prakse se izdaje doktoru medicine ili doktoru stomatologije, pod uslovom da ima:

1) licencu za rad;

2) dodatno ekspertsko znanje i sposobnosti, u skladu sa čl. 94 i 95 ovog zakona;

3) dokaz o prethodnom iskustvu u oblasti medicine odnosno stomatologije (stručne reference);

4) odgovarajuću specijalizaciju ili subspecijalizaciju, ako obavlja zdravstvenu djelatnost iz određene specijalističke, odnosno subspecijalističke oblasti medicine, odnosno stomatologije.

Licencu iz prakse može dobiti farmaceut, ako ima:

1) licencu za rad;

2) dokaz o prethodnom iskustvu u oblasti farmacije (stručne reference);

3) odgovarajuću specijalizaciju ili subspecijalizaciju, ukoliko je potrebna za određenu oblast rada.

Licenca iz prakse je osnov za napredovanje u struci i jedan od kriterijuma za nagrađivanje zdravstvenih radnika. Licencu iz prakse iz st. 2 i 3 ovog člana izdaje nadležna komora.

Licenca iz prakse važi za period od sedam godina i obnavlja se u skladu sa ovim zakonom i posebnim aktom nadležne komore.

Član 100

Postupak izdavanja, odnosno oduzimanja licence za rad, kao i postupak izdavanja, oduzimanja i obnove licence iz prakse sprovodi se po odredbama zakona kojim je uređen opšti upravni postupak.

Sadržaj i način vođenja registra licenci za rad i licenci iz prakse, kao i obrazac licenci propisuje Ministarstvo, na predlog LJekarske i Farmaceutske komore.

Član 101

Zdravstvenom radniku može se, privremeno ili trajno, oduzeti licenca iz čl. 98 i 99 ovog zakona.

Član 102

Nadležna komora privremeno oduzima licencu za rad u slučaju da:

1) je zdravstveni radnik osuđen na kaznu zatvora zbog krivičnog djela protiv zdravlja ljudi, izuzev krivičnih djela iz člana 103 stav 1 ovog zakona;

2) je zdravstvenom radniku izrečena mjera zabrane vršenja zdravstvene djelatnosti;

3) zdravstveni radnik radi van oblasti primjene za koju važi licenca;

4) zdravstveni radnik prekrši kodeks zdravstvene etike.

Nadležna komora privremeno oduzima licencu iz prakse u slučaju da zdravstveni radnik ne stekne ekspertska znanja i vještine saglasno ovom zakonu, kao i u slučaju da zdravstveni radnik radi van oblasti primjene za koju važi licenca.

Vrijeme za koje se privremeno oduzima licenca iz st. 1 i 2 ovog člana ne može biti duže od pet godina.

Član 103

Trajno oduzimanje licence za rad nastupa u slučaju kada je zdravstveni radnik osuđen na kaznu zatvora zbog učinjenog teškog krivičnog djela protiv zdravlja ljudi ili krivičnog djela protiv čovječnosti i drugih dobara zaštićenih međunarodnim pravom.

Rješenje o trajnom oduzimanju licence za rad donosi nadležna komora.

Član 104

Na rješenja nadležne komore može se izjaviti žalba

Ministarstvu. Protiv rješenja Ministarstva može se pokrenuti

upravni spor.

2. LJekarska, odnosno farmaceutska komora

Član 105

Radi unapređivanja uslova za obavljanje profesije doktora medicine, doktora stomatologije, diplomiranih farmaceuta, zaštite njihovih profesionalnih interesa, unapređenja profesionalne zdravstvene etike i učešća na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite, organizuju se LJekarska komora Crne Gore i Farmaceutska komora Crne Gore.

Članovi LJekarske komore Crne Gore su doktori medicine koji obavljaju poslove zdravstvene zaštite iz oblasti medicine i doktori stomatologije koji obavljaju poslove zdravstvene zaštite iz oblasti stomatologije.

Članovi Farmaceutske komore Crne Gore su diplomirani farmaceuti koji obavljaju poslove zdravstvene zaštite iz oblasti farmacije (farmaceutske poslove).

Član 106

LJekarska komora Crne Gore, odnosno Farmaceutska komora Crne Gore (u daljem tekstu: komora) imaju svojstvo pravnog lica, sa pravima, obavezama i odgovornostima utvrđenim zakonom i statutom komore.

Komora donosi statut, kojim se uređuju: ciljevi i zadaci osnivanja, rada i funkcionisanja komore, organi komore, način njihovog izbora i njihova ovlašćenja, način odlučivanja i sprovođenja odluka, način finansiranja rada komore, prava i dužnosti članova komore i druga pitanja od značaja za rad komore.

Na statut komore saglasnost daje Ministarstvo.

Nadzor nad zakonitošću rada komore i kontrolu rada u vršenju prenijetih poslova vrši Ministarstvo, u skladu sa zakonom.

Član 107

Sredstva za rad komore obezbjeđuju se iz:

1) članarina;

2) budžeta Republike, za pokriće materijalnih rashoda;

3) donacija i drugih izvora.

Član 108

Komora obavlja sljedeće poslove:

1) donosi plan i program aktivnosti komore;

2) donosi kodeks zdravstvene etike i obezbjeđuje njegovu primjenu;

3) vodi registar licenci za rad i licenci iz prakse i izdaje uvjerenja o činjenicama o kojima se vodi evidencija;

4) izdaje i oduzima licence za rad i izdaje, obnavlja i oduzima licence iz prakse;

5) prati i proučava rad i uslove rada svojih članova u obavljanju zdravstvene djelatnosti;

6) donosi pravila o vrednovanju u smislu člana 96 ovog zakona;

7) preduzima potrebne mjere radi podizanja kvaliteta stručnog rada svojih članova;

8) daje mišljenja u postupku izrade i primjene zakona, planskih dokumenata i drugih propisa iz oblasti zdravstva, u skladu sa zakonom;

9) predlaže članove u Komisiju za dodjelu zvanja primarijus;

10) vrši i druge poslove utvrđene ovim zakonom i statutom komore.

Poslove iz stava 1. tač. 3, 4 i 6 ovog člana Komora vrši kao prenesene poslove, koji se finansiraju iz budžeta

Republike.

V KVALITET ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I PROVJERA KVALITETA STRUČNOG RADA

1. Unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite

Član 109

Zdravstvene ustanove dužne su da stalno rade na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite.

Za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite odgovoran je svaki zdravstveni radnik i zdravstveni saradnik, u okviru svojih ovlašćenja.

Član 110

Kvalitet zdravstvene zaštite utvrđuje se u odnosu na uslove i sredstva zdravstvene zaštite, kadrove, znanja i vještine i njihovu primjenu, poboljšanje zdravstvenog stanja, otklanjanje uzroka i smanjenje štetnih uticaja rizičnih ponašanja i faktora sredine, kao i na kvalitet života.

Član 111

Unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumijeva uvođenje procesa monitoringa i evaluacije na svim nivoima zdravstvene zaštite, kao integralnog dijela upravljanja zdravstvenim sistemom i upravljanja zdravstvenim aktivnostima u Republici.

Zdravstvene ustanove su dužne da uspostave procese monitoringa i evaluacije kao sastavni dio svojih redovnih i stručnih aktivnosti u pružanju zdravstvene zaštite stanovništvu.

Bliža uputstva za obavljanje monitoringa i uspostavljanje procesa evaluacije, sa indikatorima i kriterijumima pomoću kojih se vrši monitoring, odnosno evaluacija utvrđuje Ministarstvo.

2. Provjera kvaliteta stručnog rada

Član 112

Provjera kvaliteta stručnog rada vrši se kao interna i eksterna provjera. Provjera kvaliteta podrazumijeva procjenu i mjerenje:

- ispunjenosti propisanih uslova rada zdravstvenih ustanova;
- primjene usvojenih standarda u zdravstvu;
- smanjivanja neželjenih, nepotrebnih i neodgovarajućih procesa;
- preduzetih mjera stručnog usavršavanja i edukacije zdravstvenih radnika.

Član 113

Interna provjera stručnog rada vrši se u kontinuitetu, na način i pod uslovima utvrđenim statutom zdravstvene ustanove.

Posebnu obavezu i odgovornost za kvalitet stručnog rada imaju rukovodioci organizacionih jedinica i direktori zdravstvenih ustanova.

Član 114

Eksternu provjeru stručnog rada organizuje i sprovodi Ministarstvo. Eksterna provjera kvaliteta stručnog rada može biti redovna i vanredna.

Redovna provjera kvaliteta stručnog rada vrši se kontinuirano, a vanredna se sprovodi povodom podnijetog zahtjeva i u drugim vanrednim slučajevima.

Član 115

Provjeru kvaliteta stručnog rada vrši komisija.

Članove komisije, koje imenuje Ministarstvo, čine istaknuti zdravstveni radnici, predstavnici nadležne komore i fakulteta zdravstvenog usmjerenja.

Predsjednik komisije mora imati najmanje isti stepen školske spreme, odnosno naučnog zvanja kao i rukovodilac odgovarajuće organizacione jedinice i zdravstveni radnik nad čijim se radom vrši provjera kvaliteta.

Član 116

Zahtjev da se izvrši vanredna eksterna kontrola kvaliteta stručnog rada može podnijeti svako fizičko i pravno lice.

Zahtjev se podnosi Ministrastvu.

O utvrđenom činjeničnom stanju i preduzetim mjerama, po zahtjevu iz stava 1 ovog člana, Ministarstvo obavještava podnosioca zahtjeva.

Član 117

Na osnovu izvještaja o izvršenoj provjeri kvaliteta stručnog rada, Ministarstvo može zabraniti obavljanje određenih poslova zdravstvenoj ustanovi ili njenom dijelu, ako su nedostaci u radu takve prirode da mogu izazvati teže posljedice po zdravlje građana.

Član 118

Način, postupak i organizacija sprovođenja interne i eksterne provjere kvaliteta stručnog rada, mjere koje se mogu preduzimati za otklanjanje uočenih nedostataka i druga pitanja od značaja za sprovođenje provjere kvaliteta stručnog rada propisuje Ministarstvo.

3. Akreditacija zdravstvenih ustanova

Član 119

Ocjenjivanje zdravstvene ustanove, u smislu ispunjenosti i primjene optimalnog nivoa utvrđenih standarda u određenoj oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grani medicine, kao i kvaliteta pružene zdravstvene usluge vrši komisija za akreditaciju (u daljem tekstu: komisija), sa pravima i obavezama utvrđenim ovim zakonom.

Komisija iz stava 1 ovog člana izdaje sertifikat o akreditaciji zdravstvene ustanove.

Način ocjenjivanja, izdavanja ili oduzimanja sertifikata za akreditaciju zdravstvene ustanove propisuje Ministarstvo.

Član 120

Ministarstvo utvrđuje sastav komisije za određene oblasti zdravstvene zaštite, odnosno grane medicine iz reda stručnjaka sa utvrđene referentne liste stručnjaka za akreditaciju.

Referentnu listu utvrđuje Ministarstvo, na predlog komore i fakulteta zdravstvenog usmjerenja. Lista iz stava 2 ovog člana se objavljuje u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Sastav, način rada i odlučivanja, kao i druga pitanja od značaja za rad komisije propisuje Ministarstvo.

Član 121

Akreditacija je dobrovoljna.

Zdravstvena ustanova koja želi da dobije akreditaciju podnosi komisiji zahtjev za akreditaciju.

Akreditaciju stiče zdravstvena ustanova za koju komisija utvrdi da ispunjava utvrđene standarde za

određenu oblast zdravstvene zaštite, odnosno granu medicine.

Član 122

Kad komisija utvrdi da podnosilac ispunjava utvrđene standarde za akreditaciju, izdaće sertifikat o akreditaciji zdravstvene ustanove.

Sertifikat iz stava 1 ovog člana može se odnositi na pojedinu oblast zdravstvene zaštite, odnosno granu medicine ili na cjelokupnu djelatnost zdravstvene ustanove i izdaje se za određeni period, a najduže za period od sedam godina.

Sastavni dio sertifikata iz stava 2 ovog člana čini izvještaj komisije.

Izuzetno, komisija može izdati privremeni sertifikat zdravstvenoj ustanovi koja ne ispunjava u potpunosti uslove za dobijanje akreditacije.

Privremeni sertifikat iz stava 4 ovog člana sadrži rok u kome je zdravstvena ustanova dužna da ispuni utvrđene

standarde.

Sertifikat o akreditaciji zdravstvene ustanove, kao i privremeni sertifikat, komisija je dužna da učini dostupnim i javnim.

Član 123

Zdravstvena ustanova koja je dobila akreditaciju dužna je da svaku promjenu u vezi akreditacije prijavi komisiji.

Član 124

Sertifikat o akreditaciji dobijen u skladu sa ovim zakonom ili sertifikat priznat od evropske agencije nadležne za akreditaciju zdravstvenih ustanova predstavlja dokaz o referentnosti zdravstvene ustanove.

Član 125

Troškove akreditacije snosi zdravstvena ustanova koja je podnijela zahtjev za

akreditaciju. Visinu troškova iz stava 1 ovog člana utvrđuje Ministarstvo.

VI UTVRĐIVANJE UZROKA SMRTI

Član 126

Za svako umrlo lice utvrđuje se vrijeme i uzrok smrti.

Za lica umrla u zdravstvenoj ustanovi vrijeme smrti utvrđuje doktor medicine te ustanove.

Za lica umrla van zdravstvene ustanove vrijeme i uzrok smrti utvrđuje doktor medicine koga odredi nadležni organ jedinice lokalne samouprave, sa liste mrtvozornika koju utvrđuje Ministarstvo.

Sredstva za utvrđivanje vremena i uzroka smrti lica umrlog van zdravstvene ustanove obezbjeđuju se u skladu sa zakonom.

Član 127

U slučaju da doktor medicine koji utvrđuje uzrok smrti ustanovi ili posumnja da je uzrok smrti zarazna bolest koja podliježe obaveznom prijavljivanju dužan je da obavijesti sanitarnu inspekciju, a u slučaju da ustanovi ili posumnja da se radi o nasilnoj smrti, samoubistvu ili nesrećnom slučaju, obavještava organ državne uprave nadležan za unutrašnje poslove.

Član 128

Kao posebna mjera utvrđivanja uzroka smrti umrlih lica vrši se

obdukcija. Obdukciji obavezno podliježe leš:

1) lica umrlog u zdravstvenoj ustanovi, ako nije utvrđen tačan uzrok smrti;

2) na zahtjev doktora medicine koji je liječio umrlo lice;

3) lica donešenog u zdravstvenu ustanovu čiji je uzrok smrti nepoznat;

4) na zahtjev doktora medicine određenog za utvrđivanje uzroka smrti;

5) na zahtjev člana porodice umrlog lica;

6) ako to zahtijeva istražni organ zato što postoji sumnja da je smrt nastupila izvršenjem krivičnog djela ili u

vezi sa izvršenjem krivičnog djela;

7) kada je to od posebnog značaja za zaštitu zdravlja građana ili kada to nalažu epidemiološki i sanitarni razlozi.

Sudsko-medicinsku obdukciju vrše jedan ili više specijalista sudske medicine. Patološko-anatomsku (kliničku) obdukciju vrši jedan ili više specijalista patologa.

Član 129

Troškove obdukcije umrlog lica iz člana 128 ovog zakona snose:

1) za umrlo lice iz tač. 1 do 4 i tačke 7 - Republika;

2) za umrlo lice iz tač. 5 i 6 - podnosilac zahtjeva za obdukciju.

Član 130

Umrlo lice se sahranjuje nakon što je smrt utvrđena, po pravilu, u vremenu od 24 do 48 časova od nastanka smrti.

Izuzetno, na osnovu zahtjeva organa uprave nadležnog za poslove sanitarnog nadzora, sahrana se može obaviti i prije isteka 24 časa, odnosno poslije isteka roka od 48 časova od nastanka smrti.

Član 131

Bliže propise o uslovima za utvrđivanje vremena i uzroka smrti umrlih lica i obdukcije leševa donosi Ministarstvo.

Član 132

Sa djelovima ljudskog tijela koji su hirurškim zahvatom ili na drugi način odstranjeni postupa se na način koji propisuje Ministarstvo, uz saglasnost ministarstva nadležnog za stambeno komunalne poslove.

Za svaki hirurški odstranjeni dio ljudskog tijela obavezno se vrši patomorfološka i histološka obrada.

VII NADZOR

Član 133

Nadzor nad primjenom ovog zakona, propisa i drugih opštih akata donijetih na osnovu ovog zakona,

kao i nad sprovođenjem propisanih mjera zdravstvene zaštite vrši Ministarstvo, u skladu sa zakonom.

Poslove inspekcijskog nadzora iz nadležnosti Ministartsva vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

VIII KAZNENE ODREDBE

Član 134

Novčanom kaznom u iznosu od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova, ako:

1) građaninu uskrati prava iz člana 18 ovog zakona;

2) ne primi na privremeno stacionarno liječenje duševnog bolesnika koji može ugroziti svoj život ili život drugih lica u skladu sa odredbom člana 23 stav 2 ovog zakona;

3) pruža zdravstvenu zaštitu pod posebnim uslovima suprotno odredbama člana 25 ovog zakona;

4) u sprovođenju zdravstvene zaštite ne primjenjuje provjerene i naučno dokazane medicinske metode i postupke propisane u članu 26 stav 1 i članu 27 ovog zakona;

5) vrši reklamiranje medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite u medijima postupajući suprotno članu 28 ovog zakona;

6) obavlja djelatnost prije nego što Ministarstvo utvrdi da su ispunjeni uslovi za obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa članom 54 ovog zakona;

7) ne obavijesti Ministarstvo o promjeni uslova za obavljanje zdravstvene djelatnosti u smislu člana 55 stav 3 ovog zakona;

8) ne obezbijedi kontinuitet zdravstvene zaštite i raspored radnog vremena u skladu sa članom 71 ovog zakona;

9) izdaje u zakup prostor, medicinsko-te-hničku opremu i druga sredstva neophodna za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno drugu opremu i sredstva koja su u funkciji pružanja zdravstvene zaštite suprotno članu 75 ovog zakona;

10) onemogući zdravstvenog radnika i zdravstvenog saradnika da se stručno usavršava radi održavanja i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u skladu sa članom 86 ovog zakona;

11) ne vrši internu provjeru kvaliteta stručnog rada u smislu čl. 112 i 113 ovog zakona;

12) ne izvrši obdukciju leša u smislu člana 128 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici i odgovorno lice u zdravstvenoj ustanovi.

Član 135

Novčanom kaznom u iznosu od dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj fizičko lice koje obavlja zdravstvenu djelatnost, a nije zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik u smislu člana 81 ovog zakona.

Član 136

Novčanom kaznom u iznosu od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj zdravstveni radnik koji obavlja zdravstvenu djelatnost, ako:

1) ne ukaže hitnu medicinsku pomoć u trenutku kad je potrebna u smislu člana 18 stav 1 tačka 4 ovog zakona;

2) ne ukaže građaninu na posljedice koje mogu nastati zbog odbijanja medicinske intervencije u smislu člana

22 ovog zakona;

3) ne sprovodi odgovarajuće dijagnostičke i terapijske postupke, ukoliko posumnja da je lice zbog zarazne bolesti opasno po zdravlje drugih, propisane članom 23 stav 1 ovog zakona;

4) povrijedi obavezu čuvanja profesionalne tajne utvrđenu članom 24 stav 1 ovog zakona;

5) vrši reklamiranje medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite u medijima, postupajući suprotno članu 28 ovog zakona;

6) obavlja zdravstvenu djelatnost prije nego što je rješenjem utvrđeno da su ispunjeni uslovi za početak rada suprotno članu 54 ovog zakona;

7) napušti radno mjesto suprotno članu 71 stav 6 ovog zakona.

Član 137

Novčanom kaznom u iznosu od petostrukog do desetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj fizičko lice, ako:

1) u hitnim slučajevima ne pruži hitnu pomoć povrijeđenom ili bolesnom licu ili mu ne omogući pristup do hitne medicinske pomoći u skladu sa članom 3 stav 4 ovog zakona;

2) vrši reklamiranje medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite, a nije zdravstveni radnik u smislu člana 81 ovog zakona;

3) sahrani umrlo lice mimo rokova propisanih članom 130 ovog zakona.

Član 138

Novčanom kaznom u iznosu od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj pravno lice, ako u medijima omogući reklamiranje medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite suprotno članu 28 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 139

Novčanom kaznom u iznosu od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj poslodavac, ako ne obezbijedi specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenih u skladu sa članom 15 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od jedne polovine do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici i odgovorno lice kod poslodavca.

IX PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 140

Podzakonski akti za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja podzakonskih akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se akti koji su važili do stupanja na snagu ovog zakona, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Akt iz člana 19 stav 5 ovog zakona donijeće se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 141

Primarna zdravstvevna zaštita koja se ostvaruje putem izabranog tima ili izabranog doktora, u smislu člana 19 ovog zakona, uvodi se postupno, počev od stupanja na snagu akta iz člana 140 stav 3 ovog zakona.

Stručno usavršavanje i edukacija zdravstvenih radnika za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u skladu sa članom

19 ovog zakona sprovodiće se postupno, u skladu sa planom, koji će Ministarstvo donijeti u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 142

Mreža zdravstvenih ustanova će se utvrditi u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja mreže iz stava 1 ovog člana zdravstvene ustanove osnovane, odnosno organizovane Odlukom o organizovanju javnih ustanova u oblasti zdravstvene zaštite u Socijalističkoj Republici Crnoj Gori ("Službeni list SRCG", br. 21/91 i "Službeni list RCG", br. 34/91) i Odlukom o organizovanju Javne zdravstvene ustanove Klinički centar Crne Gore ("Službeni list RCG", br. 19/2000 i 63/2002) nastavljaju sa radom.

Javna zdravstvena ustanova Institut za zdravlje Crne Gore, osnovana Odlukom o organizovanju Javne zdravstvene ustanove Institut za zdravlje Crne Gore ("Službeni list RCG", br. 3/2002 i 63/2002), nastavlja sa

radom kao Institut za javno zdravlje i uskladiće organizaciju i rad sa odredbama ovog zakona u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 143

Program integracije privatnog i javnog sektora, u smislu člana 12 ovog zakona, donijeće se u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 144

Zdravstvene ustanove i druga pravna lica koja obavljaju zdravstvenu djelatnost uskladiće svoju organizaciju, rad i opšte akte sa ovim zakonom u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja opštih akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se postojeći akti, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 145

LJekarska, odnosno Farmaceutska komora uskladiće svoju organizaciju, rad i opšte akte sa ovim zakonom, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Čla

n
1
4
6

Komora je dužna da zdravstvenim radnicima, koji su upisani u registar LJekarske, odnosno Farmaceutske komore po dosadašnjim propisima, izda licencu za rad u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Zdravstveni radnici koji ispunjavaju uslove za dobijanje licence iz prakse mogu podnijeti zahtjev za izdavanje ove licence u roku od šest mjeseci od donošenja pravila iz člana 108 stav 1 tačka 6 ovog zakona.

Č
la
n
1
4
7

Postupak odobravanja i obavljanja specijalizacije, započet prije stupanja na snagu ovog zakona, završiće se prema propisima koji su važili do stupanja na snagu ovog zakona.

Č
la
n
1
4
8

Danom stupanja na snagu ovog zakona, prestaju da važe odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju ("Službeni list SRCG", br. 39/90, 21/91 i "Službeni list RCG", br.30/92, 58/92, 6/94, 27/94, 16/95,

20/95 i 23/96) koje se odnose na zdravstvenu zaštitu.

Č
la
n
1
4
9

Ovaj zakon stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u "Službenim listu Republike Crne Gore".

209. Zakon o zdravstenoj inspekciji

1037.

Na osnovu člana 95 tačke 3 Ustava Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

INSPEKCIJI ("Sl. list Crne Gore", br. 79/08 od

23.12.2008)

Proglašavam Zakon o zdravstvenoj inspekciji, koji je donijela Skupština Crne Gore 23. saziva, na šestoj sjednici drugog redovnog zasijedanja u 2008. godini, dana 17. decembra 2008. godine.

Broj: 01-2107/2

Podgorica, 22. decembra 2008. godine

Predsjednik
Crne Gore,
Filip
Vujanović,
s.r.

Z
A
K
O
N

O ZDRAVSTVENOJ

INSPEKCIJI Predmet

Č
l
a
n

1

Inspekcijski nadzor nad primjenom zakona i drugih propisa u oblasti zdravstvene zaštite, kao i nad sprovođenjem propisanih mjera zdravstvene zaštite vrši ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu:

Ministarstvo).

Nadležnost inspektora

Član 2

Poslove inspekcijskog nadzora iz člana 1 ovog zakona neposredno vrši zdravstveni inspektor.

U vršenju inspekcijskog nadzora zdravstveni inspektor ima ovlašćenja i obaveze utvrđene Zakonom o inspekcijskom nadzoru (u daljem tekstu: zakon).

Čuvanje identiteta podnosioca inicijative

Član 3

Zdravstveni inspektor mora da čuva kao strogo povjerljiv identitet podnosioca inicijative kojom se ukazuje na povredu zakona i drugih propisa iz oblasti zdravstvene zaštite.

Ovlašćenje inspektora za ulaz u prostorije kontrolisanog subjekta

Član 4

Zdravstveni inspektor je ovlašćen da, bez prethodnog obavještenja, uđe u poslovni prostor, u skladu sa zakonom. Ako je neophodno da inspektor kod vršenja inspekcijskog nadzora pregleda pojedine stambene prostorije u

kojima se obavlja zdravstvena djelatnost, a subjekat nadzora se tome protivi, on mora za pregled tih prostorija obezbijediti rješenje nadležnog suda.

Ovlašćenja zdravstvenog inspektora

Čl

a
n

5

U vršenju inspekcijskog nadzora, pored ovlašćenja utvrđenih zakonom, zdravstveni inspektor:

1) provjerava da li zdravstvena ustanova ispunjava uslove za obavljanje zdravstvene djelatnosti propisane zakonom i drugim propisima iz oblasti zdravstvene zaštite;

2) vrši uvid u ostvarivanje zdravstvene zaštite i prava pacijenata u zdravstvenoj ustanovi;

3) postupa po prigovorima građana kojima je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno koji nijesu

zadovoljni pruženom zdravstvenom uslugom ili postupkom zdravstvenog ili drugog radnika zdravstvene ustanove;

4) kontroliše primjenu sredstava i metoda za obavljanje laboratorijskih analiza i drugih dijagnostičkih metoda, njihove usaglašenosti sa odgovarajućim standardima;

5) kontroliše način vođenja i korišćenja medicinske dokumentacije i evidencija;

6) kontroliše način propisivanja lijekova;

7) kontroliše uslove i način izdavanja lijekova;

8) uzima uzorke galenskih, magistralnih, odnosno gotovih lijekova, kao i određene vrste medicinskih sredstava koji se nalaze u prometu na veliko i malo u količinama koje su neophodne radi kontrole kvaliteta;

9) kontroliše proizvodnju i stavljanje u promet lijekova za humanu upotrebu i medicinskih sredstava, u skladu sa Zakonom o lijekovima i Zakonom o medicinskim sredstvima;

10) kontroliše ispravnost oglašavanja lijekova;

11) kontroliše reklamiranje lijekova koji se izdaju na recept ili koji sadrže psihotropne supstance ili opojne droge, odnosno lijekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet i čija je dozvola prestala da važi;

12) kontroliše zabranu reklamiranja duvanskih proizvoda, zabranu pušenja duvanskih proizvoda prilikom nastupa u medijima, zabranu objavljivanja u štampi fotografija ili crteža lica koja puše i obavezu isticanja oznaka o zabrani pušenja u javnom prostoru.

Zabrana od strane zdravstvenog inspektora

Član 6

Kada u postupku inspekcijskog nadzora ocijeni da je povrijeđen zakon ili drugi propis, zdravstveni inspektor, pored upravnih mjera i radnji propisanih zakonom, obavezan je da:

1) zabrani obavljanje djelatnosti zdravstvenoj ustanovi, odnosno obavljanje određenih poslova u zdravstvenoj ustanovi;

2) zabrani zdravstvenom radniku, odnosno zdravstvenom saradniku obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno određenih poslova zdravstvene djelatnosti;

3) zabrani obavljanje zdravstvene djelatnosti i preduzme druge mjere u skladu sa zakonom, protiv fizičkih lica koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, a koja se ne smatraju zdravstvenim radnicima ili zdravstvenim saradnicima;

4) uputi zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika na pregled radi ocjene zdravstvene sposobnosti u slučaju sumnje na gubitak zdravstvene sposobnosti za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno određenih poslova zdravstvene djelatnosti;

5) zabrani samostalni rad zdravstvenom radniku koji nije dobio, odnosno obnovio licencu za samostalni rad, odnosno kome je oduzeta licenca za rad pod uslovima propisanim zakonom;

6) zabrani izdavanje lijekova ukoliko postupak izdavanja nije usklađen sa zakonom;

7) zabrani promet na veliko i malo gotovih lijekova, ako ne ispunjavaju uslove za stavljanje lijeka u promet, propisane zakonom;

8) zabrani promet na veliko i malo gotovih lijekova, koji ne ispunjavaju uslove u pogledu kvaliteta lijekova, u skladu sa zakonom;

9) obustavi, odnosno naredi povlačenje iz prometa na veliko i malo magistralnog, galenskog ili gotovog lijeka, odnosno njegove serije u slučajevima predviđenim zakonom;

10) naredi uništavanje neispravnog lijeka ili lijeka kojem je istekao rok trajanja koji se nađe u prometu na veliko i malo;

11) zabrani reklamiranje duvanskih proizvoda, zabrani pušenje duvanskih proizvoda prilikom

nastupa u medijima, zabrani objavljivanje u štampi fotografija ili crteža lica koja puše i naredi obavezu isticanja oznaka o zabrani pušenja u javnom prostoru.

U slučaju iz tačke 2, 4 i 5 ovog člana zdravstveni inspektor je dužan da obavijesti nadležnu komoru.

Zabrana iz stava 1 ovog člana, traje dok se ne otklone nepravilnosti, odnosno dok traju okolnosti zbog kojih je zabrana izrečena.

Pravno lice, odgovorno lice u pravnom licu i fizičko lice dužno je postupati u skladu sa naloženim mjerama zdravstvenog inspektora iz stava 1 ovog člana.

Dostavljanje dokumentacije nadležnoj komori

Član 7

Kada u postupku inspekcijske kontrole zdravstveni inspektor ocijeni da je došlo do kršenja kodeksa zdravstvene etike, odnosno stručnog propusta zdravstvenog radnika, zdravstveni inspektor će o tome obavijestiti nadležnu komoru i dostaviti potrebnu dokumentaciju radi preduzimanja mjera u skladu sa zakonom.

Dostavljanje izvještaja

Član 8

O izvršenom zdravstvenom nadzoru zdravstveni inspektor je dužan da Ministarstvu dostavi izvještaj o radu:

- najmanje jedanput mjesečno do petog u mjesecu za prethodni mjesec;
- godišnji izvještaj o radu do 15. januara tekuće godine za prethodnu godinu;
- o svakom izvršenom inspekcijskom pregledu po inicijativi;
- po potrebi, na zahtjev glavnog inspektora.

Način, postupak i sadržaj obrasca na koji se dostavlja izvještaj iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Evidencija

Član 9

O izvršenom nadzoru i preduzetim mjerama zdravstveni inspektor je dužan da vodi evidenciju. Sadržinu obrasca na kojem se vodi evidencija iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Kaznene odredbe

Član 10

Novčanom kaznom od pedesetostrukog do dvjestostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj pravno lice, ako:

- ne postupi u skladu sa naloženim mjerama zdravstvenog inspektora (član 6 stav 1).

Novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu, ako:

- ne postupi u skladu sa naloženim mjerama zdravstvenog inspektora (član 6 stav 1).

Član 11

Novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj fizičko lice, ako:

- ne postupi u skladu sa naloženim mjerama zdravstvenog inspektora (član 6 stav 1 tač. 2, 3, 4 i 5).

Član 12

Za prekršaj iz člana 6 stav 1 ovog zakona, zdravstveni inspektor može izreći i naplatiti novčanu kaznu na licu mjesta fizičkom licu i odgovornom licu u pravnom licu u iznosu od trostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Stupanje na snagu

Član 13

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".

SU-SK Broj 01-1040/6

Podgorica, 17. decembra 2008. godine

Skupština crne Gore

Predsjednik,

Ranko Krivokapić, s.r.

210. Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva

1049.

Na osnovu člana 95 tačke 3 Ustava Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZBIRKAMA PODATAKA U OBLASTI

ZDRAVSTVA ("Sl. list Crne Gore", br. 80/08 od 26.12.2008)

Proglašavam Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva, koji je donijela Skupština Crne Gore 23. saziva, na sedmoj sjednici drugog redovnog zasijedanja u 2008. godini, dana 17. decembra 2008. godine.

Broj: 01-2101/2

Podgorica, 22. decembra 2008. godine

Predsjednik
Crne Gore,
Filip
Vujanović, s.r.

Z
A
K
O
N

O ZBIRKAMA PODATAKA U OBLASTI

ZDRAVSTVA I. OSNOVNE ODREDBE

Č
l
a
n

1

Ovim zakonom uređuju se vrste, sadržaj i način vođenja zbirki podataka u oblasti zdravstva kao elemenata jedinstvene zdravstvene statistike, kao i način prikupljanja, obrade, korišćenja, zaštite i čuvanja podataka iz zbirki.

Č
l

a
n

2

Zbirke podataka u oblasti zdravstva (u daljem tekstu: zbirke podataka) su skupovi podataka sa preciznim definicijama, koji služe za: praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva; planiranje i programiranje zdravstvene zaštite; sprovođenje statističkih i naučnih istraživanja; izvršavanje obaveza svih subjekata u oblasti zdravstva i kao pomoć državnim organima u vođenju zdravstvene politike.

Č
l
a
n

3

Vođenjem zbirki podataka obezbjeđuju se uslovi za dobijanje kvantitativne i kvalitativne informacije o zdravstvenom stanju i zdravstvenoj zaštiti stanovništva, obimu i kvalitetu rada zdravstvene službe i drugih relevantnih informacija neophodnih za vođenje zdravstvene politike i standardizaciju izvještavanja relevantnim nacionalnim i međunarodnim institucijama.

Č
l
a
n

4

Upravljač zbirkama podataka je Institut za javno zdravlje (u daljem tekstu: upravljač).

Izuzetno od stava 1 ovog člana, registrom tuberkuloze, kao zbirkom podataka, upravlja Specijalna bolnica za plućne bolesti Brezovik.

Upravljač prikuplja podatke i odgovoran je za njihovu obradu, čuvanje i objavljivanje, u okviru opredijeljenih nadležnosti i ovlašćenja.

Č
l
a
n

5

Vođenje zbirki podataka zasniva se na načelima relevantnosti, nepristrasnosti, pouz-danosti, blagovremenosti, racionalnosti, konzistentnosti i povjerljivosti, koji podrazumijevaju da:

- svaki definisani podatak mora da zadovolji jasno postavljene uslove koji se odnose na obezbjeđivanje svrhe od značaja za zdravlje građana i zdravstvenog sistema;
- se na objektivan način određuju definicije i metode prikupljanja, obrade i korišćenja podataka, nezavisno od bilo koje vrste uticaja;
- se određivanje metoda i postupaka vezanih za prikupljanje, obradu i korišćenje podataka vrši na osnovu profesionalnih standarda, naučnih metoda i principa, tako da rezultati dobijeni vođenjem zbirki podataka u potpunosti odražavaju zdravstveno stanje stanovništva;
- se vođenje zbirki podataka vrši u propisanim rokovima;

- se optimalno koriste svi resursi, vodeći računa o obimu posla i troškovima za vođenje evidencija.

Član 6

Na pitanja prikupljanja, obrade i davanja ličnih podataka sadržanih u zbirkama podataka, primjenjuju se odredbe zakona kojima se uređuje zaštita ličnih podataka i zakona kojim se uređuju statistička istraživanja.

Član 7

Pojedini izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeće značenje:

1) registar predstavlja longitudinalnu i kontinuiranu zbirku podataka, koji je definisan i organizovan sistem za sakupljanje, čuvanje, obradu, analizu i korišćenje podataka o određenoj bolesti, grupi bolesti i drugog

   stanja vezanog za zdravlje na nivou cijele populacije ili sistem za sakupljanje, čuvanje, obradu, analizu i korišćenje podataka iz zdravstvenog sistema o kadrovskim i drugim kapacitetima u zdravstvu;

2) set podataka predstavlja dio zbirke podataka koji sadrži demografske, socio-ekonomske, medicinske ili druge podatke vezane za zdravlje stanovništva;

3) medicinska dokumentacija predstavlja grupu sredstava za usklađeno evidentiranje i prikupljanje podataka o događajima i aktivnostima u sistemu zdravstvene zaštite;

4) izvještaj predstavlja grupisane podatke, po unaprijed utvrđenoj metodologiji, o utvrđenom oboljenju ili stanju i sprovedenim aktivnostima u oblasti zdravstvene zaštite;

5) davaoci zdravstvene zaštite su zdravstvene ustanove koje su registrovane za vršenje zdravstvene djelatnosti;

6) kontakt između korisnika i pružaoca zdravstvene zaštite je posredni ili neposredni način prikupljanja podataka o skupu registrovanih zdravstvenih problema, izvršenim aktivnostima, korišćenju resursa, subjektu zaštite, uključenim pružaocima zdravstvene zaštite itd;

7) zdravstveni lični podaci su lični podaci o zdravstvenom stanju pojedinca i lični podaci povezani sa obezbjeđenjem zdravstvene zaštite stanovništva i pojedinaca.

II. VRSTE, SADRŽAJ I NAČIN VOĐENJA ZBIRKI PODATAKA

Član 8

U oblasti zdravstva obavezno se vode sljedeće zbirke podataka i registri kao posebna vrsta zbirki podataka, i to:

1) registri bolesti od većeg socio-medicinskog značaja, zaraznih bolesti i drugih stanja vezanih za zdravlje stanovništva;

2) registri resursa u zdravstvenom sistemu;

3) zbirke podataka:

   - vanbolničke zdravstvene zaštite;
   - bolničke zdravstvene zaštite;
   - u oblasti zdravstvene zaštite zaposlenih;
   - o laboratorijskim uslugama;
   - o radiološkim uslugama;
   - o transfuziologiji;
   - o fizikalnoj medicini i rehabilitaciji;
   - o radu apoteka;
   - o organizacionoj strukturi i kadrovima u zdravstvu;
   - o uticaju životne sredine na život i zdravlje ljudi;

4) druge zbirke podataka za koje organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) odredi da su od interesa za zdravlje stanovništva.

Član 9

Registri bolesti od većeg socio-medicinskog značaja, zaraznih bolesti i drugih stanja vezanih za zdravlje stanovništva su registri:

- zaraznih bolesti;
- imunizacija;
- tuberkoloze;
- HIV/AIDS-a;
- malignih neoplazmi;
- narkomanije;
- šećerne bolesti;
- cerebrovaskularnih bolesti;
- ishemične bolesti srca/akutnog koronarnog sindroma;
- psihoza;
- traumatizama;

- profesionalnih bolesti;

- o zdravstvenoj zaštiti djece i omladine sa smetnjama u psihofizičkom razvoju i psihosocijalnim smetnjama;

- rasta i razvoja djece i omladine;

- drugi registri za koje Ministarstvo utvrdi da su od značaja za zdravlje stanovništva.

Član 10

Registri iz člana 9 ovog zakona obavezno sadrže lične podatke o pojedincu: ime i prezime, datum i mjesto rođenja, pol, mjesto i adresu stanovanja, bračno stanje, obrazovanje, zanimanje, zaposlenje, identifikaciju korisnika (JMBG) i zdravstveno osiguranje.

Registri iz stava 1 ovog člana sadrže i specifične zdravstvene podatke, koji će se urediti aktom Ministarstva.

Član 11

Registri resursa u zdravstvenom sistemu, su:

1) registar kadrova u zdravstvu;

2) registar zdravstvenih ustanova.

Oblik, sadržaj i način vođenja registara iz stava 1 ovog člana uređuje se aktom Ministarstva.

Član 12

Zbirke podataka vanbolničke zdravstvene zaštite su:

1) zbirka podataka preventivne zdravstvene zaštite;

2) zbirka podataka kurativne zdravstvene zaštite (na primarnom nivou);

3) zbirka podataka specijalističke zdravstvene zaštite;

4) zbirka podataka o zdravstveno - vaspitnom radu;

5) zbirka podataka o hitnoj medicinskoj pomoći.

Član 13

Osnovni set podataka vanbolničke zdravstvene zaštite sadrži: identifikaciju korisnika (JMBG), zdravstveno osiguranje, ime, ime roditelja i prezime, mjesto stanovanja, bračno stanje, obrazovanje, zaposlenje, radno mjesto, zdravstveni status, podatke o kontaktima, kao i podatke o davaocima zdravstvene zaštite.

Kontakti iz stava 1 ovog člana se klasifikuje prema: polu, dobnoj grupi, MKB-10 ili dijagnostičkoj grupi i aktivnosti koja je preduzeta u korist zdravstvene zaštite pojedinca.

Član 14

Zbirka podataka preventivne zdravstvene zaštite sadrži set podatka:

1) preventivne zdravstvene zaštite djece;

2) preventivne zdravstvene zaštite odraslih;

3) preventivne zdravstvene zaštite žena;

4) preventivne zdravstvene zaštite zaposle-nih;

5) preventivne stomatološke zaštite.

Osnovni set podataka preventivne zdravstvene zaštite, pored podataka iz člana 13 ovog zakona,

sadrži i podatke o: vrsti preventivne aktivnosti, sadržaju preventivnog pregleda i rezultatu preventivnog pregleda.

Član 15

Zbirka podataka kurativne zdravstvene zaštite sadrži set podatka:

1) kurativne zdravstvene zaštite djece;

2) kurativne zdravstvene zaštite odraslih;

3) kurativne zdravstvene zaštite žena;

4) kurativne zdravstvene zaštite zaposlenih;

5) kurativne stomatološke zaštite.

Član 16

Osnovni set podataka kurativne zdravstvene zaštite, pored podataka iz člana 13 ovog zakona, sadrži i podatke o: vrsti kurativnog pregleda, zdravstvenom statusu, radnoj dijagnozi, konačnoj dijagnozi, upućivanju u druge jedinice zdravstvene zaštite u cilju analize, upućivanju na druge nivoe zdravstvene zaštite radi liječenja, terapiji i ishodu liječenja.

Član 17

Zbirka podataka specijalističke zdravstvene zaštite, pored podataka iz člana 13 ovog zakona, sadrži i podatke o:

vrsti specijalističkog pregleda, obavljenoj aktivnosti, dijagnostičkoj proceduri, dijagnozi, terapiji i ishodu liječenja.

Član 18

Zbirka podataka o zdravstveno-vaspitnom radu sadrži podatke o: vrsti, vremenu, mjestu izvođača i sadržaju aktivnosti, obuhvaćenoj populaciji, trajanju aktivnosti, primijenjenim strategijama i davaocu zdravstvene zaštite.

Član 19

Zbirka podataka o hitnoj medicinskoj pomoći, pored podataka iz člana 13 ovog zakona, sadrži i podatke o: izvršenim pregledima, utvđenom oboljenju ili stanju, ishodima, izvršenoj reanimaciji i transportima i davaocu zdravstvene zaštite.

Član 20

Zbirke podataka bolničke zdravstvene zaštite su:

1) zbirka podataka o organizaciji i radu bolnica;

2) zbirka podataka o hospitalizacijama (bolnički liječenim pacijentima);

3) zbirka podataka o porođajima;

4) zbirka podataka o izvršenim pobačajima.

Član 21

Zbirka podataka o organizaciji i radu bolnica sadrži podatke o: organizacionim jedinicama, zdravstvenim radnicima, zdravstvenim saradnicima i ostalim zaposlenim, posteljnim kapacitetima, danima liječenja i kretanju liječenih bolesnika.

Član 22

Osnovni set podataka bolničke zdravstvene zaštite za zbirke podataka iz člana 20 tač. 2, 3 i 4 ovog zakona sadrži podatke o: identifikaciji korisnika (JMBG), zdravstvenom osiguranju, imenu, imenu roditelja i prezimenu, mjestu i adresi stanovanja, bračnom stanju, obrazovanju, zaposlenju, radnom mjestu, nazivu zdravstvene ustanove, davaocima zdravstvene zaštite, vrsti prijema, rednom broju upisa i datumu prijema u bolnicu.

Član 23

Zbirka podataka o hospitalizacijama (bolnički liječenim pacijentima), pored podataka iz člana 22 ovog zakona, sadrži i podatke o: datumu početka epizode, rednom broju epizode, glavnoj dijagnozi, pratećoj dijagnozi, komplikaciji, operaciji, datumu operacije, dnevnoj obradi, datumu zaključivanja epizode, ishodu, datumu smrti bolesnika, osnovnom uzroku smrti, neposrednom uzroku smrti i datumu otpusta iz bolnice.

Član 24

Zbirka podataka o porođajima, pored podataka iz člana 22 ovog zakona, sadrži i podatke o: anamnezi porodilje, toku trudnoće, eventualnom patološkom stanju u trudnoći, dijagnozi porođaja, vitalnom statusu novorođenčeta, patološkom stanju novorođenčeta na rođenju i osnovni uzrok smrti, ako je novorođenče umrlo.

Član 25

Zbirka podataka o izvršenim pobačajima, pored podataka iz člana 22 ovog zakona, sadrži i podatke o: anamnezi, vrsti pobačaja, starosti trudnoće, statusu, načinu izvođenja i ishodu pobačaja.

Član 26

Zbirke podataka u oblasti zdravstvene zaštite zaposlenih su:

1) zbirka podataka o povredama na radu;

2) zbirka podataka o absentizmu.

Član 27

Osnovni set podataka za zbirke podataka u oblasti zdravstvene zaštite zaposlenih sadrži: identifikaciju korisnika (JMBG), zdravstveno osiguranje, ime, ime roditelja i prezime, mjesto stanovanja, bračno stanje, obrazovanje, zaposlenje, granu djelatnosti, opis radnog mjesta, dijagnozu, kao i podatke o davaocima zdravstvene zaštite.

Član 28

Zbirka podataka o povredama na radu, pored podataka iz člana 27 ovog zakona, sadrži i podatke o: vrsti povrede, mjestu i vremenu povređivanja, uzroku povređivanja i daljoj medicinskoj proceduri.

Zbirka podataka o absentizmu, pored podataka iz člana 27 ovog zakona, sadrži i podatke o: dužini trajanja odsustva sa posla, razlozima odsustva sa posla, daljoj proceduri odsustva sa posla i eventualnoj invalidnosti.

Član 29

Zbirka podataka o laboratorijskim uslugama sadrži podatke o: vrsti laboratorije, sjedištu, vrsti ispitivanja i broju ispitivanih uzoraka.

Član 30

Zbirka podataka o radiološkim uslugama sadrži podatke o: mjestu pružene usluge, vrsti radiološke usluge i broju usluga.

Član 31

Zbirka podataka o transfuziologiji sadrži podatke o: broju uzoraka krvi, količini uzete krvi, krvnim produktima i statusu davaoca krvi.

Član 32

Zbirka podataka o fizikalnoj medicini i rehabilitaciji sadrži podatke o: izvršenoj fizikalnoj terapiji i rehabilitaciji, kontaktima, dijagnozi, statusu liječenja, vrsti rehabilitacije i izvođačima zdravstvene zaštite.

Član 33

Zbirka podataka o radu apoteka sadrži podatke o: količini izdatih lijekova, vrsti lijekova i načinu izdavanja lijeka.

Član 34

Zbirka podataka o organizacionoj strukturi i kadrovima u zdravstvu sadrži podatke o: davaocu zdravstvene zaštite, zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima, stručnom profilu kadrova, školskoj spremi i zanimanju, dobnoj i polnoj strukturi kadrova, statusu, kao i vrsti specijalnosti.

Član 35

Zbirke podataka o uticaju životne sredine na život i zdravlje ljudi su:

1) zbirka podataka o higijenskoj ispravnosti vode za piće;

2) zbirka podataka o zagađenosti vazduha i uticaju na zdravstveno stanje stanovništva;

3) zbirka podataka o bezbjednosti namirnica i o zdravstvenoj ispravnosti predmeta opšte upotrebe.

Član 36

Osnovni set podataka za zbirke podataka o uticaju životne sredine na život i zdravlje ljudi sadrži podatke o:

mjestu, vremenu, vrsti ispitivanja i rezultatima ispitivanja.

Pored podataka iz stava 1 ovog člana, zbirke podataka iz člana 35 tač. 1 i 2 ovog zakona sadrže i podatke o:

fizičko-hemijskim karakteristikama ispitivanog uzorka vode, odnosno vazduha.

Pored podataka iz stava 1 ovog člana, zbirka podataka iz člana 35 tačka 3 ovog zakona sadrži i podatke o: vrsti namirnice, odnosno predmetu opšte upotrebe koji se ispituje.

Član 37

Bliži sadržaj, oblik i način vođenja zbirki podataka iz člana 8 ovog zakona, uređuje se aktom Ministarstva.

Član 38

Zbirke podataka vode se u pisanoj i elektronskoj formi.

Za vođenje zbirki podataka obavezno se koriste jedinstvena metodološka načela, jedinstveni standardi i standardni postupci za oblikovanje i slanje izvještaja, koje propisuje Ministarstvo, na predlog Instituta za javno zdravlje.

U cilju vođenja i uspostavljanja informacionog sistema za oblast zdravstva, Institut za javno zdravlje:

- usklađuje sadržinske definicije pojmova podataka;

- uvodi i ukida pojmove podataka;

- usklađuje klasifikacije, nomenklature i šifarnike.

III. NAČIN PRIKUPLJANJA I UNOSA PODATAKA

Član 39

Unos podataka u medicinsku dokumentaciju, čiji je sastavni dio osnovna medicinska dokumentacija i dokumentaciono- izvještajni obrasci (prijave i izvještaji), obavezno vrše davaoci zdravstvene zaštite.

Osnovna medicinska dokumentacija sadrži podatke o:

- pojedincu (JMBG, prezime, ime, ime roditelja, bračno stanje, obrazovanje, zanimanje, adresa stalnog

prebivališta, opština, zaposlenje, osiguranje, datum smrti);

- zdravstvenoj zaštiti (dijagnoza, datum kontakta, planirani kontakti, identifikacija ljekara, terapija, upućivanje, razlog privremene nesposobnosti za rad, uzrok smrti, razlog obrade, socijalna porodična anamneza, plan zdravstvene njege);

- njezi i drugim pridruženim aktivnostima (njega, ishrana i sl.);

- druge podatke o zdravstvenoj zaštiti (nalazi, izjave, mišljenja i druga dokumenta).

Osnovna medicinska dokumentacija, koju koriste davaoci zdravstvene zaštite prilikom pružanja zdravstvene zaštite, je osnovni izvor podataka za zbirke podataka.

Medicinska dokumentacija iz stava 1 ovog člana vodi se u pisanoj i elektronskoj formi. Bliži sadržaj i način vođenja medicinske dokumentacije, uređuje se aktom Ministarstva.

Član 40

Unos podataka u medicinsku dokumentaciju iz člana 39 ovog zakona vrši se na osnovu rezultata pregleda, javnih i drugih isprava ili izjava lica čiji se podaci unose u medicinsku dokumentaciju.

U slučaju da se podaci ne mogu unijeti u medicinsku dokumentaciju na način propisan u stava 1 ovog člana, unos se vrši na osnovu potpisane izjave lica od koga se uzimaju podaci.

Član 41

Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici svojim potpisom potvrđuju navode i rezultate pregleda, odnosno drugih usluga.

Za tačnost i potpunost unijetih podataka u medicinsku dokumentaciju odgovoran je zdravstveni radnik i zdravstveni saradnik koji vrši unos podatka.

Za tačnost podataka datih izjavom odgovorno je lice koje je dalo izjavu.

Član 42

Davaoci zdravstvene zaštite su dužni da upravljačima zbirki podataka dostavljaju podatke iz medicinske dokumentacije, putem prijava i izvještaja, u pisanoj i elektronskoj formi.

Podatke iz stava 1 ovog člana davaoci zdravstvene zaštite dostavljaju u elektronskoj formi Centru za razmjenu podataka Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Centar).

Centar je dužan da omogući elektronsku razmjenu podataka između davaoca zdravstvene zaštite i upravljača zbirki podataka, da razvija i održava informaciono-komunikacionu infrastrukturu i da obezbijedi zaštitu i čuvanje podataka, u skladu sa zakonom.

Uslovi, način i postupak pristupa podacima u Centru uređuju se aktom Ministarstva.

Član 43

Tačnost i potpunost podataka navedenih u izvještajima iz člana 42 stav 1 ovog zakona potvrđuje odgovorno lice davaoca zdravstvene zaštite koji dostavlja podatke, a za tačnost i potpunost podataka navedenih u prijavama odgovoran je zdravstveni radnik ili zdravstveni saradnik koji vrši unos podataka u prijavu.

Član 44

Prijave i izvještaji iz člana 42 ovog zakona su:

1) Prijava o izvršenoj obaveznoj imunizaciji protiv zarazne bolesti;

2) Prijava o slučaju i epidemiji zarazne bolesti;

3) Prijava o HIV/AIDS-u;

4) Prijava o tuberkulozi;

5) Prijava o bolnički liječenim pacijentima;

6) Prijava o prekidima trudnoće;

7) Prijava o porođajima;

8) Prijava o liječenim zavisnicima od psihoaktivnih supstanci;

9) Prijava o malignim neoplazmama;

10) Prijava o šećernoj bolesti;

11) Prijava o ishemijskoj bolesti srca (akutni koronarni sindrom);

12) Prijava o cerebrovaskularnim bolestima;

13) Prijava o psihozama;

14) Prijava o traumatizmima;

15) Prijava o profesionalnim bolestima;

16) Izvještaj o sprovođenju preventivnih i posebnih pregleda za djecu, žene, odrasle, stomatoloških preventivnih pregleda za djecu i omladinu;

17) Izvještaj o radu i utvrđenim bolestima i stanjima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;

18) Izvještaj o radu i utvrđenim oboljenjima i stanjima u specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti;

19) Izvještaj o zdravstveno-vaspitnom radu;

20) Izvještaj o radu jedinice za patronažu;

21) Izvještaj o radu i utvrđenim bolestima i stanjima u hitnoj medicinskoj pomoći;

22) Izvještaj o sprovođenju preventivnih i specifičnih pregleda zdravstvene zaštite radnika;

23) Izvještaj o povredama na radu;

24) Izvještaj o absentizmu;

25) Izvještaj o organizaciji i radu bolnica;

26) Izvještaj o zdravstvenoj zaštiti djece i omladine sa smetnjama u psihofizičkom razvoju i psihosocijalnim smetnjama;

27) Izvještaj o rastu i razvoju djece i omladine;

28) Izvještaj o radu laboratorija;

29) Izvještaj o radiološkim uslugama;

30) Izvještaj o fizikalnoj medicini i rehabilitaciji;

31) Izvještaj o transfuziologiji;

32) Izvještaj o organizacionoj strukturi i kadrovima u zdravstvu;

33) Izvještaj o radu apoteka;

34) Izvještaj o higijenskoj ispravnosti vode za piće;

35) Izvještaj o zagađenosti vazduha i uticaju na zdravstveno stanje stanovništva;

36) Izvještaj o bezbjednosti namirnica i o zdravstvenoj ispravnosti predmeta opšte upotrebe;

37) druge prijave i izvještaje za koje Ministarstvo utvrdi da su od značaja za vođenje zbirki podataka.

Način, rokove dostavljanja i obrasce prijava i izvještaja iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo, na predlog

Instituta za javno zdravlje.

Član 45

Ovlašćeno lice za vođenje zbirki podataka u upravljaču odgovorno je za tačnost i potpunost unijetih podataka. Ukoliko se posumnja u ispravnost dostavljenog podatka, upravljač o tome obavještava davaoca zdravstvene

zaštite.

Davaoc zdravstvene zaštite je dužan da provjeri ispravnost podatka iz stava 2 ovog člana i ispravi eventualnu grešku.

Izmjena svakog podatka treba da se sprovede na način koji omogućava uvid u prethodni podatak, kada je i od koga izmijenjen podatak.

Izmjenu podatka u zbirci podataka vrši ovlašćeno lice u upravljaču.

IV. OBRADA, KORIŠĆENJE I RAZMJENA PODATAKA

Član 46

Radi obezbjeđivanja obrade podataka i izrade odgovarajućih izvještaja, u skladu sa potrebama i standardima izvještavanja prema nacionalnim i međunarodnim subjektima, Institut za javno zdravlje je dužan da razvija, unapređuje i održava sopstvenu informaciono - statističku infrastrukturu u skladu sa tehničkim standardima u toj oblasti.

Član 47

Za obezbjeđenje kvaliteta i jedinstvenosti podataka, za naučna i statistička istraživanja, upravljač može iz zbirki podataka koji sadrže zdravstvene lične podatke razmjenjivati podatke između pojedinih zbirki podataka.

Upravljač je dužan da uredi način davanja podataka iz stava 1 ovog člana.

Član 48

Upravljač je dužan da davaocima zdravstvene zaštite koji vrše skrining testiranje u cilju ranog otkrivanja bolesti omogući dobijanje i povezivanje podatka iz zbirki podataka.

Institut za javno zdravlje može, za potrebe epidemioloških i drugih istraživanja, da sakuplja i podatke u vezi sa zdravstvenom zaštitom pojedinaca.

U slučaju iz stava 2 ovog člana, davaoci zdravstvene zaštite su dužni da na zahtjev Instituta za javno zdravlje dostavljaju i druge podatke, pored podataka utvrđenih ovim zakonom.

Član 49

Davaoci zdravstvene zaštite i upravljači dužni su da na zahtjev Ministarstva dostave podatke iz medicinske dokumentacije i zbirki podataka.

Podaci iz stava 1 ovog člana dostavljaju se bez ličnih podataka pojedinca.

Izuzetno, davaoci zdravstvene zaštite i upravljači mogu Ministarstvu dostaviti i lične podatke, ako se korišćenjem anonimnih podataka ne može izvršiti pojedina obaveza Ministarstva, u skladu sa zakonom.

V. ČUVANJE ZDRAVSTVENIH LIČNIH PODATAKA

Član 50

Medicinska dokumentacija se čuva 15 godina od poslednjeg unosa podataka, osim stomatološkog kartona koji se čuva trajno i zdravstvenog kartona i istorije bolesti koji se čuvaju i nakon smrti pacijenta.

Davaoci zdravstvene zaštite čuvaju medicinsku dokumentaciju u pisanom i elektronskom obliku, u skladu sa ovim zakonom i propisima o arhivskoj građi.

VI. NADZOR

Član 51

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši Ministarstvo, preko

zdravstvenog inspektora, u skladu sa zakonom.

VII KAZNENE ODREDBE

Član 52

Novčanom kaznom od tridesetostrukog do dvjestostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori, kazniće se za prekršaj pravno lice podataka, ako ne vodi ili ne vodi po propisanim metodološkim načelima zbirke podataka (čl. 8 i 39).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Član 53

Novčanom kaznom od tridesetostrukog do dvjestostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj pravno lice, ako:

1) ne dostavlja prijave, izvještaje i druge podatke ili iste ne dostavlja na propisani način i u propisanim rokovima (čl. 42 i 44);

2) ne čuva medicinsku dokumentaciju (član 50 st.1 i 2).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Član 54

Novčanom kaznom od jednostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se fizičko lice i odgovorno lice u pravnom licu, ako:

1) netačno ili nepotpuno vrši unos podataka u medicinsku dokumentaciju (član 41 stav 2);

2) nepotpuno i netačno vrši unos podatka u izvještaje (član 41 stav 1).

Član 55

Novčanom kaznom od jednostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se fizičko lice koje je izjavom koju je potpisalo dalo nepotpune ili netačne podatke (član 41 stav 3).

VIII. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 56

Podzakonski akti za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog

zakona.

Do donošenja akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se dosadašnji propisi, ukoliko nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 57

Danom stupanja na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službeni list

SRCG", br. 13/79) i primjena Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službeni list SRJ", br. 12/98 i 37/02).

Član 58

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".

SU-SK Broj 01-1034/7

Podgorica, 17. decembra 2008. godine

Skupština crne Gore
Predsjednik,
Ranko Krivokapić, s.r.

211. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti

2
6
2
.

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZAŠTITI STANOVNIŠTVA OD ZARAZNIH

BOLESTI ("Sl. list RCG", br. 32/05 od 27.05.2005)

Proglašavam Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, koji je donijela Skupština Republike Crne Gore, na drugoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2005. godini, dana 24. maja 2005. godine.

Broj:
01-
529/2

Podgorica, 25. maja

2005. godine

Predsjednik Republike

Crne Gore Filip

Vujanović, s.r.

Z
A
K
O
N

O ZAŠTITI STANOVNIŠTVA OD ZARAZNIH

BOLESTI I OSNOVNE ODREDBE

Č
I

a
n

1

Ovim zakonom utvrđuju se zarazne bolesti koje ugrožavaju zdravlje stanovništva Republike Crne Gore (u daljem tekstu: zarazne bolesti), kao i infekcije koje nastaju kao posljedica obavljanja zdravstvene djelatnosti (u daljem tekstu: bolničke infekcije); mjere za njihovo sprječavanje i suzbijanje; nadležni subjekti za njihovo sprovođenje; način obezbjeđivanja sredstava za njihovo sprovođenje, kao i vršenje nadzora nad izvršavanjem ovog zakona.

Č
l
a
n

2

Zarazne bolesti, u smislu ovog zakona su:

1) A00 kolera (Cholera);

2) A01 trbušni tifus i paratifus (Typhus abdominalis et paratyphus);

3) A02 druge salmoneloze (Salmonelloses aliae);

4) A03 šigeloze (Shigelloses);

5) A04.3 infekcija crijeva izazvana enterohemoragičnom ešerihijom koli (Infectio inte-stinalis per
Escherichiam coli
enterohaemorrhagicam);

6) A04.5 kampilobakterioza (Enteritis campyilobacterialis);

7) A04.6 jersinioza (Enteritis yersiniosa enterocolitica);

8) A 04.9 druge bakterijske crijevne infekcije (Infectiones intestinales bacteriales aliae);

9) A 05.0 stafilokokno trovanje hranom (Intoxicatio alimentaria staphylococcica);

10) A 05.1 botulizam (Botulismus);

11) A05.2-9 druge bakterijske alimentarne intoksikacije (Intoxicationes alimentarie bacte-riales);

12) A 06. amebijaza (Amoebiasis);

13) A07.1 lamblijaza (Lambliasis);

14) A 07.2.kriptosporidijaza (Criptosporidiasis);

15) A09 proliv i želudačno crijevno zapaljenje, vjerovatno zaraznog porijekla (Diarrhoeaet gastroenteritis, causa infectionis suspecta)

16) A15-A 19 tuberkuloza (Tuberculosis);

17) A20 kuga (Pestis);

18) A21 tularemija (Tularaemia);

19) A22 antraks (Anthrax);

20) A23 bruceloza (Brucellosis);

21) A27 leptospiroza (Leptospirosis);

22) A32 listerioza (Listeriosis);

23) A 33-A 35 tetanus (Tetanus);

24) A36 difterija (Diphtheria);

25) A37 veliki kašalj (Pertussis);

26) A38 šarlah (Scarlatina);

27) A39 meningokokna bolest (Infectio meningococcica);

28) A40-41 sepsa (Septicaemia);

29) A48.1 legioneloza (Legionellosis);

30) A50-A53 sifilis (Syphillis);

31) A54 gonoreja (Infectio gonococcica);

32) A56 polna hlamidijaza (Infectiones sexuales chlamydiales);

33) A69.2 lajmska bolest (Morbus Lyme);

34) A70 ornitoza, psitakoza (Ornithosis, psittacsis);

35) A 75 pjegavi tifus (Typhus exanthematosus per Rickettsiam pronjazeki);

36) A 75.1 Brillova bolest (Morbus Brill);

37) A78 kju- groznica (LJ-febris);

38) A80 dječija paraliza (Poliomyelitis anterior acuta);

39) A 81.0 Krojcfeld- Jakobova bolest (CJB);

40) A82 bjesnilo (Rabies-lyssa);

41) A84 krpeljski virusni encefalitis (Encephalitis viralis ixodibus), A 85 virusni encefalitis (Encephalitis viralis);

42) A87 virusni meningitis (Meningitis viralis);

43) A 93.1 papatači groznica (Febris sant dfly) ;

44) A95 žuta groznica (Febris flava);

45) A 96.2 lasa hemoragična groznica (Febris lassa);

46) A98.0 krimsko-konguanska hemoragična groznica (Febris haemorrhagica Crim-Congo);

47) A 98.3 Marburška bolest (Morbus viralis Marmurg);

48) A98.4 bolest Ebola (Morbus viralis Ebola);

49) A98.5 hemoragična groznica sa bubrežnim sindromom (Febris haemorrhagica cumsyndroma renali);

50) B 01 ovčije boginje- varičele (Varicella);

51) B 05 male boginje- morbili (Morbilli);

52) B 06 crvenka (Rubella);

53) P 35.0 kongenitalna rubella (Syndroma rubellae congenitae);

54) B 15 akutni virusni hepatitis A(Hepatitis acuta A);

55) B 16 akutni virusni hepatitis B (Hepatitis acuta B);

56) B 17.1 akutni virusni hepatitis C (Hepatitis acuta C);

57) B 17.2 akutni virusni hepatitis E (Hepatitis acuta E);

58) B 18 hronični virusni hepatitis B, C, (Hepatitis viralis chronica B,C);

59) B 19 neodređeni virusni hepatitis (Hepatitis viralis non specificata);

60) B 20-B 24 HIV bolest (Morbus HIV);

61) B 26 zauške (Parotitis);

62) B 27 infektivna mononukleoza (Mononucleosis infectiva);

63) B 50-B 54 malarija (Malaria);

64) B 55 lajšmanijaza (Leishmaniasis);

65) B 58 toksoplazmoza (Toxoplasmosis);

66) B 67 ehinokokoza (Echinococcosis);

67) B 75 trihineloza (Trichinellosis);

68) B 77 askarijaza (Ascariasis);

69) B 80 enterobijaza (Enterobiasis);

70) B 86 šuga (Scabies);

71) B 96.3 bolest čiji je uzročnik hemofilus influence (Haemophilus influenzae);

72) G 00. bakterijski meningitisi (Meningitis bacterialis);

73) J 02.0, J 03.0 streptokokni faringitis i tonzilitis (Pharingitis et tonsillitis streptococcica);

74) J 10 - J 11 grip (Influenza);

75) J 12, J 12.9, J 13, J 14, J 15, J 84. zapaljenje pluća (Pneumonia viralis et bacterialis).

Ako se pojavi opasnost od zarazne bolesti koja nije navedena u stavu 1 ovog člana, a koja može ugroziti zdravlje stanovništva Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Republika), Vlada Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog organa državne uprave nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: nadležni organ državne uprave), može odlučiti da se za zaštitu stanovništva od te bolesti primjenjuju sve ili pojedine mjere predviđene ovim zakonom, druge mjere za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti i ostale mjere koje priroda te bolesti nalaže, kao i mjere propisane međunarodnim zdravstvenim i sanitarnim konvencijama i drugim međunarodnim aktima.

Predlog nadležnog organa državne uprave iz stava 2 ovog člana sačinjava se na osnovu mišljenja Instituta za javno zdravlje (u daljem tekstu: Institut) i sadrži naziv zarazne bolesti, mjere za sprječavanje i suzbijanje te bolesti, način njihovog sprovođenja i sredstva neophodna za sprovođenje tih mjera.

Odluka iz stava 2 ovog člana objavljuje se u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 3

Zaštita stanovništva od zaraznih bolesti sastoji se od planiranja, programiranja, organizovanja, sprovođenja i nadzora nad sprovođenjem mjera za sprječavanje, suzbijanje, odstranjivanje i iskorjenjivanje zaraznih bolesti, kao i obezbjeđivanje materijalnih i drugih sredstava za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti i ima prvenstvo u odnosu na druge mjere zdravstvene zaštite.

Svako ima pravo na zaštitu od zaraznih bolesti i bolničkih infekcija, kao i obavezu da štiti svoje zdravlje i zdravlje drugih od tih bolesti.

Zdravstvene ustanove, pravna lica i građani dužni su da sarađuju sa nadležnim organima državne uprave, kao i nadležnim zdravstvenim ustanovama i da im omoguće da obavljaju propisane preglede, uzimanje potrebnog materijala i sprovođenje drugih mjera za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti i bolničkih infekcija utvrđenih ovim zakonom.

Član 4

Međunarodne obaveze u vezi sa sprječavanjem, suzbijanjem, odstranjivanjem i iskorjenjivanjem zaraznih bolesti iz člana 2 ovog zakona izvršavaju se u skladu sa međunarodnim zdravstvenim propisima, programima Svjetske zdravstvene organizacije i drugim međunarodnim aktima.

Član 5

Pojmovi koji se koriste u ovom zakonu imaju slijedeće značenje:

- zaštita stanovništva od zaraznih bolesti je organizovana i sveukupna djelatnost, s ciljem sprječavanja i suzbijanja zaraznih bolesti, kao i odstranjivanja i iskorjenjivanja određenih zaraznih bolesti;

- sprječavanje pojave zarazne bolesti podrazumijeva skup mjera koje se kontinuirano sprovode u cilju predupređivanja infekcije, odnosno zarazne bolesti;

- suzbijanje zarazne bolesti podrazumijeva skup mjera koje se sprovode protiv već prisutne zarazne bolesti, u cilju liječenja oboljelih i smanjenja njene učestalosti;

- odstranjivanje određene zarazne bolesti jeste stanje kada se na određenoj teritoriji više ne javljaju autohtoni slučajevi obolijevanja, iako je uzročnik i dalje prisutan na datoj teritoriji, zbog čega je neophodno i dalje sprovođenje mjera sprječavanja;

- iskorjenjivanje određene zarazne bolesti jeste stanje kada se na određenoj teritoriji više ne javljaju autohtoni slučajevi obolijevanja, jer je uzročnik na toj teritoriji potpuno uništen i zbog čega stalne mjere sprječavanja

i suzbijanja više nije potrebno sprovoditi;

- epidemija zarazne bolesti podrazumijeva porast učestalosti obolijevanja, komplikacija ili smrti od zarazne bolesti koji je veći od uobičajenog za određenu grupaciju stanovništva i određeni vremenski period;

- zaraženo područje jeste područje na kojem postoje jedan ili više rezervoara, odnosno izvora uzročnika zarazne bolesti i uslovi za širenje te zarazne bolesti;

- ugroženo područje jeste područje na koje se sa zaraženog područja može prenijeti zarazna bolest i na kojem postoje uslovi za širenje te zarazne bolesti;

- zoonoza podrazumijeva zaraznu bolest koja se, pod prirodnim uslovima, može prenijeti sa životinja

(kičmenjaka) na čovjeka;

- zdravstvena ustanova je pravno lice koje je u skladu sa posebnim zakonom registrovano za obavljanje zdravstvene djelatnosti;

- zdravstveno obrazovanje podrazumijeva proces pomoću koga pojedinci i grupe lica uče da se ponašaju na način usmjeren ka unapređenju i održavanju zdravlja, kao i sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti;

- imunoprofilaksa podrazumijeva mjeru zaštite osjetljivih osoba od zaraznih bolesti primjenom vakcina, ili specifičnih imunoglobulina;

- hemioprofilaksa podrazumijeva mjeru zaštite osjetljivih osoba od zaraznih bolesti primjenom hemijskih sredstava, uključujući i antibiotike;

- zdravstveni nadzor predstavlja mjeru kojom se licima koja dolaze sa područja u kojima ima kolere, kuge, hemoragičnih groznica (osim hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom) i drugih

zaraznih bolesti koje utvrdi nadležni organ državne uprave, nalaže svakodnevno javljanje odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi u cilju zdravstvenih pregleda, bez ograničavanja slobode kretanja;

- karantin predstavlja mjeru kojom se ograničava sloboda kretanja i utvrđuju obavezni zdravstveni pregledi zdravim licima koja su bila ili za koja postoji sumnja da su bila u kontaktu sa licima koja su oboljela ili se sumnja da su oboljela od karantinskih bolesti;

- karantinske bolesti su zarazne bolesti čiji se uzročnici prenose vazduhom i kontaktom i koje imaju visoku stopu smrtnosti, odnosno koje predstavljaju veliku opasnost po zdravlje stanovništva Republike, zbog čega se u slučaju njihove pojave ili sumnje na njihovu pojavu primjenjuju mjere karantina i striktne izolacije (kuga, hemoragične groznice, osim hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom, kao i druge zarazne bolesti koje utvrdi nadležni organ državne uprave);

- izolacija podrazumijeva način izdvajanja inficiranih lica, odnosno životinja tokom perioda zaraznosti na takav način i pod takvim uslovima da se spriječi ili ograniči direktni, odnosno indirektni prenos uzročnika zarazne bolesti sa inficiranog, odnosno oboljelog lica ili životinje na osjetljivo lice;

- striktna izolacija je jedna od vrsta izolacije koja se primjenjuje u odnosu na lica, odnosno životinje, koji su inficirani ili oboljeli ili se sumnja da su inficirani ili oboljeli od uzročnika zarazne bolesti koji izaziva visoku smrtnost kod ljudi i može se lako prenositi vazduhom i kontaktom;

- epidemiološki nadzor podrazumijeva kontinuirano ili vanredno prikupljanje, analiziranje i distribuiranje epidemioloških podataka, u cilju praćenja kretanja zaraznih bolesti i preduzimanja mjera radi sprječavanja i suzbijanja zaraznih bolesti i epidemija tih zaraznih bolesti;

- epidemiološko ispitivanje predstavlja postupak terenskog, odnosno administrativnog prikupljanja i analize epidemioloških podataka o rezervoaru, izvoru infekcije i načinu prenošenja uzročnika zarazne bolesti, kao i karakteristikama uzročnika zarazne bolesti i izložene grupacije stanovništva, u cilju preduzimanja odgovarajućih mjera sprječavanja i suzbijanja te zarazne bolesti;

- dezinfekcija predstavlja postupak smanjenja broja ili uništavanja uzročnika zaraznih bolesti prisutnih na površini ljudskog tijela, odjeći i u sredini koja okružuje čovjeka, upotrebom hemijskih ili fizičkih sredstava;

- dezinsekcija predstavlja postupak uništavanja ili uklanjanja nepoželjnih zglavkara prisutnih na ljudima, odjeći i u sredini koja okružuje čovjeka ili na domaćim životinjama upotrebom hemijskih ili fizičkih sredstava;

- deratizacija predstavlja postupak uništavanja sitnih životinjskih oblika, naročito glodara, prisutnih u sredini koja okružuje čovjeka ili domaće životinje uz pomoć hemijskih ili fizičkih sredstava;

- objekti pod zdravstvenim nadzorom su objekti u kojima se vrši proizvodnja i promet ljekova, medicinskih sredstava, životnih namirnica (hrana, voda za piće i voda koja se koristi za pripremanje hrane za ljude) i kozmetičkih sredstava; objekti u kojima se vrši vaspitno-obrazovna djelatnost i organizuje kolektivni smještaj djece i starih lica; objekti u kojima se vrši dijagnostika, liječenje i njega bolesnika, kao i pružanje usluga tradicionalnih i alternativnih oblika liječenja, njege i uljepšavanja lica i tijela i nemedicinskih intervencija kojima je moguće narušavanje integriteta kože;

- zatvorena i otvorena javna mjesta predstavljaju prostore namijenjene zajedničkom boravku ljudi, a obuhvataju prostore u kojima se obavlja vaspitno-obrazovna djelatnost, obezbjeđuje kolektivna ishrana, održavaju kulturne, zabavne, sportske i druge manifestacije, priredbe i takmičenja i drugi organizaovani skupovi.

II NADLEŽNOSTI

Član 6

U obezbjeđivanju i sprovođenju zaštite stanovništva od zaraznih bolesti učestvuju: organi lokalne uprave i organi državne uprave; zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u skladu sa posebnim zakonom; zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici; organizacije zdravstvenog osiguranja; vaspitno-obrazovne, sportske i druge ustanove i organizacije u kojima se obavljaju uslužne djelatnosti; pravna lica i preduzetnici; humanitarne, vjerske i druge organizacije, zajednice i udruženja i građani.

Član 7

Nadležni organ državne uprave prati kretanje zaraznih bolesti na teritoriji Republike, proglašava pojavu epidemije zarazne bolesti od većeg epidemiološkog značaja, proglašava zaraženo, odnosno ugroženo područje, naređuje mjere koje u tom slučaju moraju da se sprovode.

Odluku iz stava 1 ovog člana nadležni organ državne uprave donosi na predlog Instituta.

Predlog Instituta mora da sadrži naziv zarazne bolesti, određenje zaraženog, odnosno ugroženog područja, mjere koje se moraju sprovoditi, način njihovog sprovođenja i sredstva potrebna za sprovođenje tih mjera.

Član 8

Institut prati i proučava kretanje zaraznih bolesti u skladu sa zakonom, međunarodnim aktima i programima Svjetske zdravstvene organizacije i o tome obavještava nadležni organ državne uprave, druge nadležne organe i druge subjekte u zemlji i inostranstvu, u cilju ranog upozorenja i razmjene informacija.

Na osnovu informacija iz stava 1 ovog člana, a u skladu sa Strategijom razvoja zdravstva RCG, Institut, u saradnji sa Kliničkim centrom Crne Gore i specijalnom bolnicom za plućne bolesti, priprema programe za sprječavanje, suzbijanje, odstranjivanje i iskorjenjivanje zaraznih bolesti, kao i organom državne uprave nadležnim za poslove veterinarstva u slučaju pojave zoonoza.

Programe iz stava 2 ovog člana donosi nadležni organ državne uprave za svaku godinu ili za duži

period. Program mjera iz stava 2 ovog člana mora da sadrži njihove izvršioce, rok potreban za

izvršenje, materijalna i

druga sredstva potrebna za izvršenje.

Član 9

Zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost moraju voditi propisane evidencije, registre i baze podataka o zaraznim bolestima koje se povezuju u jedinstven informacioni sistem, u skladu sa posebnim zakonom.

Subjekti iz stava 1 ovog člana obavezni su da o pojavi zarazne bolesti, odnosno bolničke infekcije, odmah obavijeste dom zdravlja organizovan za teritoriju na kojoj se nalaze.

Dom zdravlja, preko svojih službi, a posebno preko higijensko-epidemiološke službe, vrši epidemiološki nadzor i neposredno sprovodi mjere sprječavanja, suzbijanja, odstranjivanja i iskorjenjivanja zaraznih bolesti na teritoriji jedinice lokalne samouprave za koju je organizovan.

Dom zdravlja je obavezan da o kretanju zaraznih bolesti obavještava Institut, nadležne organe lokalne uprave i druge subjekte, u cilju ranog upozorenja i razmjene informacija.

Član 10

Zaštita stanovništva od zoonoza organizuje se i sprovodi u saradnji sa organom državne uprave nadležnim za poslove veterinarstva.

Zdravstvene ustanove, nadležni organi i organizacije iz oblasti veterinarstva dužni su da se međusobno obavještavaju o pojavi i kretanju zaraznih bolesti iz stava 1 ovog člana i da usklađuju organizovanje i sprovođenje epidemioloških, odnosno epiziotoloških, higijenskih i drugih mjera za njihovo sprječavanje, suzbijanje, odstranjivanje i iskorjenjivanje.

Oblik i način saradnje iz stava 1 ovog člana propisuje nadležni organ državne uprave i organ državne uprave nadležan za poslove veterinarstva.

III MJERE ZA SPRJEČAVANJE I SUZBIJANJE ZARAZNIH BOLESTI

Član 11

Zaštita stanovništva od zaraznih bolesti vrši se sprovođenjem opštih, posebnih i drugih mjera u skladu sa ovim zakonom.

1. Opšte mjere

Član 12

Opšte mjere su:

1) zdravstveno obrazovanje stanovništva;

2) obezbjeđivanje higijensko- tehničkih uslova u objektima pod zdravstvenim nadzorom i drugim objektima u kojima se obavlja javna djelatnost i na javnim mjestima;

3) uklanjanje ljudskih i životinjskih izlučevina, leševa, organa i tkiva, otpadnih voda i drugih otpadnih materija, na način i pod uslovima koji ne ugrožavaju zdravlje stanovništva, i

4) sprovođenje mjera preventivne dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije (u daljem tekstu DDD), u naseljenim mjestima, na javnim površinama, u stambenim objektima, sredstvima javnog saobraćaja, objektima pod zdravstvenim nadzorom i njihovoj neposrednoj okolini.

Za organizovanje, odnosno sprovođenje mjera iz stava 1 ovog člana odgovorni su organi lokalne uprave, organi državne uprave, zdravstvene ustanove, privredna društva, preduzetnici, druga pravna lica i građani, u skladu sa ovim i posebnim zakonima.

Mjere preventivne DDD iz stava 1 tačka 4 ovog člana vrše zdravstvene ustanove, pravna lica i preduzetnici koji ispunjavaju uslove u pogledu kadrova, opreme i sredstava.

Nadležni organ državne uprave propisuje bliže uslove u pogledu kadrova, opreme i sredstava koje moraju da ispunjavaju subjekti iz stava 3 ovog člana i člana 13 stav 3 ovog zakona.

Nadležni organ državne uprave utvrđuje koje zdravstvene ustanove, pravna lica i preduzetnici ispunjavaju uslove za vršenje mjera DDD.

Akt iz stava 5 ovog člana objavljuje se u "Službenom listu RCG".

Zdravstvene ustanove, pravna lica i preduzetnici iz stava 5 ovog člana dužni su da o svakoj promjeni uslova za vršenje mjera DDD, propisanih ovim zakonom, obavijeste nadležni organ državne uprave.

2. Posebne mjere

Član 13

Posebne mjere za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti su:

1) imunoprofilaksa i hemioprofilaksa;

2) zdravstveni pregledi određenih kategorija stanovništva sa savjetovanjem;

3) zdravstveni nadzor i karantin;

4) laboratorijsko ispitivanje radi utvrđivanja uzročnika zaraznih bolesti i uzročnika epidemija zaraznih bolesti;

5) rano otkrivanje i prijavljivanje zaraznih bolesti i epidemiološki nadzor;

6) prevoz, izolacija i liječenje oboljelih od zaraznih bolesti;

7) epidemiološko ispitivanje;

8) zdravstveno obrazovanje oboljelih, članova njihovih porodica i drugih lica koja su u riziku od obolijevanja od zaraznih bolesti;

9) dezinfekcija, dezinsekcija i deratizacija, po epidemiološkim indikacijama.

Mjere utvrđene u stavu 1 tač. 1 do 8 ovog člana organizuju i sprovode zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost, u skladu sa zakonom.

Mjere utvrđene u stavu 1 tačka 9 ovog člana vrše zdravstvene ustanove, privredna društva, preduzetnici i druga

pravna lica, koji ispunjavaju uslove u pogledu kadrova, opreme i sredstava.

Član 14

Posebne mjere iz člana 13 ovog zakona određuju se i sprovode u skladu sa posebnim programima i stručno- metodološkim uputstvima.

Programe i stručno-metodološka uputstva iz stava 1 ovog člana donosi nadležni organ državne uprave.

Član 15

Sredstva za sprovođenje posebnih mjera za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti utvrđenih u članu 13 stav 1 ovog zakona, izuzev za zdravstvene preglede određenih kategorija stanovništva sa savjetovanjem i za vakcinaciju lica u međunarodnom saobraćaju, obezbjeđuju se u skladu sa zakonima koji uređuju oblast zdravstvene zaštite i oblast zdravstvenog osiguranja.

1) Imunoprofilaksa i hemioprofilaksa

Član 16

Imunoprofilaksa se sprovodi vakcinama (u daljem tekstu: vakcinacija) i specifičnim imunoglobulinima. Vakcinacija je obavezna protiv:

1) tuberkuloze, difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize, malih boginja, epide-mijskih zaušaka, crvenke, virusnog hepatitisa "B" i hemofilusa infulence tipa "B", za sva lica određenog uzrasta;

2) hepatitisa "B", tetanusa, bjesnila, gripa, hemofilusa influence tipa "B", streptokokusa pneumonije, meningokokne bolesti, trbušnog tifusa, žute groznice, krpeljskog encefalitisa i hepatitisa "A" , za lica za koja postoje utvrđeni epidemiološki, odnosno klinički razlozi;

3) drugih zaraznih bolesti za koje postoji efikasna vakcina, koju nadležni organ državne uprave uvrsti u

Program obaveznih imunizacija.

Zaštita specifičnim imunoglobulinima obavezna je po epidemiološkim indikacijama za lica koja su bila izložena uzročnicima tetanusa, bjesnila, hepatitisa "B" i druge zarazne bolesti, za koju postoje specifični imunoglobulini i koju nadležni organ državne uprave uvrsti u Program obaveznih imunizacija.

Član 17

Hemioprofilaksa se obavezno vrši, na propisan način, za sva lica koja su izložena infekciji od tuberkuloze, meningokoknog meningitisa, malarije, a po epidemiološkim indikacijama i kod lica koja su izložena drugim zaraznim bolestima.

Član 18

Imunoprofilaksu i hemioprofilaksu sprovode zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici, u skladu sa zakonom. Nadležni organ državne uprave, na predlog Instituta, propisuje bliže uslove u pogledu organizacije i načina sprovođenja imunoprofilakse i hemioprofilakse i donosi godišnji program obaveznih imunizacija na teritoriji Republike.

2) Zdravstveni pregledi određenih kategorija stanovništva sa savjetovanjem

Član 19

Obaveznom zdravstvenom pregledu na propisan način uz savjetovanje podliježu:

1) trudnice;

2) davaoci krvi, sjemene tečnosti, jajne ćelije, tkiva i dijelova ljudskog tijela;

3) lica na liječenju hemodijalizom;

4) zaposleni u proizvodnji i prometu lijekova, medicinskih sredstava, namirnica i kozmetičkih sredstava;

5) zaposleni u vaspitno-obrazovnim i drugim ustanovama za djecu i omladinu i ustanovama za kolektivni smještaj starih lica;

6) zaposleni na poslovima zdravstvenih pregleda, liječenja, njege bolesnika, kao i na poslovima održavanja higijene;

7) zaposleni na poslovima pružanja usluga: tradicionalnih i alternativnih metoda liječnja, njege i uljepšavanja lica i tijela i nemedicinskih intervencija, kojima je moguće narušavanje integriteta kože;

8) lica koja u sklopu školovanja obavljaju obaveznu praksu na poslovima utvrđenim u tač. 4 do 7 ovog stava;

9) lica koja u Republiku dolaze iz zemalja u kojima ima kolere, kuge, virusnih hemoragičnih groznica (osim hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom) ili malarije, a po epidemiološkim indikacijama i lica koja mogu unijeti i druge zarazne bolesti koje utvrdi nadležni organ državne uprave;

10) lica koja izlučuju uzročnike trbušnog tifusa, paratifusa, drugih salmoneloza, šigeloza, jersinoza i kampilobakterioza.

Obavezne zdravstvene preglede iz stava 1 ovog člana sprovode zdravstvene ustanove, u skladu sa zakonom. Zdravstveni pregledi lica iz stava 1 tač. 4 do 8 ovog člana vrše se prije započinjanja obavljanja određenih poslova, u toku njihovog obavljanja, kao i kada to ocijeni doktor medicine.

Vrste, obim, rokove i način sprovođenja obaveznih pregleda iz stava 3 ovog člana, kao i odgovarajuću zdravstvenu dokumentaciju kojom se dokazuje izvršenost tih pregleda propisuje nadležni organ državne uprave.

3) Zdravstveni nadzor i karantin

Član 20

Lica koja dolaze iz zemalja u kojima ima kolere, kuge, žute groznice, virusnih hemoragičnih groznica (osim hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom) i malarije stavljaju se pod zdravstveni nadzor.

Nadležni organ državne uprave, na predlog Instituta, može odrediti mjeru zdravstvenog nadzora i za lica koja dolaze iz zemalja u kojima postoje i druge zarazne bolesti, ukoliko neka od tih zaraznih bolesti može da ugrozi zdravlje stanovništva Republike.

Licima koja se, u skladu sa st. 1 i 2 ovog člana, stavljaju pod zdravstveni nadzor, na graničnom prelazu, odnosno na mjestu ulaska u zemlju, uručuje se akt o stavljanju pod zdravstveni nadzor.

Primjerak akta iz stava 3 ovog člana dostavlja se domu zdravlja nadležnom prema mjestu boravka lica kome je određena mjera stavljanja pod zdravstveni nadzor, u roku od 24 sata.

Dom zdravlja je dužan da nadležni organ državne uprave obavijesti o licima koja ne postupaju u skladu sa uručenim aktom, odnosno ne javljaju se toj zdravstvenoj ustanovi radi praćenja njihovog zdravstvenog stanja.

Bliže uslove u pogledu načina organizovanja i sprovođenja zdravstvenog nadzora iz stava 1 ovog člana propisuje nadležni organ državne uprave.

Član 21

Karantin se sprovodi prema licima koja su bila ili za koja postoji sumnja da su bila u kontaktu sa licima oboljelim ili sa licima za koja postoji sumnja da su oboljela od karantinskih bolesti.

Dužina trajanja karantina iz stava 1 ovog člana određuje se u vremenu trajanja maksimalne inkubacije određene zarazne bolesti zbog koje se sprovodi mjera karantina.

Organizovanje i sprovođenje karantina iz stava 1 ovog člana, na predlog Instituta, naređuje nadležni organ državne uprave.

Lice kojem je, u skladu sa ovim zakonom, određena mjera stavljanja u karantin dužno je da se pridržava naređenja nadležnog organa državne uprave, pod prijetnjom prinudnog stavljanja u karantin.

Mjera karantina sprovodi se u objektima koji ispunjavaju uslove za sprovođenje te mjere koje propisuje nadležni organ državne uprave.

Objekte iz stava 5 ovog člana određuje Vlada, na predlog nadležnog organa državne uprave koji propisuje bliže uslove za organizovanje i sprovođenje karantina.

Privredna društva, preduzetnici i druga pravna lica, čiji su objekti određeni za potrebe karantina iz stava 6 ovog člana, dužni su da privremeno ustupe svoj objekat na korišćenje radi sprječavanja i suzbijanja zarazne bolesti, odnosno epidemije te zarazne bolesti.

Za korišćenje objekta iz stava 7 ovog člana vlasniku objekta pripada novčana naknada u visini stvarnih troškova, koja se obezbjeđuje iz budžeta Republike.

Postupak za naknadu iz stava 8 ovog člana pokreće vlasnik objekta, zahtjevom.

Zahtjev i potrebna dokumentacija podnose se nadležnom organu državne uprave u roku od 30 dana od dana prestanka korišćenja objekta za potrebe karantina.

O pravu vlasnika na novčanu naknadu odlučuje nadležni organ državne uprave, na predlog

Komisije. Komisiju iz stava 11 ovog člana obrazuje nadležni organ državne uprave.

4) Laboratorijsko ispitivanje radi utvrđivanja uzročnika zaraznih bolesti i uzročnika epidemija zaraznih bolesti

Član 22

Laboratorijsko ispitivanje radi utvrđivanja uzročnika zaranih bolesti, odnosno uzročnika epidemija zaraznih bolesti (u daljem tekstu: laboratorijsko ispitivanje) vrši se u svim slučajevima pojave ili sumnje na pojavu zarazne bolesti, u kojima je utvrđivanje uzročnika zarazne bolesti neophodno za postavljanje dijagnoze, kao i u slučaju pojave ili opasnosti od pojave epidemije zarazne bolesti.

Laboratorijsko ispitivanje iz stava 1 ovog člana vrše zdravstvene ustanove koje ispunjavaju propisane

uslove za vršenje laboratorijskih ispitivanja iz oblasti mikrobiologije, u skladu sa zakonom.

Provjeru laboratorijskog ispitivanja iz stava 2 ovog člana vrše zdravstvene ustanove koje su dobile akreditaciju iz oblasti mikrobiologije, u skladu sa zakonom.

Nadležni organ državne uprave propisuje bliže uslove u pogledu načina vođenja podataka o laboratorijskim ispitivanjima, načina obavještavanja i rokova za davanje obavještenja o dobijenim rezultatima.

5) Rano otkrivanje i prijavljivanje zaraznih bolesti i epidemiološki nadzor

Član 23

Obaveznom prijavljivanju, u cilju epidemiološkog nadzora, u skladu sa ovim zakonom, podliježu:

1) oboljenje, odnosno smrt od zarazne bolesti iz člana 2 ovog zakona;

2) laboratorijski utvrđen uzročnik zarazne bolesti;

3) smrt od zarazne bolesti koja nije navedena u članu 2 ovog zakona;

4) sumnja da postoji oboljenje od kolere, karantinskih bolesti, poliomijelitisa, difterije, malih boginja i botulizma;

5) epidemija zarazne bolesti poznatog ili nepoznatog uzročnika;

6) bolnička infekcija;

7) izlučivanje uzročnika trbušnog tifusa, paratifusa, drugih salmoneloza, šigeloza, jersinoza, kampilobakterioza, kao i nošenje antigena virusnog hepatitisa "B", antitijela na virusni hepatitis "C" i HIV- a i nosilaštvo prazita - uzročnika malarije;

8) svaki ugriz, odnosno kontakt sa bijesnom ili na bjesnilo sumnjivom životinjom;

9) akutna flakcidna paraliza;

10) sumnja na upotrebu biološkog agensa;

11) nuspojava nastala nakon vakcinacije;

12) antimikrobna rezistencija.

Prijavljivanje iz stava 1 ovog člana vrše zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost.

Epidemiološki nadzor iz stava 1 ovog člana vrše domovi zdravlja koji imaju organizovanu higijensko - epidemiološku zaštitu i Institut.

Bliže uslove u pogledu načina prijavljivanja zaraznih bolesti, bolničkih infekcija, stanja i smrti oboljelih od ovih bolesti, kao i vršenje epidemiološkog nadzora iz stava 1 ovog člana propisuje nadležni organ državne uprave.

6) Prevoz, izolacija i liječenje oboljelih od zaraznih bolesti

Član 24

Lice oboljelo od zarazne bolesti prevozi se pod uslovima i na način kojim se sprječava širenje zaraznih bolesti. Lice koje je oboljelo ili za koje postoji sumnja da je oboljelo od kolere, karantinskih bolesti i od druge zarazne bolesti nepoznatog uzročnika prevozi se sanitetskim vozilom.

Zdravstvena ustanova, odnosno doktor medicine koji kod određenog lica utvrde oboljenje od zarazne bolesti ili postave sumnju na zaraznu bolest utvrđenu u stavu 2 ovog člana dužni su da obezbijede sanitetsko vozilo za prevoz tog lica do zdravstvene ustanove za bolničko liječenje lica oboljelih od zaraznih bolesti.

Član 25

Lice koje je oboljelo, ili za koje se sumnja da je oboljelo od zarazne bolesti mora se liječiti u svakom slučaju kada bi neliječenje ugrozilo zdravlje drugih ljudi ili prouzrokovalo širenje zarazne bolesti.

Za lice koje boluje ili se sumnja da boluje od karantinske bolesti obavezna je striktna izolacija i liječenje u zdravstvenim ustanovama, koje ispunjavaju uslove u pogledu kadrova, prostora i medicinsko-tehničke opreme za

bolničko liječenje lica oboljelih od karantinskih bolesti.

Mjera striktne izolacije iz stava 2 ovog člana primjenjuje se i traje dok postoji opasnost od širenja te zarazne bolesti.

Osim lica utvrđenih u stavu 2 ovog člana, u zdravstvenim ustanovama za bolničko liječenje lica oboljelih od karantinskih bolesti izoluju se i liječe lica za koja postoji sumnja da boluju od zarazne bolesti nepoznate etiologije koja ima visoku stopu smrtnosti i koja se prenosi vazduhom i kontaktom.

Mjera striktne izolacije iz stava 4 ovog člana sprovodi se i traje do postavljanja dijagnoze koja ne zahtijeva striktnu izolaciju.

Lica oboljela od kolere, žute groznice, trbušnog tifusa, antraksa (osim kožnog oblika), tetanusa, difterije, meningokokne bolesti, bakterijskih meningitisa, dječije paralize, bjesnila, krpeljskog meningoencefalitisa, virusne hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom, bruceloze, tularemije, leptospiroze, malarije, lajšmanijaze (izuzev kožnog oblika), bolesti HIV-a liječe se u zdravstvenim ustanovama koje ispunjavaju uslove u pogledu kadrova, prostora i medicinsko-tehničke opreme za bolničko liječenje lica oboljelih od zaraznih bolesti.

Lica oboljela od plućne forme tuberkuloze liječe se u zdravstvenim ustanovama za bolničko liječenje lica oboljelih od plućne tuberkuloze, dok traje opasnost od širenja te zarazne bolesti.

Lica oboljela od zarazne bolesti koja nije navedena u st. 2, 4, 5 i 6 ovog člana liječe se prema kliničkim indikacijama i u drugim zdravstvenim ustanovama ili u stanu bolesnika, ako postoje odgovarajući uslovi i nema opasnosti od širenja zaraznih bolesti.

Doktor medicine koji utvrdi oboljenje od zarazne bolesti utvrđene u st. 2 i 6 ovog člana ili postavi sumnju na oboljenje od zarazne bolesti utvrđene u stavu 4 ovog člana dužan je da oboljelo lice odmah uputi u zdravstvenu ustanovu u kojoj se izoluju i liječe lica oboljela od zaraznih bolesti u skladu sa ovim zakonom.

Nadležni organ državne uprave propisuje bliže uslove u pogledu kadrova, prostora, medicinsko-tehničke i zaštitne opreme za zdravstvene ustanove u kojima se sprovodi bolničko liječenje lica oboljelih od karantinskih i drugih zaraznih bolesti.

Član 26

U slučaju pojave epidemije zarazne bolesti širih razmjera, lica oboljela od te bolesti mogu se liječiti u svim objektima u kojima se mogu obezbijediti uslovi za liječenje, odnosno izolaciju i liječenje lica oboljelih od zaraznih bolesti.

Objekte iz stava 1 ovog člana određuje nadležni organ državne uprave.

Član 27

Zdravstvena ustanova u kojoj je izolovan ili primljen na liječenje stranac, koji je obolio od bolesti iz člana 25 st.

2, 4, 6, 7 i 8 ovog zakona i u slučaju pojave zarazne bolesti širih razmjera, dužna je da o tome odmah obavijesti nadležni organ državne uprave i organ državne uprave nadležan za unutrašnje poslove.

Član 28

Zdravstvene ustanove koje u okviru svoje djelatnosti za određeno područje sprovode epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima i liječe oboljele od zaraznih bolesti dužne su da obezbijede rezerve lijekova i medicinskih sredstava, za slučaj pojave obolijevanja širih razmjera.

7) Epidemiološko ispitivanje

Član 29

Epidemiološko ispitivanje sprovodi se u cilju otkrivanja uzročnika, rezervoara, izvora, načina širenja zaraznih

bolesti, kao i radi sprječavanja, otkrivanja i suzbijanja epidemija zaraznih bolesti.

Epidemiološko ispitivanje iz stava 1 ovog člana sprovode domovi zdravlja koji imaju organizovanu higijensko - epidemiološku zaštitu i obavezno se sprovodi kod:

1) pojave epidemije zaraznih bolesti;

2) sumnje da postoji oboljenje od kolere, karantinskih bolesti, akutne flakcidne paralize, difterije, malih boginja i botulizma;

3) pojave zaraznih bolesti iz člana 2 ovog zakona;

4) pojave zarazne bolesti nepoznate etiologije koja može da ugrozi zdravlje stanovništva Republike.

8) Zdravstveno obrazovanje oboljelih, članova njihovih porodica i drugih lica koja su u riziku od obolijevanja od zaraznih bolesti

Član 30

Zdravstveno obrazovanje oboljelih od zarazne bolesti, članova porodice oboljelog i svih drugih koji su u riziku od obolijevanja od te zarazne bolesti sprovode zdravstvene ustanove u kojima se neposredno liječe oboljeli od zaraznih bolesti i domovi zdravlja u kojima je organizovana higijensko - epidemiološka zaštita.

9) Dezinfekcija, dezinsekcija i deratizacija po epidemiološkim indikacijama

Član 31

Obavezna je dezinfekcija izlučevina, ličnih i drugih predmeta, kao i prostora i vozila u kojem je boravila osoba oboljela od zarazne bolesti, kada postoji opasnost od širenja te zarazne bolesti.

Član 32

Obavezno je sprovođenje dezinsekcije osoba, odjeće, ličnih predmeta, stambenih, poslovnih i drugih objekata, kao i vozila, u slučaju obolijevanja od zarazne bolesti koju prenose zglavkari.

Član 33

Obavezna je deratizacija naseljenih mjesta, luka, aerodroma, brodova i drugih sredstava javnog prevoza, kao i skladišnih prostora i privrednih objekata, u slučaju pojave zarazne bolesti gdje su prenosioci uzročnika glodari.

3. DRUGE MJERE ZA ZAŠTITU STANOVNIŠTVA OD ZARAZNIH BOLESTI

Član 34

Radi sprječavanja unošenja u zemlju, širenja i suzbijanja zaraznih bolesti, nadležni organ državne uprave može da naredi i druge mjere za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti, i to da:

1) utvrdi uslove putovanja za lica koja putuju u zaražena područja ili dolaze iz takvih područja;

2) ograniči, odnosno zabrani kretanje stanovništva na zaraženom ili ugroženom području;

3) zabrani okupljanje stanovništva u zatvorenim i na otvorenim javnim mjestima;

4) ograniči ili zabrani promet pojedinih vrsta robe i proizvoda.

Mjere iz stava 1 ovog člana mogu trajati najduže dok postoji opasnost od unošenja zarazne bolesti u zemlju, odnosno od širenja zarazne bolesti zbog kojih su mjere uvedene.

Akt iz stava 1 ovog člana objavljuje se u "Službenom listu RCG".

Član 35

Prevoz i sahrana, kao i iskopavanje, prenos i sahrana posmrtnih ostataka umrlog lica vrši se na način i pod uslovima koji ne omogućavaju širenje zarazne bolesti.

Prevoz i sahrana, kao i iskopavanje, prenos i sahrana posmrtnih ostataka lica umrlog od zarazne bolesti u zemlji, prenošenje umrlog lica iz inostranstva u zemlju i iz zemlje u inostranstvo vrši se po odobrenju nadležnog organa državne uprave.

Način i uslove pod kojima se vrše prevoz i sahrana, kao i iskopavanje, prenos i sahrana, umrlog lica iz st. 1 i 2 ovog člana bliže propisuje nadležni organ državne uprave.

IV SPRJEČAVANJE I SUZBIJANJE BOLNIČKIH INFEKCIJA

Član 36

Zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost dužni su da obezbijede higijensko- tehničke uslove i sprovode odgovarajuće stručne, organizacione i druge propisane mjere radi sprječavanja pojave, ranog otkrivanja i suzbijanja bolničkih infekcija.

U cilju sprovođenja mjera iz stava 1 ovog člana, zdravstvene ustanove i drugi subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost dužni su da donesu program za praćenje, sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.

Program iz stava 2 ovog člana mora da sadrži, najmanje:

1) razrađen metod epidemiološkog praćenja bolničkih infekcija;

2) doktrine izvođenja svih dijagnostičkih, terapeutskih, njegovateljskih i ostalih postupaka koji se sprovode u zdravstvenoj ustanovi;

3) doktrinu sterilizacije, dezinfekcije, čišćenja i ukljanjanja medicinskog i drugog otpada;

4) doktrinu postupaka sa bolesnicima, zdravstvenim radnicima i saradnicima oboljelim od zaraznih bolesti ili nosiocima uzročnika zaraznih bolesti;

5) pravila i smjernice za zaštitu zaposlenih od zaraznih bolesti i bolničkih infekcija.

V NADZOR

Član 37

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i drugih propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši nadležni organ državne uprave.

Poslove inspekcijskog nadzora iz nadležnosti organa državne uprave iz stava 1 ovog člana vrše zdravstveni inspektori, u skladu sa zakonom.

Član 38

Zdravstveni inspektor dužan je da, pored upravnih mjera i radnji propisanih zakonom kojim se uređuje inspekcijski nadzor, kada utvrdi da je povrijeđen zakon ili drugi propis, preduzme i sljedeće upravne mjere i radnje:

1) licima koja dolaze iz zemalja u kojima ima kolere, kuge, žute groznice, malarije i virusnih hemoragičnih groznica (osim hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom) naredi stavljanje pod zdravstveni nadzor na graničnom prelazu, odnosno na mjestu ulaska u zemlju;

2) zabrani prelazak granice u oba pravca, kada se određena bolest javila ili raširila u graničnom području

Republike ili u određenom graničnom prelazu susjedne zemlje.

VI KAZNENE ODREDBE

Član 39

Novčanom kaznom od tridesetostrukog do šezdesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova i drugi subjekt koji obavlja zdravstvenu djelatnost, ako:

1) ne izvršava međunarodne obaveze u vezi sa sprječavanjem, suzbijanjem, odstranjivanjem i iskorjenjivanjem zaraznih bolesti (član 4);

2) Institut ne prati i ne proučava kretanje zaraznih bolesti u skladu sa zakonom, međunarodnim aktima i programom Svjetske zdravstvene organizacije i ne priprema programe za sprječavanje, suzbijanje, odstranjivanje i iskorjenjivanje zaraznih bolesti (član 8 st. 1 i 2);

3) postupi suprotno članu 9 ovog zakona;

4) postupi suprotno članu 10 stav 2 ovog zakona;

5) obavlja djelatnost prije nego što nadležni organ državne uprave utvrdi da su ispunjeni uslovi za vršenje mjera DDD (član 12 stav 5);

6) ne obavijesti nadležni organ državne uprave o promjeni uslova za obavljanje mjera DDD (član 12 stav 7);

7) postupi suprotno članu 23 ovog zakona;

8) ne obezbijedi sanitetsko vozilo za prevoz lica koje je oboljelo od kolere, karantinske bolesti i od druge bolesti nepoznatog uzročnika (član 24);

9) ne obezbijedi striktnu izolaciju i liječenje licu koje boluje ili se sumnja da boluje od karantinske bolesti

(član 25 stav 2);

10) ne obezbijedi striktnu izolaciju i liječenje licu za koje postoji sumnja da boluje od zarazne bolesti nepoznate etiologije koja ima visoku stopu smrtnosti i koja se prenosi vazduhom i kontaktom (član 25 stav 4);

11) ne obezbijedi liječenje lica iz člana 25 st. 6 i 7 ovog zakona u zdravstvenim ustanovama za bolničko liječenje lica oboljelih od zaraznih bolesti;

12) ne liječi lica oboljela od zaraznih bolesti iz člana 25 stav 8 ovog zakona;

13) postupi suprotno članu 27 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice kaznom od petostrukog do desetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici.

Član 40

Novčanom kaznom od sedamdesetostrukog do stostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova i drugi subjekt koji obavlja zdravstvenu djelatnost, ako:

1) ne primjenjuje ostale mjere koje priroda određene bolesti nalaže (član 2 stav 2);

2) ne sarađuje sa nadležnim organima državne uprave, kao i nadležnim zdravstvenim ustanovama i ne omogućava obavljanje propisanih pregleda, uzimanje potrebnog materijala i sprovođenje drugih mjera za

zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti i bolničkih infekcija (član 3 stav 3);

3) Institut u slučaju pojave epidemije zarazne bolesti od većeg epidemiološkog značaja nadležnom organu državne uprave ne dostavi predlog iz člana 7 stav 3 ovog zakona;

4) ne sprovodi imunoprofilaksu i hemioprofilaksu ili je ne sprovodi na način predviđen ovim zakonom (čl. 16 do 18);

5) ne sprovodi obavezne zdravstvene preglede za lica iz člana 19 ovog zakona;

6) bez sprovedenog obaveznog zdravstvenog pregleda zaposli ili zadrži na radu ili obaveznoj praksi lica iz člana 19 stav 1 tač. 4, 6, 7 i 8 i stav 2 ovog zakona;

7) postupi suprotno članu 20 stav 5 ovog zakona;

8) postupi suprotno članu 22 ovog zakona;

9) postupi suprotno članu 28 ovog zakona;

10) ne sprovede epidemiološko ispitivanje u slučajevima propisanim ovim zakonom (član 29);

11) postupi suprotno drugim naređenim mjerama za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti (član 34);

12) prevoz i sahranu, kao i iskopavanje, prenos i sahranu posmrtnih ostataka umrlog lica ne vrše na način i pod uslovima koji ne omogućavaju širenje zarazne bolesti (član 35);

13) ne sprovodi odgovarajuće stručne, organizacione i druge propisane mjere radi sprječavanja pojave, ranog otkrivanja i suzbijanja bolničkih infekcija i ne donese program za praćenje, sprječavanje i suzbijanje istih (član 36).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice novčanom kaznom u iznosu od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijena rada u Republici.

Član 41

Novčanom kaznom od pedesetostrukog do dvjestostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj privredno društvo, preduzetnik i drugo pravno lice, ako:

1) ne sarađuje sa nadležnim organom, nadležnim zdravstvenim ustanovama i ne omogućava obavljanje propisanih pregleda,uzimanje potrebnog materijala i sprovođenje drugih mjera za zaštitu od zaraznih bolesti i bolničkih infekcija (član 3 stav 3);

2) ne omogući domu zdravlja da vrši epidemiološki nadzor i neposredno sprovodi mjere

sprječavanja, suzbijanja, odstranjivanja i iskorjenjivanja zaraznih bolesti (član 9 stav 3);

3) obavlja djelatnost prije nego što nadležni organ državne uprave utvrdi da su ispunjeni uslovi za vršenje mjera DDD (član 12 stav 5);

4) ne obavijesti nadležni organ državne uprave o promjeni uslova za obavljanje DDD mjera (član 12 stav 7);

5) bez zdravstvenog pregleda zaposli ili zadrži na radu ili obaveznoj praksi lica iz člana 19 stav 1 tač. 4, 5, 7 i

8 i stav 2 ovog zakona;

6) ne ustupi svoj objekat na privremeno korišćenje radi sprječavanja i suzbijanja zaraznih bolesti, odnosno epidemije određene zarazne bolesti (član 21 stav 7);

7) ne sarađuje i ne omogućava sprovođenje epidemiološkog ispitivanja u cilju otkrivanja uzročnika, rezervoara, izvora, načina širenja zaraznih bolesti, kao i radi sprječavanja, otkrivanja i suzbijanja epidemija

zaraznih bolesti (član 29 stav 1);

8) prevoz i sahranu, kao i iskopavanje, prenos i sahranu posmrtnih ostataka umrlog lica ne vrši na način i pod uslovima koji ne omogućavaju širenje zarazne bolesti (član 35).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici.

Za prekršaj iz stava 1 tač. 1, 2 i 8 ovog člana kazniće se za prekršaj i fizičko lice novčanom kaznom od petostrukog do petnaestostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici.

Član 42

Novčanom kaznom od dvostrukog do desetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se za prekršaj fizičko lice, kao i roditelj ili staratelj maloljetnika, odnosno lica lišenih poslovne sposobnosti koji su učinili prekršaj, ako je učinjeni prekršaj posljedica njihovog propuštanja dužnog staranja o maloljetniku, odnosno nad licima lišenim poslovne sposobnosti, ako:

1) odbije imunoprofilaksu i hemioprofilaksu protiv određene zarazne bolesti (čl. 16 i 17);

2) postupi suprotno članu 19 ovog zakona;

3) za vrijeme trajanja mjere zdravstvenog nadzora postupa suprotno članu 20 st. 1 do 3 ovog zakona;

4) postupi suprotno članu 21 stav 4 ovog zakona;

5) odbije laboratorijsko ispitivanje u svim slučajevima pojave ili sumnje na pojavu zarazne bolesti, u kojima je utvrđivanje uzročnika zarazne bolesti neophodno za postavljanje dijagnoze, kao i u slučaju pojave ili opasnosti od pojave epidemije zarazne bolesti (član 22 stav 1);

6) onemogućava prevoz pod uslovima i na način kojim se sprječava širenje zaraznih bolesti (član 24 stav 1);

7) ne dozvoli primjenu mjera liječenja koje su propisane članom 25 st. 1 do 8 ovog zakona;

8) u slučaju pojave epidemije zarazne bolesti širih razmjera ne liječi se u objektu u kojem se mogu obezbijediti uslovi za liječenje, odnosno izolaciju i liječenje lica oboljelih od zarazne bolesti (član 26 stav

1);

9) ne postupi po naređenim drugim mjerama za zaštitu stanovništva od zaraznih bolesti (član 34).

Član 43

Novčanom kaznom od dvostrukog do desetostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici kazniće se zdravstveni radnik, ako:

1) ne obavlja prijavljivanje zaraznih bolesti u skladu sa zakonom (član 23);

2) ne obezbijedi sanitetsko vozilo za prevoz lica oboljelog od zarazne bolesti do zdravstvene ustanove za bolničko liječenje lica oboljelih od zaraznih bolesti (član 24 stav 3), i

3) odmah ne uputi lice oboljelo od zarazne bolesti u zdravstvenu ustanovu u kojoj se izoluju i liječe lica oboljela od zaraznih bolesti (član 25 stav 9).

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 44

Podzakonski akti za izvršavanje ovog zakona donijeće se u roku od godinu dana od dana stupanja na snagu ovog

zakona.

Do donošenja podzakonskih akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se propisi donijeti do dana stupanja na snagu ovog zakona, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 45

Pravna lica i preduzetnici koji vrše poslove zaštite stanovništva od zaraznih bolesti koje ugrožavaju zdravlje stanovništva Republike dužni su da usklade svoje poslovanje sa ovim zakonom i propisima donesenim na osnovu ovog zakona, u roku od dvije godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 46

Stupanjem na snagu ovog zakona prestaje da važi Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti ("Službeni list SRCG", br. 53/75, 4/76, 28/87, 29/89 i 39/89 i "Službeni list RCG", br. 48/91 i 27/94) i primjena Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti koje ugrožavaju celu zemlju ("Službeni list SRJ", br. 46/96, 12/98 i 37/02).

Član 47

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Republike Crne Gore".

212. Zakon o zaštiti od buke u životnoj sredini

513.

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O ZAŠTITI OD BUKE U ŽIVOTNOJ

SREDINI ("Sl. list RCG", br. 45/06 od 17.07.2006)

Proglašavam Zakon o zaštiti od buke u životnoj sredini, koji je donijela Skupština Republike Crne Gore, na sedmoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2006. godini, dana 10. jula 2006. godine.

Broj: 01-992/2

Podgorica, 11. 07. 2006. godine

Predsjednik Republike Crne Gore

Filip Vujanović, s.r.

Z
A
K
O
N

O ZAŠTITI OD BUKE U ŽIVOTNOJ

SREDINI I. OPŠTE ODREDBE

Č
l
a
n

1

Ovim zakonom uređuje se zaštita od buke u životnoj sredini i utvrđuju mjere za suzbijanje štetnog dejstva buke na zdravlje ljudi.

Odredbe ovog zakona ne odnose se na buku na: radnom mjestu, u stanovima, prevoznim sredstvima i buku koja je posljedica vojnih aktivnosti ili otklanjanja posljedica elementarnih nepogoda.

Č

Član 2

Buka štetna po zdravlje, u smislu ovog zakona, je svaki zvuk iznad granične vrijednosti koja se utvrđuje posebnim propisom, s obzirom na vrijeme i mjesto nastanka u sredini u kojoj ljudi borave.

Član 3

Zaštita od buke obuhvata mjere koje se preduzimaju u cilju:

1) sprječavanja ili smanjivanja štetnih uticaja buke na zdravlje ljudi i životnu sredinu;

2) utvrđivanja nivoa izloženosti buci u životnoj sredini na osnovu domaćih i međunarodno prihvaćenih standarda;

3) prikupljanja podataka o nivou buke u životnoj sredini i obezbjeđivanja njihove dostupnosti javnosti;

4) postizanja i očuvanja zadovoljavajućeg nivoa buke u životnoj sredini.

Član 4

Zaštita od buke, u smislu člana 3 ovog zakona, postiže se:

1) uspostavljanjem sistema kontrole izvora buke;

2) planiranjem, praćenjem, sprječavanjem i ograničavanjem upotrebe izvora buke;

3) izradom akustičkih karata na bazi jedinstvenih indikatora buke i metoda procjene buke u životnoj sredini;

4) izradom akcionih planova kratkoročnih, srednjoročnih i dugoročnih mjera zaštite od buke u životnoj sredini.

Član 5

Pojmovi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeće značenje:

. buka u životnoj sredini je nepoželjan ili štetan zvuk izazvan ljudskom aktivnošću, uključujući buku koju stvaraju prevozna sredstva drumskog, željezničkog, vazdušnog i pomorskog saobraćaja, kao i industrijske aktivnosti;

. izvor buke je svaka mašina, uređaj, instalacija, postrojenje, sredstvo za rad i transport,

tehnološki postupak, elektroakustični uređaj za glasno emitovanje muzike i govora, bučna aktivnost ljudi i životinja i druge radnje od kojih se širi zvuk. Izvorima buke smatraju se i cjeline kao nepokretni i pokretni objekti, otvoreni i zatvoreni prostori za sport, igru, ples, predstave, koncerte, slušanje muzike i sl. Saobraćaj, vezan za

određene djelatnosti ili sadržaje smatra se izvorom buke od te djelatnosti ili sadržaja;

. indikator buke označava fizičku skalu za opis buke u životnoj sredini, koji je povezan sa štetnim uticajem;

. Ld je indikator dnevnog nivoa buke i odnosi se na vrijeme od 6 do 20 časova;

. Le je indikator nivoa buke tokom večernjih časova i odnosi se na vrijeme od 20 do 22 časa;

. Ln je indikator noćnog nivoa buke i odnosi se na vrijeme od 22 do 6 časova;

. Lden je ukupni indikator nivoa buke tokom dana, večeri i noći;

. imisija buke je ukupni nivo buke na mjestu prijema;

. emisija buke je ukupni nivo buke koji izvor predaje u okolni prostor;

. granična vrijednost nivoa buke je vrijednost utvrđena na osnovu naučnih saznanja, kako bi se izbjegle, spriječile ili smanjile štetne posljedice po ljudsko zdravlje i životnu sredinu u cjelini, koju treba postići u utvrđenom roku i koja se, kada se jednom postigne, ne smije prekoračiti;

. osnovni nivo je nivo buke u životnoj sredini kada ispitivani izvor buke ne radi;

. štetan uticaj je negativan uticaj buke na ljudsko zdravlje;

. boravišni prostor je svaki otvoreni ili zatvoreni prostor u kome ljudi trajno ili privremeno borave;

. karta buke je prikaz postojećih nivoa buke prema indikatorima buke na svim mjestima unutar posmatranog područja. Na kartama su prikazana i prekoračenja graničnih vrijednosti buke, kao i broj ljudi i objekata izloženih buci određenog nivoa;

. strateška karta buke je karta koja prikazuje ukupnu izloženost buci na nivou Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Crna Gora);

. akcioni plan je plan upravljanja bukom, kao i prikaz mjera za sprovođenje smanjenja buke na dozvoljene nivoe unutar posmatranog područja;

. stručni poslovi zaštite od buke su poslovi ispitivanja nivoa buke, kao i poslovi utvrđivanja i primjene propisanih mjera zaštite od buke, u cilju zaštite zdravlja ljudi i životne sredine;

. najbolja dostupna tehnika je najdjelotvornija i najmodernija faza u razvoju djelatnosti i načinu njihovog obavljanja, koja omogućava pogodniju primjenu određenih tehnika za zadovoljavanje graničnih vrijednosti emisija, propisanih u cilju sprječavanja ili ako to nije izvodljivo, u cilju smanjenja emisija i uticaja na životnu sredinu kao cjelinu. Pojedini elementi izraza "najbolje dostupne tehnike" imaju sljedeća značenja:

- tehnika - način na koji je postrojenje projektovano, izgrađeno, održavano, na koji funkcioniše i stavlja se van pogona ili zatvara, uključujući i tehnologiju koja se koristi;

- dostupna - tehnika razvijena do stepena koji omogućava primjenu u određenom sektoru industrije, pod ekonomski i tehnički prihvatljivim uslovima, uključujući troškove i koristi, ako je pod uobičajenim uslovima dostupna korisniku;

- najbolja - podrazumijeva najefikasniji učinak u postizanju visokog opšteg nivoa zaštite životne sredine;

. akustičko planiranje je kontrolisanje predviđene buke unutar posmatranog područja planskim mjerama, kao što je urbanističko planiranje, planiranje saobraćaja, ublažavanje buke mjerama zvučne izolacije i kontrola izvora buke.

II. MJERE ZAŠTITE OD BUKE

Član 6

Zaštitu od buke dužni su da sprovode i obezbijede njeno sprovođenje organi državne uprave, organi lokalne

uprave, kao i pravna lica, preduzetnici i građani, u skladu sa ovim zakonom.

Član 7

Zaštita od buke sprovodi se neprekidno, u toku 24 časa, u skladu sa indikatorima buke.

Član 8

Mjerama zaštite od buke sprječava se nastajanje buke, odnosno smanjuje postojeća buka na granične vrijednosti nivoa buke.

Mjere zaštite od buke su:

1) Normativne mjere:

- propisi koji se odnose na granične vrijednosti nivoa buke, na metode procjene i mjerenja buke i izradu karata buke i akcionih planova;
- procedure pri ovjeravanju ili izdavanju uvjerenja o usaglašenosti izvora buke sa propisanim graničnim vrijednostima emisije buke.

2) Plansko-urbanističke mjere:

- plansko lociranje izvora buke u odnosu na objekte i područja koje treba zaštiti;
- planovi gradskog i međugradskog saobraćaja i planiranje i upravljanje drumskim, željezničkim, vazdušnim i pomorskim saobraćajem.

3) Tehničke mjere:

- izbor i upotreba niskobučnih mašina, uređaja, sredstava za rad i transport;
- izvođenje odgovarajuće zvučne izolacije objekata u kojima su locirani izvori buke;
- primjena akustičnih zaštitnih mjera na mjestima nastajanja i putevima širenja buke.

4) Mjere zabrane i privremenog ograničavanja:

- ograničavanje upotrebe izvora buke u neposrednoj blizini određenih objekata;
- zabrana upotrebe izvora buke u određenim vrstama plovnih objekata.

1. Normativne mjere

Član 9

Propise o graničnim vrijednostima nivoa buke i metodama procjene i mjerenja buke donosi organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja (u daljem tekstu: nadležni organ državne uprave), uz prethodno pribavljeno mišljenje organa državne uprave nadležnog za poslove zaštite životne sredine i uređenja prostora.

Član 10

U cilju provjere i stalnog nadzora stanja buke, jedinice lokalne samouprave dužne su da donesu akcioni plan, čiji sastavni dio je karta buke.

Član 11

Vlada Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), na predlog nadležnog organa državne uprave, uz prethodno pribavljeno mišljenje organa državne uprave nadležnog za poslove zaštite životne sredine, usvaja akcioni plan za teritoriju Crne Gore, čiji sastavni dio je strateška karta buke.

Način izrade i sadržaj strateške karte buke, akcionih planova kao i karata buke, propisuje nadležni organ državne uprave, uz prethodno pribavljeno mišljenje organa državne uprave nadležnog za poslove zaštite životne sredine i uređenja prostora.

Član 12

Podaci iz čl. 10 i 11 ovog zakona su javni i sastavni su dio informacionog sistema Crne Gore.

Član 13

Mašine, transportna sredstva, uređaji i oprema koji se proizvode u Crnoj Gori ili se uvoze na teritoriju Crne Gore moraju, radi stavljanja u promet, odnosno upotrebu, biti usklađeni sa propisanim tehničkim standardima koji se odnose na granični nivo buke pod određenim uslovima upotrebe, a podaci o zvučnoj snazi koju emituju pod tim uslovima upotrebe moraju biti označeni na proizvodu u skladu sa posebnim propisima kao i smjernicama i normama Evropske unije.

2. Plansko-urbanističke mjere

Član 14

Planovi prostornog uređenja svih nivoa i propisi za njihovo sprovođenje moraju sadržavati odgovarajuće mjere za zaštitu od buke, kao i mišljenje nadležne zdravstvene ustanove o uticaju na zdravlje ljudi i životnu sredinu.

Podaci iz karata buke iz člana 10 ovog zakona predstavljaju stručnu podlogu za izradu prostornih

planova.

Član 15

U postupku procjene uticaja na životnu sredinu po posebnim propisima, obavezna je i procjena nivoa buke, mjere zaštite od buke, kao i mišljenje nadležne zdravstvene ustanove iz člana 14 stav 1 ovog zakona.

3. Tehničke mjere

Član 16

Mjere zaštite od buke vezane za izbor i upotrebu niskobučnih mašina, uređaja, sredstava za rad i transport sprovode se primjenom najbolje dostupnih tehnika koje su tehnički i ekonomski isplative, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 17

Objekat mora biti izgrađen na način da buka kojoj su izložena lica koja borave u objektu ili njegovoj blizini bude na takvom nivou da ne ugrožava zdravlje ljudi, kao i da obezbjeđuje mir i uslove za odmor i rad.

U postupku izdavanja upotrebne dozvole, kao i odobrenja za obavljanje djelatnosti, obavezno je pribavljanje mišljenja o primijenjenim mjerama zaštite od buke.

Mišljenje iz stava 2 ovog člana daje pravno lice i preduzetnik ovlašćeni za obavljanje stručnih poslova zaštite od buke.

Član 18

Izvori buke koji se koriste za obavljanje djelatnosti, a koji se privremeno koriste ili se trajno postavljaju u otvorenom prostoru na nivou tla, na zidove i krovove zgrada, nepokretne i pokretne objekte ili se koriste na vodi ili u vazduhu moraju imati podatke o zvučnoj snazi.

Izvori buke iz stava 1 ovog člana mogu se koristiti, ako nadležni organ utvrdi da buka od izvora neće prelaziti granične vrijednosti nivoa buke u životnoj sredini.

4. Mjere zabrane i privremenog ograničavanja

Član 19

U naseljenim mjestima dozvoljena je upotreba izvora buke u periodu od 6 do 22 časa, a za elektroakustične uređaje za izvođenje muzike od 9 do 1 čas, pod uslovom da ne prelazi granične vrijednosti nivoa buke.

Odredba stava 1 ovog člana ne odnosi se na objekte izvan naseljenih mjesta, objekte u kojima je izvedena zvučna izolacija u skladu sa članom 8 stav 2 tačka 3 ovog zakona, kao i na oglašavanje zvonima, odnosno elektroakustičkim uređajima za vrijeme vjerskih obreda.

Član 20

Zabranjena je upotreba izvora buke na udaljenosti manjoj od 100m od zdravstvenih ustanova koje obavljaju bolničku djelatnost i rehabilitaciju, domova za stare i vaspitno obrazovnih ustanova.

Ograničenje iz stava 1 ovog člana ne odnosi se na vršenje hitnih mjera održavanja.

Član 21

U izletničkim plovnim objektima zabranjeno je korišćenje elektroakustičnih uređaja za izvođenje, odnosno emitovanje muzike i uređaja za oglašavanje (megafon i sl.).

Član 22

Za održavanje javnih skupova, zabavnih i sportskih priredbi i drugih aktivnosti na otvorenom i zatvorenom prostoru, koji mogu dovesti do prekoračenja graničnih nivoa buke, jedinice lokalne samouprave odlukom određuju ulice, djelove ulica i naselja, trgove i druge lokacije namijenjene za te svrhe.

Aktom iz stava 1 ovog člana određuju se putevi za dolazak i odlazak učesnika navedenih događaja.

III. STRUČNI POSLOVI ZAŠTITE OD BUKE

Član 23

Stručne poslove zaštite od buke mogu da obavljaju pravna lica i preduzetnici koji ispunjavaju uslove u pogledu prostora, kadra i opreme propisanih ovim zakonom, kao i standarda ISO/IEC 17025.

Propis o bližim uslovima u pogledu prostora, kadra i opreme lica iz stava 1 ovog člana donosi nadležni organ državne uprave.

Ispunjenost uslova iz stava 1 ovog člana cijeni nadležni organ državne uprave i izdaje odobrenje za obavljanje ove djelatnosti, koje se objavljuje u "Službenom listu Republike Crne Gore".

Član 24

Nadzor nad stručnim radom lica iz člana 23 ovog zakona vrši nadležni organ državne uprave. Propis o načinu vršenja nadzora iz stava 1 ovog člana donosi nadležni organ državne uprave.

Član 25

Pravna lica i preduzetnici iz člana 23 ovog zakona dužni su da se u obavljanju djelatnosti pridržavaju domaćih i međunarodnih standarda.

Ako se stručnim nadzorom utvrdi da ovlašćena pravna lica i preduzetnici ne obavljaju djelatnost u skladu sa stavom 1 ovog člana, nadležni organ državne uprave donijeće rješenje o zabrani obavljanja djelatnosti.

IV. NADZOR

Član 26

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrše:

1) nadležni organ državne uprave, u odnosu na objekte i djelatnosti za koje odobrenje za rad izdaju organi

državne uprave;

2) nadležni organ lokalne uprave, u odnosu na objekte i djelatnosti za koje odobrenje za rad izdaju organi lokalne uprave, u skladu sa zakonom.

Član 27

Poslove inspekcijskog nadzora iz člana 26 tačka 1 ovog zakona vrši sanitarni inspektor, u skladu sa zakonom kojim se uređuje inspekcijski nadzor.

Poslove inspekcijskog nadzora iz člana 26 tačka 2 ovog zakona vrši organ lokalne uprave nadležan za poslove komunalne policije, preko komunalnog inspektora, u skladu sa zakonom.

Član 28

Pored obaveza i ovlašćenja utvrđenih zakonom kojim se uređuje inspekcijski nadzor, radi otklanjanja utvrđenih nepravilnosti, sanitarni inspektor, odnosno komunalni inspektor je ovlašćen i obavezan da:

1) naredi mjerenje nivoa buke kod pravnih lica i preduzetnika koji koriste izvore buke u sredini u kojoj ljudi borave;

2) izvrši mjerenje nivoa buke u ugostiteljskim objektima za koje odobrenje za rad izdaje organ državne uprave, odnosno organ lokalne uprave.

Član 29

Pored upravnih mjera i radnji utvrđenih zakonom kojim se uređuje inspekcijski nadzor, sanitarni, odnosno komunalni inspektor je obavezan da:

1) zabrani upotrebu izgrađene, odnosno rekonstruisane građevine, ako nijesu sprovedene mjere zaštite od buke, dok se te mjere ne sprovedu;

2) zabrani upotrebu izvora buke dok se ne preduzmu mjere zaštite od buke;

3) zabrani upotrebu mašina, transportnih sredstava, uređaja i opreme koji nemaju podataka o zvučnoj snazi koju emituju pod određenim uslovima upotrebe.

4) zabrani obavljanje djelatnosti, odnosno drugih aktivnosti, ako su započete bez rješenja nadležnog organa kojim se utvrđuje da su sprovedene mjere zaštite od buke.

V. KAZNENE ODREDBE

Član 30

Novčanom kaznom od tridesetostrukog do šezdesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se za

prekršaj pravno lice, ako:

1) prouzrokuje buku štetnu po zdravlje (član 2);

2) ne sprovodi i ne obezbijedi sprovođenje mjera zaštite od buke (član 6);

3) stavlja u promet, odnosno upotrebu mašine, transportna sredstva, uređaje i opremu koja se proizvodi u Crnoj Gori ili se uvozi na teritoriju Crne Gore, bez usklađivanja sa propisanim tehničkim standardima koji se odnose na granični nivo buke pod određenim uslovima upotrebe kao i bez podataka o zvučnoj snazi koju emituju pod tim uslovima upotrebe, u skladu sa posebnim propisima, smjernicama i normama Evropske unije (član 13);

4) ako izvore buke privremeno koristi ili trajno postavlja u otvorenom prostoru na nivou tla, na zidove i krovove zgrada, nepokretne i pokretne objekte ili ih koristi na vodi ili u vazduhu bez podataka o zvučnoj snazi (član 18 stav 1);

5) koristi izvore buke bez dokaza nadležnog organa da buka od izvora neće prelaziti granične vrijednosti nivoa buke u životnoj sredini (član 18 stav 2);

6) koristi elektroakustične uređaje za izvođenje, odnosno emitovanje muzike i uređaje za

oglašavanje u izletničkim plovnim objektima (član 21);

7) ne odredi odlukom ulice, djelove ulica i naselja, trgove i druge lokacije namijenjene za održavanje javnih skupova, zabavnih i sportskih priredbi i drugih aktivnosti na otvorenom i zatvorenom prostoru, kao i puteve za dolazak i odlazak učesnika navedenih događaja (član 22).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i fizičko lice novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Član 31

Novčanom kaznom od stostrukog do dvjestastrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori kazniće se pravno lice i preduzetnik, ako stručne poslove obavlja bez odobrenja nadležnog organa državne uprave (član 23).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od

petnaestostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i fizičko lice novčanom kaznom od petnaestostrukog do dvadesetostrukog iznosa minimalne zarade u Crnoj Gori.

VI. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 32

Propis o graničnim vrijednostima nivoa buke iz člana 9 ovog zakona donijeće se u roku od 30 dana, a propis o metodama procjene i mjerenja buke, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja propisa iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se odredbe Uredbe o zaštiti od buke ("Službeni list RCG", br. 24/95, 42/02 i 25/03), kojim su propisane granične vrijednosti nivoa buke.

Propisi iz čl. 23 i 24 ovog zakona donijeće će se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 33

Akcioni plan iz člana 11 stav 1 ovog zakona donijeće se u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Propis iz člana 11 stav 2 ovog zakona donijeće se u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona. Jedinice lokalne samouprave dužne su da akcioni plan iz člana 10 ovog zakona donesu u roku od dvije godine od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 34

Pravna lica i preduzetnici koji su na osnovu dosadašnjih propisa obavljali poslove mjerenja buke dužni su da pribave odobrenje za obavljanje djelatnosti, u roku od 12 mjeseci od dana donošenja propisa iz člana 23 ovog zakona.

Član 35

Pravna lica i preduzetnici koji koriste izvore buke za koje nema podataka o zvučnoj snazi koju emituju dužni su da ih usklade sa ovim zakonom u roku od pet godina od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 36

Stupanjem na snagu ovog zakona prestaje da važi Uredba o zaštiti od buke ("Službeni list RCG", br. 24/95, 42/02 i 25/03), osim u dijelu odredbi koje se odnose na granične vrijednosti nivoa buke.

Član 37

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Republike Crne Gore".

213. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica

Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica

Zakon je objavljen u "Službenom listu RCG", br. 32/2005 od 27.5.2005. godine.

I OSNOVNE ODREDBE

Član 1

Ovim zakonom uređuje se način obezbjeđivanja zaštite i ostvarivanja prava mentalno oboljelih lica, organizovanje i sprovođenje zaštite, kao i stvaranje uslova za primjenu mjera zaštite tih lica od diskriminacije.

Član 2

Mentalno oboljelim licima obezbjeđuje se ostvarivanje prava i sloboda u skladu sa međunarodnim dokumentima i opštim pravilima međunarodnog prava.

Član 3

Zabranjena je diskriminacija mentalno oboljelih lica.

Diskriminacijom, u smislu stava 1 ovog člana, ne smatraju se posebne mjere koje se preduzimaju da bi se zaštitilo zdravlje ili bezbjednost mentalno oboljelih lica, odnosno obezbjedilo unapređenje njihovog zdravlja.

Niko ne smije kvalifikovati lice kao mentalno oboljelo, niti na drugi način ukazivati na njegov mentalni poremećaj, izuzev ako je to u cilju preduzimanja mjera zaštite ovih lica u skladu sa zakonom.

Član 4

Niko se ne može prisiliti na medicinsko ispitivanje radi utvrđivanja prisustva mentalnog poremećaja, osim u slučajevima i po postupku utvrđenom zakonom.

Mentalno oboljela lica imaju pravo na:

1) dostupnu i efikasnu zaštitu mentalnog zdravlja i dostupne osnovne psihotropne lijekove, pod jednakim uslovima;

2) zdravstvenu i socijalnu zaštitu primjerenu zdravstvenim potrebama i liječenje pod jednakim uslovima i u skladu sa jednakim standardima kao i druga lica koja se liječe u zdravstvenim ustanovama;

3) zaštitu od ekonomske, seksualne i drugih oblika eksploatacije, tjelesne ili druge zloupotrebe, svakog oblika zlostavljanja, ponižavajućeg postupanja i drugog tretmana kojim se vrijeđa lično dostojanstvo i koje stvara neugodno, agresivno, ponižavajuće ili uvredljivo stanje;

4) zaštitu ličnog dostojanstva, human tretman i poštovanje njegove ličnosti i privatnosti.

Član 5

Ostvarivanje prava mentalno oboljelih lica u skladu sa ovim zakonom može se ograničiti samo u slučajevima propisanim zakonom i ako je to neophodno da bi se zaštitilo zdravlje ili bezbjednost tih ili drugih lica.

Psihijatri i drugi zdravstveni radnici dužni su da sprovode liječenje mentalno oboljelih lica tako da u najmanjoj mogućoj mjeri ograničavaju njihove slobode i prava, kao i da ne prouzrokuju fizičke i psihičke neugodnosti koje vrijeđaju njihovu ličnost i ljudsko dostojanstvo.

Član 6

Radi ostvarivanja i obezbjeđivanja prava mentalno oboljelih lica utvrđenih ovim zakonom, Vlada Republike Crne Gore utvrđuje Strategiju unapređenja mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori (u daljem tekstu: Strategija).

Sastavni dio Strategije čine planovi unapređenja i očuvanja mentalnog zdravlja.

Član 7

Izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeća značenja:

1) **zaštita mentalnog zdravlja** podrazumijeva primarnu prevenciju, identifikovanje i dijagnozu mentalnog stanja određenog lica, kao i liječenje, staranje i rehabilitaciju zbog mentalnog poremećaja i poremećaja ponašanja ili sumnje na njihovo postojanje;

2) **mentalno oboljelo lice** je lice sa mentalnim poremećajima, lice ometeno u razvoju, zavisnik od psihoaktivnih supstanci (alkoholičari i narkomani) ili lice sa drugim poremećajima ponašanja;

3) **teže mentalno oboljelo lice** je lice koje nije u mogućnosti da shvati značaj svojih postupaka ili nije u mogućnosti da upravlja svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da mu je neophodna psihijatrijska pomoć;

4) **mentalni poremećaj i poremećaji ponašanja** su klinički značajna stanja koja se karakterišu promjenama u mišljenju, raspoloženju ili ponašanju, a koja su udružena sa ličnom patnjom i/ili oštećenim funkcionisanjem (trajna ili privremena duševna bolest ili duševna poremećenost ili zaostali duševni razvoj ili drugi duševni poremećaji i poremećaji ponašanja);

5) **diskriminacija mentalno oboljelih lica** predstavlja svako pravno ili fizičko, neposredno ili posredno razlikovanje, privilegovanje, isključivanje ili ograničavanje zasnovano na mentalnom poremećaju zbog kojeg se mentalno oboljelim licima otežava ili negira priznavanje, uživanje ili ostvarivanje ljudskih prava i sloboda;

6) **maloljetno lice** je lice koje nije navršilo 18 godina života i lice koje je odlukom o produženju roditeljskog prava poslije navršenih 18 godina života izjednačeno sa maloljetnim licem;

7) **zastupnik** je lice koje zastupa interese mentalno oboljelog lica i podrazumijeva zakonskog zastupnika, privremenog zastupnika ili drugo lice, u skladu sa zakonom;

8) **zakonski zastupnik** je roditelj, staralac ili usvojitelj, koji ispunjavaju uslove u skladu sa zakonom;

9) **psihijatar** je doktor medicine sa specijalizacijom iz oblasti psihijatrije ili neuropsihijatrije;

10) **zdravstveni radnik za mentalno zdravlje** je doktor medicine, medicinska sestra i medicinski tehničar, obučeni za zaštitu mentalnog zdravlja;

11) **zdravstveni saradnik za mentalno zdravlje** je klinički psiholog, defektolog, sociolog, socijalni radnik ili drugo lice obučeno za zaštitu mentalnog zdravlja;

12) **psihijatrijska ustanova** je zdravstvena ustanova u kojoj se obezbjeđuje specijalističko - konzilijarno i bolničko liječenje iz oblasti psihijatrije;

13) **centar za mentalno zdravlje** je dio primarne zdravstvene zaštite u kome se obavlja zaštita mentalnog zdravlja, u skladu sa ovim zakonom;

14) **zajednica** je porodica ili drugi oblik zajedničkog života, socijalna ili druga ustanova, mjesto prebivališta ili boravišta ili drugo bliže okruženje u kojem mentalno oboljelo lice živi;

15) **medicinski postupak** je određeni oblik liječenja, dijagnostički postupak, prijem i smještaj u psihijatrijsku ustanovu radi dijagnostičke obrade i liječenja, uključivanje u obrazovne, socio terapijske i rehabilitacione programe koji se sprovode u psihijatrijskoj ustanovi, izvođenje istraživanja na području zaštite i unapređenja zdravlja mentalno oboljelih lica;

16) **pristanak** je slobodno data saglasnost mentalno oboljelog lica, bez prijetnji, ucjene ili drugog oblika prisiljavanja za sprovođenje određenog medicinskog postupka;

17) **dobrovoljni smještaj** je smještaj mentalno oboljelog lica u psihijatrijsku ustanovu uz njegov pristanak;

18) **prisilni smještaj** je smještaj teže mentalno oboljelog lica ili mentalno oboljelog učinioca krivičnog djela ili prekršaja u psihijatrijsku ustanovu bez njegovog pristanka;

19) **prisilno zadržavanje** je smještaj mentalno oboljelog lica u psihijatrijsku ustanovu od trenutka donošenja odluke psihijatra o zadržavanju tog lica bez njegovog pristanka do odluke nadležnog suda o prisilnom smještaju.

II OSTVARIVANJE ZAŠTITE MENTALNO OBOLJELIH LICA

Član 8

Postojanje mentalnog poremećaja i poremećaja ponašanja kod nekog lica utvrđuje se u skladu sa međunarodno prihvaćenim standardima.

Mentalno oboljelo lice ima pravo da bude liječeno u najmanje ograničavajućoj okolini i sa najmanje ograničavajućim, nametljivim i prinudnim metodama.

Liječenje i zaštita mentalno oboljelog lica moraju biti zasnovani na individualno utvrđenom planu, sa kojim je to lice upoznato i saslušano njegovo mišljenje.

U utvrđivanju plana iz stava 3 ovog člana obavezno se uključuju članovi porodice ili zakonski zastupnik mentalno oboljelog lica.

Član 9

Zaštita mentalnog zdravlja se sprovodi u skladu sa primjenjivim etičkim načelima, u skladu sa ovim zakonom.

Liječenje mentalno oboljelog lica mora biti usmjereno na čuvanje i jačanje integriteta ličnosti.

Član 10

Posebnu zaštitu, u skladu sa ovim zakonom, uživaju maloljetna mentalno oboljela lica.

Licima iz stava 1 ovog člana može biti postavljen staralac koji nije član porodice, ako je to neophodno radi zaštite njihovih prava, u skladu sa zakonom.

Član 11

Za staraoca mentalno oboljelog lica kome se oduzima poslovna sposobnost ne može biti postavljen zastupnik psihijatrijske ustanove, odnosno centra za mentalno zdravlje koji je učestvovao u postupku oduzimanja poslovne sposobnosti, kao ni članovi porodice mentalno oboljelog lica, izuzev u slučajevima kad sud, odnosno organ starateljstva ocijeni da između njih ne postoji sukob interesa.

Staralac je dužan da se naročito brine o zdravstvenom stanju mentalno oboljelog lica i ostvarivanju njegovih prava, u skladu sa ovim zakonom.

Sud, odnosno nadležni organ starateljstva su dužni da u postupku oduzimanja poslovne sposobnosti i nakon donošenja rješenja o oduzimanju poslovne sposobnosti mentalno oboljelog lica preduzmu sve mjere za zaštitu prava i interesa tog lica, u skladu sa zakonom.

Član 12

Mentalno oboljelo lice ima pravo na zaštitu, u skladu sa zakonom, od neopravdane primjene lijekova, zlostavljanja od strane drugih pacijenata, zaposlenih u psihijatrijskoj ustanovi, odnosno centru za mentalno zdravlje u kojoj se liječi i drugih lica, kao i drugih radnji koje prouzrokuju mentalnu patnju, tjelesnu ili drugu neprijatnost.

Član 13

Mentalno oboljelo lice, odnosno njegov zakonski zastupnik, ukoliko ono nije sposobno, ima pravo da bira doktora koji će da ga liječi u centru za mentalno zdravlje, u skladu sa zakonom.

Lice iz stava 1 ovog člana ima pravo da bude liječeno i zbrinuto u zajednici, osim ako to objektivno nije moguće.

Mentalno oboljelo lice ima pravo da se liječi u centru za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijskoj ustanovi koja je najbliža njegovom mjestu stanovanja ili mjestu stanovanja srodnika ili prijatelja i ima pravo da se vrati u zajednicu čim se utvrdi da njegovo zdravstveno stanje to dozvoljava.

Član 14

Mentalno oboljelo lice koje može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog medicinskog postupka i koje na osnovu toga može da donese odluku i izrazi svoju volju može se pregledati ili podvrgnuti medicinskom postupku samo uz njegov pisani pristanak.

Sposobnost lica da da pristanak utvrđuje doktor medicine obučen za mentalno zdravlje ili psihijatar u vrijeme donošenja odluke i u tu svrhu izdaje pisanu potvrdu, koja je sastavni dio medicinske dokumentacije.

Mentalno oboljelo lice može da zahtijeva da postupku davanja pristanka bude prisutno jedno ili više lica u koje ono ima povjerenja.

Član 15

Mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da da svoj pristanak, zbog toga što ne može da razumije prirodu, posljedice i opasnost predloženog medicinskog postupka ili ne može da donese odluku ili izrazi svoju slobodnu volju, može se podvrgnuti samo onom medicinskom postupku koji je u njegovom najboljem interesu.

Punoljetno mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da da svoj pristanak može biti podvrgnuto pregledu ili drugom medicinskom postupku samo uz pristanak njegovog zakonskog zastupnika, a ako ga nema, uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove.

Maloljetno mentalno oboljelo lice može biti podvrgnuto pregledu ili drugom medicinskom postupku samo uz pristanak njegovog zakonskog zastupnika, a ako ga nema, uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove.

U slučaju iz stava 3 ovog člana uzima se u obzir i mišljenje maloljetnog mentalno oboljelog lica u skladu sa njegovim uzrastom i stepenom zrelosti.

U slučaju iz st. 2 i 3 ovog člana psihijatar je dužan da zakonskom zastupniku, odnosno etičkom komitetu da informacije, koje je dužan da da mentalno oboljelom licu u slučaju kad to lice daje pristanak.

Član 16

Pristanak iz člana 14 stav 1 i člana 15 st. 2 i 3 ovog zakona može se povući u bilo kom trenutku, u pisanoj formi.

Licu koje povlači pristanak mora se ukazati na posljedice prestanka primjenjivanja određenog medicinskog postupka.

Član 17

Izuzetno od čl. 14, 15 i 16 ovog zakona pristanak nije obavezan, ako bi zbog njegovog pribavljanja bio neposredno ugrožen život mentalno oboljelog lica ili bi prijetila stvarna i neposredna opasnost od težeg narušavanja njegovog zdravlja.

Medicinski postupak se može primjenjivati bez pristanka samo dok traju okolnosti iz stava 1 ovog člana.

Zdravstveni radnik za mentalno zdravlje, odnosno psihijatar koji rukovodi procesom rada ili drugo ovlašćeno lice centra za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijske ustanove (u daljem tekstu: ovlašćeno lice) odlučuje o nužnosti i hitnosti određenog medicinskog postupka i o tome, bez odlaganja, obavještava zakonskog zastupnika mentalno oboljelog lica, ukoliko ga ima.

Mentalno oboljelo lice koje je prisilno zadržano, odnosno smješteno u psihijatrijsku ustanovu može se, bez njegovog pristanka, podvrgnuti pregledu ili drugom medicinskom postupku koji služi liječenju tog lica, samo ako bi bez sprovođenja tog postupka nastalo teško oštećenje zdravlja tog lica.

U slučajevima iz st. 1 i 4 ovog člana i člana 15 st. 2 i 3 ovog zakona, mentalno oboljelom licu se moraju objasniti, u mjeri u kojoj je to moguće, posljedice njegovog liječenja i to lice se uključiti u planiranje svog liječenja.

III PRAVA MENTALNO OBOLJELIH LICA I LICA KOJA SPROVODE NJIHOVU ZAŠTITU I LIJEČENJE

Član 18

Mentalno oboljelo lice smješteno u psihijatrijsku ustanovu ima pravo da:

1) bude upoznato u vrijeme prijema, a kasnije na svoj izričit zahtjev, sa svojim pravima, kao i da bude poučeno kako da ostvari svoja prava, na način i na jeziku koji razumije;

2) bude upoznato sa razlozima i svrhom njegovog smještaja, kao i sa svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima sprovođenja predloženog oblika liječenja i drugih mogućih oblika liječenja;

3) aktivno učestvuje u planiranju i sprovođenju svog liječenja, oporavka i resocijalizacije;

4) se obrazuje i radno osposobljava prema opštem i posebnom programu za mentalno oboljela lica ometena u razvoju i sa poteškoćama u učenju;

5) podnosi prigovore ovlašćenom licu u psihijatrijskoj ustanovi, kao i nezavisnom multidisciplinarnom tijelu na način liječenja, dijagnostifikovanja, otpuštanja iz ustanove i povrede njegovih prava i sloboda;

6) bez nadzora i ograničenja, podnosi zahtjeve i izjavljuje prigovore, žalbe i druge pravne ljekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim organima;

7) se savjetuje, o svom trošku, nasamo sa doktorom medicine ili advokatom, po svom izboru;

8) se druži sa drugim licima, bavi rekreativnim aktivnostima i učestvuje u radno-terapijskim aktivnostima u skladu sa svojim mogućnostima i prima posjete;

9) o svom trošku, šalje i prima, uz punu privatnost, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete, novine i telefonira;

10) prati radio i televizijske programe;

11) drži kod sebe predmete za ličnu upotrebu;

12) bude smješteno i da spava u odvojenoj prostoriji od lica drugog pola;

13) izražava svoja vjerska opredjeljenja, u okviru mogućnosti koje ima psihijatrijska ustanova;

14) zahtijeva premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu;

15) bude otpušteno iz psihijatrijske ustanove uz bezbjednu podršku za prihvat u zajednici.

Informacije iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana unose se u medicinsku dokumentaciju mentalno oboljelog lica.

Prava iz stava 1 tač. 1, 2, 3, 5, 6, 7 i 14 ovog člana mogu, u ime mentalno oboljelog lica, ostvariti članovi njegove porodice i zastupnik.

Prava iz stava 1 tač. 8, 9, 10 i 11 ovog člana mogu se ograničiti kad postoji osnovana sumnja da mentalno oboljelo lice namjerava da pribavi oružje, opojne droge ili psihoaktivne supstance, da se dogovara o bježanju, da planira izvršenje krivičnog djela ili kad to zahtijeva zdravstveno stanje mentalno oboljelog lica.

Član 19

Liječenje mentalno oboljelog lica, kad se utvrdi potreba za takvim liječenjem u skladu sa zakonom, sprovodi se u psihijatrijskoj ustanovi koja se nalazi u mjestu njegovog prebivališta ili, ako to lice nema prebivališta, u mjestu njegovog boravišta ili, ako nema boravište, u mjestu gdje je zatečeno.

U slučaju da u mjestu iz stava 1 ovog člana nema psihijatrijske ustanove, liječenje će se sprovesti u najbližoj psihijatrijskoj ustanovi određenoj u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Liječenje mentalno oboljelog lica može se sprovesti i u drugoj psihijatrijskoj ustanovi, uz pisani pristanak tog lica, odnosno zakonskog zastupnika lica kome je oduzeta poslovna sposobnost ili maloljetnog mentalno oboljelog lica, u skladu sa odredbama člana 14 stav 1 i člana 15 st. 2 i 3 ovog zakona.

Član 20

Liječenje maloljetnih mentalno oboljelih lica u psihijatrijskoj ustanovi sprovodi se odvojeno od liječenja punoljetnih mentalno oboljelih lica.

Član 21

Elektrokonvulzivno ili hormonsko liječenje može se primijeniti samo pod sljedećim uslovima:

1) na osnovu pisanog pristanka mentalno oboljelog lica ili, ako to lice nije sposobno da da pristanak, na osnovu pisanog pristanka njegovog zakonskog zastupnika;

2) uz pozitivno mišljenje najmanje dva psihijatra o potrebi i posljedicama primjene takvog medicinskog postupka;

3) ako su prethodno iscrpljene sve ostale metode liječenja;

4) ako je primjena navedenog metoda liječenja nužna za liječenje mentalno oboljelog lica;

5) ako se ne očekuje da bi primjena navedenih metoda mogla imati štetne propratne posljedice.

Elektrokonvulzivno liječenje može se primijeniti na teže mentalno oboljelom licu koje je prisilno zadržano ili prisilno smješteno u psihijatrijsku ustanovu i bez pristanka tog lica ili

njegovog zakonskog zastupnika, samo uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove i pod uslovima iz stava 1. tač. 2, 3, 4 i 5 ovog člana.

Primjena liječenja iz st. 1 i 2 ovog člana upisuje se obavezno u medicinsku dokumentaciju zajedno sa pisanim pristankom mentalno oboljelog lica ili njegovog zakonskog zastupnika, mišljenjem najmanje dva psihijatra i saglasnošću etičkog komiteta psihijatrijske ustanove.

Zabranjeno je elektrokonvulzivno ili hormonsko liječenje maloljetnih mentalno oboljelih lica.

Član 22

Zabranjena je primjena sterilizacije mentalno oboljelih lica.

Član 23

Psihohirurgija i druge ireverzibilne metode mogu se primjenjivati kod mentalno oboljelih lica pod uslovima iz člana 21 stav 1 ovog zakona.

Metode iz stava 1 ovog člana mogu se primjenjivati i bez pristanka mentalno oboljelog lica ili njegovog zakonskog zastupnika, samo uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove.

O primjeni metoda, u smislu stava 2 ovog člana, psihijatar obavezno obavještava nezavisno multidisciplinarno tijelo.

Zabranjena je primjena psihohirurgije i drugih ireverzibilnih metoda kod maloljetnih mentalno oboljelih lica.

Član 24

Biomedicinska istraživanja na mentalno oboljelim licima mogu se vršiti, ukoliko:

1) nema druge odgovarajuće metode istraživanja na ljudima;

2) opasnost od istraživanja na mentalno oboljelim licima nije nesrazmjerna koristi od istraživanja;

3) je istraživački projekat odobrio organa državne uprave nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: nadležni organ državne uprave), nakon nezavisnog preispitivanja naučnog značaja, važnosti cilja i etičnosti samog istraživanja;

4) su lica koja učestvuju u istraživanju informisana o svojim pravima i pravnoj zaštiti koju uživaju;

5) su lica koja učestvuju u istraživanju dala pisani pristanak, koji mogu povući u svakom trenutku.

Biomedicinska istraživanja na mentalno oboljelim licem koje nije u stanju da da svoj pristanak, može se preduzeti pod uslovima iz stava 1 tač. 1 do 4 ovog člana i člana 15 stav 2 ovog zakona, i ako:

1) se očekuje da će rezultati istraživanja biti od stvarne ili direktne koristi za zdravlje tog lica;

2) etički komitet psihijatrijske ustanove da saglasnost za svaki pojedinačni slučaj ako istraživanje ima za cilj da doprinese boljem razumijevanju određene bolesti ili stanja, stvaranje koristi za lice koje učestvuje u istraživanju ili lica istog uzrasta sa istim poremećajem, ako istraživanje predstavlja najmanju moguću opasnost i opterećenje za to lice.

Biomedicinska istraživanja iz stava 2 ovog člana mogu se vršiti samo ako nema mogućnosti da se ova istraživanja izvrše na mentalno oboljelim licima koja mogu sama da daju pisani pristanak.

Zabranjena su biomedicinska istraživanja na maloljetnim mentalno oboljelim licima.

Član 25

Psihijatri, zdravstveni radnici za mentalno zdravlje, zdravstveni saradnici za mentalno zdravlje i druga lica koja obavljaju posao zaštite i liječenja mentalno oboljelog lica dužna su da čuvaju, kao profesionalnu tajnu, sve što saznaju ili primijete tokom obavljanja tih poslova.

Lica iz stava 1 ovog člana mogu otkriti ono što su saznala ili primijetila tokom pregleda mentalno oboljelog lica, samo uz saglasnost tog lica ili njegovog zastupnika, u skladu sa odredbama člana 14 ovog zakona.

Izuzetno, lica iz stava 1 ovog člana mogu i bez saglasnosti mentalno oboljelog lica, ali uz saglasnost njegovog zastupnika, otkriti ono što saznaju tokom liječenja i zaštite tog lica:

1) drugom psihijatru ili doktoru medicine, ako je to potrebno za pružanje medicinske pomoći tom licu;

2) službenim licima u centru za socijalni rad i državnim organima, kad je to potrebno da bi mogli sprovesti postupak u vezi s mentalno oboljelim licem na osnovu i u okviru svojih ovlašćenja i to samo kad mentalno oboljelo lice nije u mogućnosti da da pisani pristanak, a lica iz stava 1 ovog člana su ubijeđena da se mentalno oboljelo lice ne bi protivilo otkrivanju takvih podataka;

3) ako je to neophodno učiniti u javnom interesu ili interesu drugog lica, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

U slučaju iz stava 3 ovog člana mogu se otkriti samo oni podaci koji su potrebni za ostvarenje svrhe zbog koje je dozvoljeno njihovo otkrivanje i ne smiju se koristiti u druge svrhe.

Klinički i drugi materijali koji se koriste na predavanjima ili u naučnim publikacijama moraju sakriti identitet mentalno oboljelog lica.

Član 26

O svim preduzetim medicinskim postupcima u liječenju mentalno oboljelog lica vodi se medicinska dokumentacija, u skladu sa zakonom.

Član 27

Medicinska dokumentacija o liječenju mentalno oboljelog lica dostupna je sudu za potrebe postupka.

Medicinska dokumentacija iz stava 1 ovog člana može da sadrži samo one podatke koji su neophodni za ostvarivanje svrhe zbog koje se zahtijeva njeno dostavljanje.

Izjave mentalno oboljelog lica koje se nalaze u medicinskoj dokumentaciji ne mogu se koristiti kao dokaz u sudskom postupku.

Podaci iz medicinske dokumentacije koji su potrebni za ostvarivanje prava mentalno oboljelog lica mogu se dati u službene svrhe na zahtjev nadležnih organa, samo uz saglasnost tog lica, a ako to lice nije sposobno da da saglasnost, samo ukoliko se osnovano pretpostavlja da se mentalno oboljelo lice ne bi protivilo davanju tih podataka.

Mentalno oboljelo lice ima pravo uvida u svoju medicinsku dokumentaciju, pod uslovima da to neće ozbiljno uticati na pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja ili na zaštitu drugih lica.

Član 28

Psihijatar može odobriti razgovor mentalno oboljelog lica smještenog u psihijatrijsku ustanovu sa službenim licima organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove i stručnim radnicima centra za socijalni rad, samo kad to dozvoljava zdravstveno stanje mentalno oboljelog lica.

Psihijatar ne može odobriti razgovor lica iz stava 1 ovog člana sa mentalno oboljelim licem koje nije sposobno da razumije stanje u kojem se nalazi, niti posljedice takvog razgovora.

IV SMJEŠTAJ MENTALNO OBOLJELIH LICA U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU

Član 29

Prijem u psihijatrijsku ustanovu obuhvata postupak od dolaska ili dovođenja lica u psihijatrijsku ustanovu radi pregleda i liječenja do donošenja odluke o njegovom dobrovoljnom smještaju ili prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi.

1. Dobrovoljni smještaj

Član 30

Mentalno oboljelo lice koje može razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koje je na osnovu toga sposobno da donese odluku može se, uz njegov pisani pristanak, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu.

Pristanak se daje pred ovlašćenim zdravstvenim radnikom i dežurnim psihijatrom, koji su obavezni da u vrijeme davanja pristanka utvrde sposobnost mentalno oboljelog lica za davanje pristanka i da izdaju pisanu potvrdu koja se prilaže medicinskoj dokumentaciji.

Lice iz stava 1 ovog člana smjestiće se u psihijatrijsku ustanovu, ukoliko ovlašćeno lice i psihijatar koji primi mentalno oboljelo lice, zasebno, samostalnim i nezavisnim pregledom, utvrde da se radi o mentalno oboljelom licu kod kojeg se odgovarajući terapijski uspjesi ne mogu postići liječenjem izvan takve ustanove.

Član 31

Ako ne postoji jedinstven stav lica iz člana 30 stav 3 ovog zakona, o potrebi smještaja lica u psihijatrijsku ustanovu ili se radi o punoljetnom licu koje nije sposobno da da pristanak i koje nema zakonskog zastupnika ili o maloljetnom licu ili licu kome je oduzeta poslovna sposobnost sa mentalnim poremećajima, koje nije sposobno da da svoj pristanak, a čiji je zakonski zastupnik dao pristanak za smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu, odluku o smještaju u psihijatrijsku ustanovu donijeće sud koji je nadležan za odlučivanje o prisilnom smještaju, po hitnom postupku, u skladu sa zakonom.

U postupku iz stava 1 ovog člana sud je, prije donošenja odluke o smještaju mentalno oboljelog lica, dužan da pribavi pisano mišljenje psihijatra sa liste stalnih sudskih vještaka, po mogućnosti, izvan psihijatrijske ustanove u kojoj je lice zadržano, da li se radi o mentalno oboljelom licu kod kojeg se odgovarajući terapijski uspjesi ne mogu postići liječenjem izvan takve ustanove.

Kad odlučuje o smještaju maloljetnog mentalno oboljelog lica, sud je dužan da mišljenje iz stava 2 ovog člana pribavi od psihijatra specijalizovanog za liječenje maloljetnih mentalno oboljelih lica.

Mentalno oboljela lica iz stava 1 ovog člana izjednačena su sa dobrovoljno smještenim licima u svim drugim postupcima, pravima i slobodama.

2. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj

Član 32

Teže mentalno oboljelo lice, koje usljed mentalnog poremećaja i poremećaja ponašanja ozbiljno i direktno ugrožava sopstveni život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnost drugog lica, može se zadržati i smjestiti u psihijatrijsku ustanovu, bez svog pristanka, u skladu sa zakonom.

Maloljetno mentalno oboljelo lice ili lice kome je oduzeta poslovna sposobnost može se, iz razloga iz stava 1 ovog člana, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu i bez pristanka njegovog zakonskog zastupnika, u skladu sa zakonom.

Mentalno oboljelo lice - učinilac krivičnog djela ili prekršaja, okrivljeni sa mentalnim poremećajem koji se nalazi u pritvoru, kao i osuđeno lice koje za vrijeme izdržavanja kazne mentalno oboli može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu, u skladu sa zakonom.

Član 33

Kad službena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove, u vršenju svojih ovlašćenja, posumnjaju da se radi o mentalno oboljelom licu, dužna su da, bez odlaganja, to lice dovedu u najbližu zdravstvenu ustanovu radi pregleda.

Mentalno oboljelo lice za koje se osnovano sumnja da može ugroziti sopstveni život ili zdravlje, odnosno život ili zdravlje drugih, u naročito hitnim slučajevima, mogu dovesti službena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove u psihijatrijsku ustanovu.

Član 34

Psihijatar koji primi na pregled mentalno oboljelo lice dužan je da ga odmah pregleda, kako bi utvrdio da li postoje razlozi za zadržavanje i smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona.

Psihijatar ne može da zadrži mentalno oboljelo lice u psihijatrijskoj ustanovi kad utvrdi da ne postoje razlozi za zadržavanje i smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona.

Član 35

Psihijatar je dužan, kad utvrdi da postoje razlozi iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona, da odmah donese odluku o prisilnom zadržavanju mentalno oboljelog lica i da svoju odluku o tome sa obrazloženjem upiše u medicinsku dokumentaciju.

Odluku iz stava 1 ovog člana psihijatar je dužan da saopšti prisilno zadržanom licu na prigodan način i da ga upozna sa razlozima i svrhom njegovog prisilnog zadržavanja, kao i sa njegovim pravima i dužnostima u skladu sa ovim zakonom.

Član 36

Dostavljanje obavještenja o prisilnom zadržavanju nadležnom sudu, kao i postupak prisilnog smještaja u slučajevima iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona sprovodi se u skladu sa Zakonom o vanparničnom postupku.

Obavještenje o prisilnom zadržavanju sa medicinskom dokumentacijom psihijatrijska ustanova je dužna da dostavi u roku od 48 sati i zakonskom zastupniku prisilno zadržanog lica, nadležnom organu za socijalni rad i nezavisnom multidisciplinarnom tijelu.

Bliži sadržaj obavještenja i dokumentacije iz st. 1 i 2 ovog člana propisuje nadležni organ državne uprave.

Član 37

Postupak iz čl. 35 i 36 ovog zakona primjenjuje se i u slučaju kad mentalno oboljelo lice, koje je dobrovoljno smješteno u psihijatrijsku ustanovu, opozove dati pristanak, a postoje razlozi iz člana 32 stav 1 ovog zakona.

Rok za dostavljanje obavještenja iz člana 36 st. 1 i 2 ovog zakona teče od momenta opoziva pristanka mentalno oboljelog lica.

Član 38

Otpuštanje iz psihijatrijske ustanove dobrovoljno smještenog mentalno oboljelog lica sprovodi se po pravilima koja važe za otpuštanje iz drugih zdravstvenih ustanova.

Izuzetno, otpuštanje iz psihijatrijske ustanove se neće sprovesti u skladu sa stavom 1 ovog člana, kad dobrovoljno smješteno mentalno oboljelo lice opozove dati pristanak, a psihijatar utvrdi da postoje razlozi iz člana 32 stav 1 ovog zakona.

Član 39

Prisilno smješteno mentalno oboljelo lice otpustiće se iz psihijatrijske ustanove odmah po isteku vremena prisilnog smještaja određenog rješenjem suda o prisilnom smještaju.

Psihijatrijska ustanova može otpustiti prisilno smješteno mentalno oboljelo lice prije isteka vremena iz stava 1 ovog člana, u skladu sa Zakonom o vanparničnom postupku.

Mentalno oboljelo lice - učinilac krivičnog djela ili prekršaja, okrivljeni koji se nalazi u pritvoru ili osuđeno lice, koje je smješteno u psihijatrijsku ustanovu, biće otpušteno iz psihijatrijske ustanove po završetku liječenja, u skladu sa zakonom.

Član 40

U slučaju kad mentalno oboljelo lice treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a to lice, zbog svog mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika, nije sposobno da se brine o sebi, niti ima srodnike ili druga lica koja su po zakonu dužna da se o njemu brinu, premjestiće se iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite.

O premještaju iz stava 1 ovog člana psihijatrijska ustanova je dužna da odmah obavijesti sud koji je donio odluku o prisilnom smještaju ili otpuštanju iz psihijatrijske ustanove.

Član 41

Prisilno smještenim licima psihijatrijska ustanova može odobriti izlazak zbog oporavka, medicinske terapije i ličnih razloga, osim ako se radi o prisilno smještenim mentalno oboljelim učiniocima krivičnih djela ili prekršaja.

V PRIMJENA FIZIČKE SILE, IZOLACIJE I OGRANIČENJA U ZAŠTITI MENTALNO OBOLJELIH LICA

Član 42

Fizička sila, izolacija i ograničenje, u smislu ovog zakona, predstavljaju sredstva za fizičko ograničenje kretanja i djelovanja mentalno oboljelog lica.

Zdravstveni radnici mogu, radi sprovođenja mjera iz stava 1 ovog člana, koristiti sredstva u skladu sa propisima nadležnog organa državne uprave.

Ovlašćena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove sprovode mjere iz člana 33 stav 2 i člana 47 ovog zakona u skladu sa propisima koji uređuju oblast zaštite života, lične i imovinske sigurnosti ljudi i sprječavanja i otkrivanja krivičnih djela i hvatanja njihovih učinilaca.

Član 43

Fizička sila, izolacija ili ograničenje u zaštiti mentalno oboljelih lica može se primijeniti u psihijatrijskoj ustanovi isključivo kad je to jedino sredstvo da se to lice spriječi da svojim napadom ne ugrozi život ili zdravlje drugog lica ili svoj život ili zdravlje ili nasilno uništi ili ošteti imovinu veće vrijednosti.

Fizička sila, izolacija ili ograničenje iz stava 1 ovog člana primjenjuje se isključivo u mjeri i na način koji su neophodno potrebni radi otklanjanja opasnosti izazvane napadom mentalno oboljelog lica.

Fizička sila, izolacija ili ograničenje u zaštiti mentalno oboljelih lica mogu se primjenjivati samo za vrijeme koje je potrebno da se ostvari svrha iz stava 1 ovog člana.

Član 44

Odluku o primjeni fizičke sile, izolacije ili ograničenja donosi psihijatar.

Stručni nadzor nad sprovođenjem odluke iz stava 1 ovog člana vrši psihijatar koji je odluku donio.

Ako vanredne okolnosti zahtijevaju hitno donošenje odluke iz stava 1 ovog člana, u odsustvu psihijatra odluku može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili medicinski tehničar, koji su dužni da o tome odmah obavijeste psihijatra, koji će odlučiti o njenoj daljoj primjeni.

Član 45

U slučaju izolacije mentalno oboljelog lica ili primjene vezivanja ili drugog oblika fizičkog obuzdavanja mentalno oboljelog lica, mora se obezbijediti kontinuirani stručni nadzor tjelesnog i mentalnog stanja tog lica od strane odgovarajućih zdravstvenih radnika.

Član 46

Mentalno oboljelo lice prema kojem će biti primijenjena fizička sila mora na to biti upozoreno, ako je to, s obzirom na okolnosti, moguće.

Razlozi za primjenu fizičke sile, način i mjera primjene, kao i ime lica koje je donijelo odluku o njenoj primjeni obavezno se upisuju u medicinsku dokumentaciju.

Zakonski zastupnik mentalno oboljelog lica i nezavisno multidisciplinarno tijelo moraju odmah biti obaviješteni o primjeni fizičke sile.

Član 47

Ovlašćena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove dužna su da, na poziv doktora medicine, medicinske sestre ili medicinskog tehničara, pruže pomoć zdravstvenim radnicima pri savladavanju fizičkog otpora teže mentalno oboljelog lica iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona i to samo dok to lice pruža fizički otpor i dok se ne obezbijedi zbrinjavanje i otklanjanje neposredne opasnosti za to lice, uključujući i prevoz tog lica.

U slučaju kada postoji direktna opasnost da će mentalno oboljelo lice svojim ponašanjem u psihijatrijskoj ustanovi napasti na život i tijelo nekog lica ili otuđiti, uništiti ili teže oštetiti imovinu te ustanove, ovlašćena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove dužna su da, na poziv ovlašćenog lica psihijatrijske ustanove, hitno pruže odgovarajuću pomoć.

Ovlašćena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove dužna su da, na osnovu prijave psihijatrijske ustanove, pronađu i vrate mentalno oboljelo lice koje je pobjeglo iz te ustanove.

Lice koje je uputilo poziv iz st. 1, 2 i 3 ovog člana dužno je da ga naknadno u pisanom obliku obrazloži i da to obrazloženje priloži u medicinsku dokumentaciju.

VI KONTROLA ZAŠTITE I OSTVARIVANJA PRAVA MENTALNO OBOLJELIH LICA

Član 48

Za obavljanje stručnih poslova u oblasti zaštite i ostvarivanja prava mentalno oboljelih lica, nadležni organ državne uprave obrazuje Komisiju za mentalno zdravlje iz reda stručnjaka iz oblasti psihijatrije i neuropsihijatrije, socijalne zaštite, pravosuđa, zaštite ljudskih prava i sloboda i drugih srodnih oblasti.

Komisija iz stava 1 ovog člana priprema stručna mišljenja i daje predloge nadležnom organu državne uprave u postupku utvrđivanja mjera za sprječavanje nastanka mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja i mjera za unapređenje postupanja sa mentalno oboljelim licima, nadgledanja uslova i načina sprovođenja zaštite prava i liječenja mentalno oboljelih lica, odobravanja sprovođenja istraživačkih projekata u psihijatrijskim ustanovama i nadgledanja njihovoga sprovođenja, kao i utvrđivanja mjera za unapređenje zaštite prava i liječenja mentalno oboljelih lica.

Aktom o obrazovanju Komisije za mentalno zdravlje bliže se uređuje sastav, broj i način rada.

Član 49

Radi staranja o zaštiti prava mentalno oboljelih lica u psihijatrijskoj ustanovi se obrazuje nezavisno multidisciplinarno tijelo.

Nezavisno multidisciplinarno tijelo imenuje odbor direktora psihijatrijske ustanove iz reda stručnjaka iz oblasti psihijatrije i neuropsihijatrije, iz oblasti socijalne zaštite, pravosuđa, zaštite ljudskih prava i sloboda ili drugih srodnih oblasti.

Bliži sastav, način obrazovanja i rada tijela iz stava 1 ovog člana utvrđuje psihijatrijska ustanova.

Član 50

Nezavisno multidisciplinarno tijelo:

1) vrši monitoring sprovođenja postupaka propisanih ovim zakonom i ukazuje nadležnim organima psihijatrijske ustanove i nadležnim državnim organima na uočene propuste;

2) nadgleda poštovanje ljudskih prava i sloboda i dostojanstva mentalno oboljelih lica;

3) po sopstvenoj procjeni ili na predlog trećih lica, ispituje pojedinačne slučajeve prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu, a naročito smještaja maloljetnih lica, lica kojima je oduzeta poslovna sposobnost i drugih lica koja nijesu sposobna da daju pristanak;

4) preduzima potrebne radnje radi provjere zaštite i ostvarivanja prava mentalno oboljelih lica povodom prigovora i pritužbi ovih lica, njihovih zastupnika, članova porodice, trećih lica ili centra za socijalni rad;

5) inicira donošenje odluke o otpuštanju iz psihijatrijske ustanove;

6) vrši druge poslove u skladu sa zakonom.

Član 51

Radi praćenja primjene etičkih načela zdravstvene struke u oblasti psihijatrije i davanja mišljenja o etičkim pitanjima u ovoj oblasti, u psihijatrijskim ustanovama na tercijarnom i sekundarnom nivou obrazuje se etički komitet, u skladu sa zakonom.

VII NADZOR

Član 52

Nadzor nad primjenom ovog zakona, propisa i drugih opštih akata donijetih na osnovu ovog zakona, kao i nad sprovođenjem propisanih mjera zaštite mentalno oboljelih lica vrši nadležni organ državne uprave, u skladu sa zakonom.

VIII KAZNENE ODREDBE

Član 53

Novčanom kaznom od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Republici Crnoj Gori (u daljem tekstu: Crna Gora) kazniće se za prekršaj centar za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijska ustanova, ako:

1) pregleda ili podvrgne medicinskom postupku mentalno oboljelo lice koje može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog medicinskog postupka i koje na osnovu toga može da donese odluku i izrazi svoju volju, bez pisanog pristanka tog lica (član 14 stav 1);

2) podvrgne pregledu ili medicinskom postupku punoljetno mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da da svoj pristanak ili maloljetno mentalno oboljelo lice, bez saglasnosti njegovog zakonskog zastupnika, odnosno etičkog komiteta psihijatrijske ustanove (član 15 st. 2 i 3);

3) ne vodi medicinsku dokumentaciju o svim preduzetim medicinskim postupcima u liječenju mentalno oboljelog lica (član 26);

4) daje podatke iz medicinske dokumentacije koji su potrebni za ostvarivanje zdravstvene zaštite, porodično – pravne ili penzijske zaštite u službene svrhe na zahtjev nadležnih organa suprotno članu 27 stav 4 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori i odgovorno lice u centru za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijskoj ustanovi.

Član 54

Novčanom kaznom od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj psihijatrijska ustanova, ako:

1) ne upozna mentalno oboljelo lice, odnosno, u njegovo ime, članove njegove porodice i zastupnika, u vrijeme prijema ili kasnije na njihov zahtjev, sa njegovim pravima i ne poduči ih kako da ta prava ostvari ili ih ne upozna sa razlozima i ciljevima njegovog smještaja, kao i sa svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima sprovođenja

predloženog oblika liječenja i drugih mogućih oblika liječenja (član 18 stav 1 tač. 1 i 2 i stav 3);

2) uskrati mentalno oboljelom licu da se obrazuje i radno osposobljava prema opštem i posebnom programu za mentalno oboljela lica ometena u razvoju i sa poteškoćama u učenju ili da se savjetuje o svom trošku, nasamo sa doktorom medicine ili advokatom, po svom izboru, (član 18 stav 1 tač. 4 i 7);

3) uskrati mentalno oboljelom licu da aktivno učestvuje u planiranju i sprovođenju svog liječenja, oporavka i resocijalizacije ili da podnosi prigovore ovlašćenom licu u psihijatrijskoj ustanovi, kao i nezavisnom multidisciplinarnom tijelu na način liječenja, dijagnostifikovanja, otpuštanja iz ustanove i povrede njegovih prava i sloboda ili da zahtijeva premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu ili onemogući da, u ime mentalno oboljelog lica, ova prava ostvare članovi njegove porodice i zastupnik (član 18 stav 1 tač. 3, 5 i 14 i stav 3);

4) uskrati mentalno oboljelom licu da se druži sa drugim licima, bavi rekreativnim aktivnostima i učestvuje u radno-terapijskim aktivnostima u skladu sa svojim mogućnostima i prima posjete ili da o svom trošku telefonira ili da prati radio i televizijske programe ili da drži kod sebe predmete za ličnu upotrebu, osim kad postoji osnovana sumnja da mentalno oboljelo lice namjerava da pribavi oružje, opojne droge ili psihoaktivne supstance, da se dogovara o bježanju, da planira izvršenje krivičnog djela ili kad to zahtijeva zdravstveno stanje mentalno oboljelog lica (član 18 stav 1 tač. 8, 9, 10 i 11 i stav 4);

5) ne omogući da mentalno oboljelo lice bude smješteno i da spava u odvojenoj prostoriji od lica drugog pola ili da mentalno oboljelo lice bude otpušteno iz psihijatrijske ustanove uz bezbjednu podršku za prihvat u zajednici (član 18 stav 1 tač. 12 i 15);

6) liječenje maloljetnih mentalno oboljelih lica u psihijatrijskoj ustanovi ne sprovodi odvojeno od liječenja punoljetnih mentalno oboljelih lica (član 20);

7) primjenjuje elektrokonvulzivno ili hormonsko liječenje: bez pisanog pristanka mentalno oboljelog lica ili ako to lice nije sposobno da da pristanak, bez pisanog pristanka njegovog zakonskog zastupnika; bez pozitivnog mišljenja najmanje dva psihijatra o potrebi i posljedicama primjene takvog medicinskog postupka; ako prethodno nijesu iscrpljene sve ostale metode liječenja; ako primjena navedenog metoda liječenja nije nužna za liječenje mentalno oboljelog lica i ako se očekuje da bi primjena navedenih metoda mogla imati štetne propratne posljedice (član 21 stav 1);

8) primjenjuje elektrokonvulzivno liječenje na teže mentalno oboljelom licu koje je prisilno zadržano ili prisilno smješteno u psihijatrijsku ustanovu bez saglasnosti etičkog komiteta psihijatrijske ustanove; bez pozitivnog mišljenja najmanje dva psihijatra o potrebi i posljedicama primjene takvog medicinskog postupka; ako prethodno nijesu iscrpljene sve ostale metode liječenja; ako primjena navedenog metoda liječenja nije nužna za liječenje mentalno oboljelog lica i ako se očekuje da bi primjena navedenih metoda mogla imati štetne propratne posljedice (član 21 stav 2);

9) primjenjuje elektrokonvulzivno ili hormonsko liječenje maloljetnih mentalno oboljelih lica ili psihohirurgiju i druge ireverzibilne metode kod maloljetnih mentalno oboljelih

lica ili biomedicinska istraživanja na maloljetnim licima (član 21 stav 4, član 23 stav 4 i član 24 stav 4);

10) primjenjuje sterilizaciju mentalno oboljelih lica (član 22);

11) primjenjuje psihohirurgiju i druge ireverzibilne metode kod mentalno oboljelih lica bez pisanog pristanka mentalno oboljelog lica ili ako to lice nije sposobno da da pristanak, bez pisanog pristanka njegovog zakonskog zastupnika; bez pozitivnog mišljenja najmanje dva psihijatra o potrebi i posljedicama primjene takvog medicinskog postupka; ako prethodno nijesu iscrpljene sve ostale metode liječenja; ako primjena navedenog metoda liječenja nije nužna za liječenje mentalno oboljelog lica i ako se očekuje da bi primjena navedenih metoda mogla imati štetne propratne posljedice (član 23 stav 1);

12) primjenjuje psihohirurgiju i druge ireverzibilne metode kod mentalno oboljelog lica bez saglasnosti etičkog komiteta psihijatrijske ustanove (član 23 stav 2);

13) primjenjuje biomedicinska istraživanja na mentalno oboljelim licima suprotno članu 24 ovog zakona;

14) ne dostavi obavještenje o prisilnom zadržavanju sa medicinskom dokumentacijom u roku 48 sati zakonskom zastupniku prisilno zadržanog lica, nadležnom organu za socijalni rad i nezavisnom multidisciplinarnom tijelu (član 36);

15) otpusti mentalno oboljelo lice suprotno čl. 38 i 39 ovog zakona;

16) odmah ne obavijesti sud o premještaju mentalno oboljelog lica iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite (član 40 stav 2);

17) primjenjuje fizičku silu, izolaciju ili ograničenja u zaštiti mentalno oboljelih lica suprotno čl. 42, 43 i 44 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori i odgovorno lice u psihijatrijskoj ustanovi.

Član 55

Novčanom kaznom od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj doktor medicine obučen za mentalno zdravlje ili psihijatar, ako ne ukaže mentalno oboljelom licu ili njegovom zakonskom zastupniku na posljedice koje mogu nastati zbog prestanka primjenjivanja određenog medicinskog postupka (član 16).

Član 56

Novčanom kaznom od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj psihijatar ili zdravstveni radnik za mentalno zdravlje i zdravstveni saradnik za mentalno zdravlje ili drugo lice koje obavlja posao zaštite i liječenja mentalno oboljelog lica, ako ne čuva, kao profesionalnu tajnu, sve što sazna ili primijeti tokom obavljanja tih poslova u skladu sa članom 25 ovog zakona.

Član 57

Novčanom kaznom od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj psihijatar, ako:

1) ne obavijesti nezavisno multidisciplinarno tijelo o primjeni psihohirurgije i drugih ireverzibilnih metoda (član 23 stav 3);

2) odobri službenim licima organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove i stručnim radnicima centra za socijalni rad razgovor sa mentalno oboljelim licem smještenim u psihijatrijsku ustanovu koje nije sposobno da razumije stanje u kojem se nalazi, niti posljedice takvog razgovora (član 28 stav 2);

3) odmah ne pregleda mentalno oboljelo lice koje primi na pregled, kako bi utvrdio da li postoje razlozi za zadržavanje i smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu iz člana 32 st. 1 i 2 ovog zakona (član 34 stav 1);

4) zadrži mentalno oboljelo lice u psihijatrijskoj ustanovi kad utvrdi da ne postoje razlozi za zadržavanje i smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu (član 34 stav 2);

5) ne donese odluku o prisilnom zadržavanju ili je ne upiše u medicinsku dokumentaciju ili tu odluku ne saopšti prisilno zadržanom licu na prigodan način i ne upozna ga sa razlozima i ciljevima njegovog prisilnog zadržavanja, kao i sa njegovim pravima i dužnostima (član 35).

IX PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 58

Podzakonski akti za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja podzakonskih akata iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se akti koji su važili do stupanja na snagu ovog zakona, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 59

Nadležni organ državne uprave donijeće akt o obrazovanju Komisije za mentalno zdravlje, u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Akti o osnivanju nezavisnog multidisciplinarnog tijela i etičkog komiteta donijeće se u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 60

Psihijatrijske ustanove i zdravstvene ustanove u kojima se obavlja zaštita mentalnog zdravlja uskladiće svoj rad sa odredbama ovog zakona, u roku od 24 mjeseca od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do donošenja opštih akata ustanova iz stava 1 ovog člana primjenjivaće se postojeći akti, ako nijesu u suprotnosti sa ovim zakonom.

Član 61

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim listu Republike Crne Gore", a primjenjivaće se od 1. januara 2006. godine.

214. Zakon o ograničavanju upotrebe duvanskih proizvoda

479.

Na osnovu člana 88 tačke 2 Ustava Republike Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O OGRANIČAVANJU UPOTREBE DUVANSKIH

PROIZVODA ("Sl. list RCG" br. 52/04 od 02.08.2004)

Proglašava se Zakon o ograničavanju upotrebe duvanskih proizvoda, koji je donijela Skupština Republike Crne

Gore, na sedmoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2004. godini, dana 28. jula 2004. godine.

Broj: 01-1073/2

Podgorica, 30. jula 2004.

godine Predsjednik

Republike Crne Gore,

Filip Vujanović, s.r.

ZA
K
O
N

O OGRANIČAVANJU UPOTREBE DUVANSKIH

PROIZVODA I. OSNOVNE ODREDBE

Č
l
a
n

1

Ovim zakonom se, u cilju zaštite života i zdravlja, propisuju mjere za smanjenje i ograničavanje upotrebe duvanskih proizvoda i sprječavanje štetnih posljedica upotrebe duvanskih proizvoda.

Član 2

U sprovođenju ovog zakona i strategije razvoja zdravstva, Republika Crna Gora (u daljem tekstu: Crna Gora):

1) podstiče smanjenje upotrebe duvanskih proizvoda mjerama poreske politike;

2) donosi programe ograničavanja upotrebe duvanskih proizvoda i sprječavanja štetnih posljedica upotrebe duvanskih proizvoda;

3) utvrđuje mjere za suzbijanje štetnog uticaja upotrebe duvanskih proizvoda koje obuhvataju: praćenje upotrebe duvanskih proizvoda i njegovog štetnog uticaja na zdravlje; obavještavanje javnosti i edukaciju stanovništva o štetnom uticaju upotrebe duvanskih proizvoda; saradnju sa institucijama, nevladinim organizacijama i pojedincima u sprovođenju programa ograničenja upotrebe duvanskih proizvoda; organizovanje izdavanja prigodnih publikacija, čiji je cilj promovisanje nepušenja kao zdravog načina života i odvikavanje od pušenja; aktivnosti za uključivanje u programe odvikavanja od pušenja i upotrebe duvanskih proizvoda i pripremu izvještaja o učestalosti navike pušenja i rezultatima trajnih preventivnih akcija;

4) sarađuje sa međunarodnim tijelima koja prate problematiku smanjenja pušenja;

5) preduzima i druge aktivnosti radi ostvarivanja društvenog staranja o zaštiti zdravlja od štetnog uticaja upotrebe duvanskih proizvoda.

Poslove iz stava 1 tač. 1 i 2 ovog člana vrši Vlada Republike Crne Gore (u daljem tekstu: Vlada), a poslove iz stava 1 tač. 3, 4 i 5 ovog člana ministarstvo nadležno za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo).

Institut za javno zdravlje (u daljem tekstu: Institut) priprema, predlaže i sprovodi mjere, programe i aktivnosti iz stava 1 tač. 2 do 5 ovog člana.

Član 3

Zabrane i ograničenja upotrebe duvanskih proizvoda, u smislu ovog zakona, odnose se na posebno štetne sastojke cigareta, štetne posljedice upotrebe duvanskih proizvoda, pušenje u javnom i radnom prostoru, prodaju i reklamiranje duvanskih proizvoda, a naročito na maloljetna lica.

Posebno štetni sastojci cigareta su katran, nikotin i ugljen monoksid.

Član 4

Javni prostor je prostor namijenjen zajedničkom boravku ljudi, a obuhvata prostore u objektima u kojima se:

1) obavlja vaspitno - obrazovna djelatnost, zdravstvena djelatnost, proizvodnja, kontrola i promet ljekova i medicinskih sredstava; obezbjeđuje smještaj, boravak i ishrana djece, učenika i studenata; obavlja prijem, smještaj i njega lica u stanju socijalne potrebe i starih lica; održavaju kulturne, zabavne, sportske i druge manifestacije, priredbe i takmičenja, sjednice i drugi organizovani skupovi;

2) obavlja trgovinska djelatnost i proizvodnja, skladištenje i promet životnih

namirnica. Javnim prostorom, u smislu stava 1 ovog člana, smatraju se i:

1) sredstva javnog prevoza u vazdušnom i drumskom saobraćaju;

2) diskoteke, slastičarnice, bistroi, pizzerie i objekti brze hrane;

3) ugostiteljski objekti u kojima se služi hrana;

4) sredstva javnog prevoza u željezničkom saobraćaju i unutrašnjoj plovidbi; aerodromske zgrade i ustanove za smještaj lica na izdržavanju krivičnih sankcija;

5) holovi, liftovi i drugi zajednički djelovi stambenih zgrada; kabine žičara i javni toaleti.

Član 5

Radni prostor je svaki zatvoreni prostor u kome poslodavac vrši djelatnost ili funkciju, odnosno u kojem zaposleni obavljaju svoje poslove i radne zadatke.

Član 6

Izrazi upotrijebljeni u ovom zakonu imaju sljedeća značenja:

1) duvanski proizvodi obuhvataju proizvode sastavljene u cjelini ili djelimično od duvana, koji mogu biti i genetski izmijenjeni, a namijenjeni su za pušenje, šmrkanje, sisanje ili žvakanje (rezani duvan, cigarete, cigare, cigarilosi, duvan za lulu, duvan za žvakanje, burmut i druge duvanske prerađevine);

2) duvanski katran je suvi nerazrijeđeni beznikotinski kondenzat dima koji nastaje pri pušenju;

3) nikotin je otrovni nikotinski alkaloid;

4) ugljen monoksid je izrazito toksični gas koji je sastavni dio pušačkog dima;

5) reklamiranje duvanskih proizvoda podrazumijeva sve oblike posrednog i neposrednog komercijalnog obavještavanja o duvanskim proizvodima, uključujući i isticanje logotipa i drugih oznaka za označavanje duvanskih proizvoda na predmetima koji po ovom zakonu nijesu duvanski proizvodi, kao i besplatno davanje duvanskih proizvoda u reklamne svrhe;

6) duvan za oralnu upotrebu predstavlja svaki duvanski proizvod koji se koristi oralno, osim onog za pušenje i žvakanje, koji se djelimično ili u cjelini sastoje od duvana u prahu ili komadića ili bilo kojih kombinacija praha ili komadića, koji mogu biti pakovani u kesi ili drugoj ambalaži ili su slični prehrambenim proizvodima;

7) pakovanje je kutija ili omot u kome se prodaje duvanski proizvod, ne računajući providni omot;

8) javno mjesto je mjesto na kojem je svakome slobodan pristup (ulica, trg, pristanište, plaža, park i sl).

II KONTROLA ŠTETNIH SASTOJAKA CIGARETA I OBAVEZNE OZNAKE NA DUVANSKIM PROIZVODIMA

Član 7

Proizvodnja i promet cigareta koje sadrže više od 10 mg katrana, 1 mg nikotina i 10 mg ugljen monoksida po cigareti je zabranjena.

Zabrana proizvodnje cigareta iz stava 1 ovog člana ne odnosi se na proizvodnju cigareta namijenjenih za izvoz u države u kojima ova zabrana ne postoji.

Sadržaj katrana, nikotina i ugljen monoksida u cigareti utvrđuje se na osnovu propisanih standarda:

- ISO 4387 za katran;

- ISO 10315 za nikotin;

- ISO 8454 za ugljen monoksid.

Član 8

Zabranjen je promet cigareta koje nemaju istaknut podatak o tome koliko miligrama katrana, nikotina i ugljen monoksida sadrže.

Podaci iz stava 1 ovog člana moraju biti utisnuti na bočnoj strani pakovanja i pokrivati najmanje 10 % strane na kojoj su utisnuti.

Tačnost podataka iz stava 1 ovog člana, koji se odnose na katran i nikotin, utvrđuje se po metodi ISO 8243.

Član 9

Nije dozvoljen promet duvanskih proizvoda, izuzev burmuta i duvana za žvakanje, koji na

pakovanju nemaju utisnuto jedno od sljedećih upozorenja, i to:

1)na prednjoj strani:

- "Pušenje ubija";

- "Pušenje šteti vama i ljudima oko vas"

2) na zadnjoj strani:

- "Pušači umiru mlađi";

- "Pušenje prouzrokuje bolesti srca i infarkt";

- "Pušenje prouzrokuje rak pluća";

- "Pušenje u trudnoći šteti vašoj bebi";

- "Zaštitite djecu, ne dozvolite da udišu vaš dim";

- "Vaš ljekar vam može pomoći da ostavite pušenje";

- "Pušenje je bolest zavisnosti";

- "Prestanak pušenja smanjuje rizik od ozbiljnih bolesti";

- "Pušenje može prouzrokovati sporu i bolnu smrt";

- "Tražite pomoć da bi prestali da pušite";

- "Pušenje može da smanji protok krvi i da prouzrokuje impotenciju";

- "Pušenje prouzrokuje starenje kože";

- "Pušenje može da smanji plodnost";

- "Dim od cigarete sadrži benzen, nitreosamin, formaldehin i vodonikov cijanid".

Upozorenje iz stava 1 tačka 1 ovog člana mora pokrivati najmanje 30%, a upozorenje iz stava 1 tačka 2 ovog člana, najmanje 40% površine strane na kojoj je utisnuto.

Upozorenja iz stava 1 ovog člana, moraju se redom mijenjati, i to tako da se svako upozorenje pojavi na jednakoj količini proizvedenih, odnosno prodatih duvanskih proizvoda u toku godine.

Član 10

Nije dozvoljena prodaja burmuta i duvana za žvakanje, koji na najbolje vidnoj površini pakovanja nemaju upozorenje: "Ovaj proizvod može štetiti vašem zdravlju i prouzrokovati zavisnost".

Upozorenje iz stava 1 ovog člana mora pokrivati najmanje 30% površine strane na kojoj je utisnuto.

Član 11

Pakovanje duvanskih proizvoda, izuzev cigareta, burmuta i duvana za žvakanje, čija najbolje vidna površina prelazi 75 cm2 mora da sadrži upozorenja iz člana 9 stav 1 ovog zakona, koja pokrivaju najmanje površinu od 22,5 cm2 prednje i 22,5 cm2 zadnje strane pakovanja.

Član 12

Podaci iz člana 8 stav 1 i upozorenja iz člana 9 stav 1 i člana 10 stav 1 ovog zakona moraju biti utisnuti:

1) na jeziku koji je u službenoj upotrebi u Crnoj Gori;

2) boldovanim, malim (osim prvog slova), crnim slovima na bijeloj podlozi, pismom Helvetica, veličine slova koja zauzima najveću moguću površinu predviđenu za upozorenja i podatke;

3) na dijelu pakovanja koji nije namijenjen za otvaranje ili odbacivanje prilikom pakovanja;

4) tako da ih nije moguće odstraniti ili uništiti, niti sakriti potamnjivanjem ili pokrivanjem drugim natpisima ili simbolima.

Podaci iz člana 8 stav 1 i upozorenja iz člana 9 stav 1 ovog zakona moraju biti uokvireni okvirom, čija širina ne može biti manja od 3 mm, niti veća od 4 mm.

Podaci iz člana 8 stav 1 i upozorenja iz člana 9 stav 1 i člana 10 stav 1 ovog zakona ne smiju biti na marki duvanskog proizvoda koja je nalijepljena na pakovanju.

Upozorenja iz člana 9 stav 1 i člana 10 stav 1 ovog zakona mogu biti utisnuti i na naljepnici, pod uslovom da se naljepnica ne može odstraniti.

Odredba stava 4 ovog člana ne odnosi se na pakovanje cigareta.

Član 13

Zabranjeno je na pakovanjima duvanskih proizvoda utisnuti oznake da je pušenje te vrste ili klase manje štetno od bilo koje druge, da filteri ili drugi sastojci duvanskog proizvoda čine manje štetnim taj proizvod od drugih koji nemaju te sastojke i druge oznake slične sadržine.

Član 14

Za cigarete koje su u prometu u Crnoj Gori proizvođač, odnosno uvoznik cigareta mora, najmanje jednom godišnje, da obezbijedi mjerenje sastojaka iz člana 7 ovog zakona.

Mjerenje sastojaka iz člana 7 ovog zakona može se obaviti i po zahtjevu nadležnog

inspektora. Mjerenje iz st. 1 i 2 ovog člana vrši Institut.

Troškove mjerenja iz stava 1 ovog člana, kao i troškove mjerenja iz stava 2 ovog člana, ukoliko se mjerenjem dokaže da cigarete sadrže sastojke iz člana 7 ovog zakona u količini većoj od dozvoljene, snosi proizvođač, odnosno uvoznik cigareta.

Član 15

Proizvođači ili uvoznici duvanskih proizvoda su dužni da jednom godišnje Institutu dostave sljedeću dokumentaciju:

- listu štetnih sastojaka i njihovu količinu koji su upotrijebljeni u proizvodnji duvanskih proizvoda i to po marki i po vrsti;

- izjavu o razlozima uključivanja štetnih sastojaka uz navođenje podataka o njihovom djelovanju;

- toksikološke podatke koje imaju proizvođač ili uvoznik duvanskih proizvoda u vezi sastojaka duvanskog proizvoda u izgorelom i neizgorelom obliku, njihovom uticaju na zdravlje, a naročito o dejstvu zavisnosti.

Član 16

Institut, najmanje jednom godišnje, obavještava Ministarstvo i javnost o:

1) rezultatima izvršenih mjerenja za cigarete koje se proizvode i prodaju u Crnoj Gori;

2) utvrđenim rezultatima mjerenja koja su iznad limita iz člana 7 ovog zakona;

3) sadržaju štetnih sastojaka duvanskih proizvoda sa toksikološkim podacima iz člana 15 ovog zakona, pri čemu se mora poštovati zaštita podataka u vezi specifičnih formula koje predstavljaju poslovnu tajnu;

4) drugim podacima u vezi duvanskih proizvoda koji su od značaja za zaštitu zdravlja.

Podaci u vezi specifične formule iz stava 1 tačka 3 ovog člana ne odnose se na podatke o sadržini katrana, nikotina i ugljen monoksida.

Način i rokove obavještavanja javnosti iz stava 1 ovog člana utvrđuje Ministarstvo.

III MJERE ZA SMANJENJE I OGRANIČAVANJE UPOTREBE DUVANSKIH PROIZVODA

Član 17

Zabranjuje se prodaja duvanskih proizvoda licima mlađim od 18 godina života. Licima iz stava 1 ovog člana zabranjuje se da vrše prodaju duvanskih proizvoda.

Licima iz stava 1 ovog člana nije dozvoljena upotreba duvanskih proizvoda na javnim mjestima.

Član 18

Na prodajnim objektima u kojima se vrši prodaja na malo duvanskih proizvoda mora biti istaknuta oznaka o zabrani prodaje duvanskih proizvoda licima mlađim od 18 godina života.

Oznaka iz stava 1 ovog člana mora biti istaknuta na vidnom mjestu. Obrazac oznake iz stava 1 ovog člana propisuje Ministarstvo.

Član 19

Zabranjena je prodaja duvanskih proizvoda:

1) u vaspitno-obrazovnim ustanovama, zdravstvenim ustanovama i na udaljenosti od tih ustanova manjoj od 150 m;

2) u apotekama i specijalizovanim prodavnicama za medicinska sredstva;

3) sportsko - rekreativnim objektima;

4) iz automatskih aparata;

5) uz davanje posrednih ili neposrednih povlastica kupcima ili nekom trećem, kao što je davanje poklona, premija, sniženog trgovačkog rabata ili prava da se učestvuje u nagradnoj igri, lutriji ili takmičenju;

6) koji sadrže oznake, riječi ili izraze koji upućuju na to da je ta vrsta manje štetna od drugih (npr. "lonj tar", "light", "mild", "ultra light", odnosno "nizak katran", "laki", "blagi", "ultra laki" i druge slične oznake);

7) na način koji kupcima omogućava

samoposluženje. Zabranjena je prodaja duvana za

oralnu upotrebu.

Član 20

Nije dozvoljena prodaja:

1) slatkiša, igračaka i drugih proizvoda namijenjenih djeci koji imaju oblik bilo koje vrste duvanskog proizvoda;

2) proizvoda koji nije duvanski proizvod, a ima naziv proizvođača duvanskog proizvoda ili naziv bilo koje vrste duvanskog proizvoda ili znake razlikovanja, logotip i slične oznake, koji upućuju na duvanski proizvod.

Član 21

Ne smiju se reklamirati duvanski proizvodi: u medijima; preko bioskopskih dijapozitiva, filmova, panoa, tabli, naljepnica i drugih oblika reklamiranja na javnim mjestima, na objektima i sredstvima saobraćaja; preko svijetlećih reklama; preko knjiga, časopisa, kalendara, odjevnih predmeta i preko naljepnica, plakata i letaka, ako su te

naljepnice, plakati i leci odvojeni od originalnog pakovanja duvanskih proizvoda.

Proizvodi koji po ovom zakonu nijesu duvanski proizvodi, ali svojim izgledom, nazivom i namjenom korišćenja neposredno podstiču potrošnju duvanskih proizvoda, ne smiju se reklamirati.

Zabranjeno je besplatno davanje duvanskih proizvoda i svako neposredno i posredno promovisanje.

Član 22

Reklamiranjem, u smislu člana 21 ovog zakona, ne smatraju se obavještenja:

1) proizvođača i uvoznika duvanskih proizvoda putem medija: o osvojenim nagradama i drugim javnim priznanjima za kvalitet pojedinih proizvoda, kao i o radnim, proizvodnim i drugim uspjesima koji se postižu u proizvodnji duvanskih proizvoda, ali bez poimeničnog navođenja naziva proizvoda;

2) proizvođača i uvoznika duvanskih proizvoda o kvalitetu i drugim svojstvima svojih proizvoda za vrijeme specijalizovanih sajmova i izložbi u okviru sajamskog ili izložbenog prostora, za vrijeme degustacija novih proizvoda koje organizuju u zatvorenim prostorijama, za vrijeme proslava koje organizuju i za vrijeme posjeta od strane potrošača;

3) o kvalitetu i drugim svojstvima duvanskih proizvoda objavljena u stručnim knjigama, časopisima i drugim stručnim publikacijama koje su namijenjene isključivo proizvođačima ili trgovcima tih proizvoda;

4) o drugim svojstvima duvanskih proizvoda koja potrošači mogu dobiti u objektima u kojima se vrši prodaja duvanskih proizvoda saglasno zakonu.

Član 23

Zabranjeno je pušenje duvanskih proizvoda prilikom nastupa u

medijima. Zabranjeno je objavljivanje u štampi fotografija ili crteža

lica koja puše.

Član 24

Zabranjeno je pušenje u javnom prostoru iz člana 4 stav 1 tačka 1 i stav 2 tač. 1, 2 i 5 ovog zakona.

Izuzetno od stava 1 ovog člana, zdravstvena ustanova u kojoj su smještena duševno oboljela lica može odrediti prostor namijenjen za pušače.

Član 25

U javnom prostoru iz člana 4 stav 1 tačka 2 i stav 2 tačka 4 ovog zakona dozvoljeno je pušenje samo

u prostoru namijenjenom pušačima, koji je posebno označen i odvojen od prostora namijenjenog nepušačima.

Prostor namijenjen pušačima ne smije biti veći od 50% ukupne površine javnog prostora iz stava 1 ovog člana. Prostor iz stava 2 ovog člana mora biti opremljen uređajima za provjetravanje, pepeljarama i propisanim protivpožarnim uređajima.

Član 26

U javnom prostoru iz člana 4 stav 2 tačka 3 ovog zakona, u kojem se dozvoljava pušenje, vlasnik, odnosno korisnik mora da odredi poseban prostor za pušače.

U javnom prostoru iz stava 1 ovog člana, vlasnik, odnosno korisnik prostora određuje veličinu prostora za pušače.

Na određivanje veličine prostora iz stava 1 ovog člana ne odnosi se ograničenje iz člana 25 stav 2 ovog zakona.

Prostor za pušače iz stava 1 ovog člana mora biti označen i odvojen od prostora za nepušače tako da se odgovarajućim provjetravanjem ili paravanom spriječi miješanje vazduha.

Član 27

Vlasnik ili korisnik javnog prostora iz člana 4 stav 2 tačka 3 ovog zakona, kao i poslodavac i vlasnik i korisnik drugog ugostiteljskog objekta može u potpunosti zabraniti pušenje u cijelom javnom prostoru.

U slučaju iz stava 1 ovog člana zabrana se mora označiti natpisom na ulazu u taj prostor.

Član 28

U javnom prostoru u kojem je zabranjeno pušenje u skladu sa ovim zakonom, vlasnici, odnosno korisnici prostora moraju na vidnom mjestu istaći oznake o zabrani pušenja.

Član 29

U radnom prostoru je dozvoljeno pušenje samo u prostoru koji poslodavac odredi, a koji je fizički odvojen od ostalog radnog prostora.

Ukoliko poslodavac ne može da obezbijedi poseban prostor, u smislu stava 1 ovog člana, može u potpunosti zabraniti pušenje u cijelom radnom prostoru.

Član 30

Ustanove koje obavljaju vaspitno - obrazovnu djelatnost dužne su da, po odgovarajućem programu edukacije, upoznaju djecu i mlade o štetnosti upotrebe duvanskih proizvoda za zdravlje.

Sportske organizacije su dužne da, u okviru svojih aktivnosti, upoznaju lica koja se bave sportom o štetnosti upotrebe duvana i duvanskih proizvoda.

Program edukacije iz stava 1 ovog člana utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove prosvjete, u saradnji sa

Ministarstvom.

IV INSPEKCIJSKI NADZOR

Član 31

Nadzor nad sprovođenjem ovog zakona vrše organi državne uprave nadležni za oblasti na koje se odnose mjere ograničenja upotrebe duvanskih proizvoda, putem inspekcijskog nadzora, u skladu sa zakonom.

Poslove inspekcijskog nadzora iz stava 1 ovog člana vrše:

1) sanitarni inspektor u odnosu na sadržaj katrana, nikotina i ugljen monoksida i zabranu pušenja u javnom i radnom prostoru, izuzev u prostoru iz člana 4 stav 2 tač. 2 i 3 ovog zakona;

2) zdravstveni inspektor u odnosu na zabranu reklamiranja duvanskih proizvoda, zabranu pušenja duvanskih proizvoda prilikom nastupa u medijima i zabranu objavljivanja u štampi fotografija ili crteža lica koja puše i obavezu isticanja oznaka o zabrani pušenja u javnom prostoru;

3) tržišni inspektor u odnosu na obavezu isticanja na pakovanju duvanskih proizvoda podataka o sadržini katrana, nikotina i ugljen monoksida, kao i propisanih upozorenja o štetnosti pušenja;

4) turistički inspektori u odnosu na zabranu pušenja u diskotekama, slastičarnicama, bistroima, pizzeriama, objektima brze hrane i ugostiteljskim objektima u kojima se služi hrana.

V KAZNENE ODREDBE

Član 32

Novčanom kaznom od dvadesetostrukog do tristostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se za prekršaj pravno lice i preduzetnik, koji:

1) proizvodi ili stavlja u promet cigarete suprotno članu 7 stav 1 ovog zakona;

2) proizvodi ili stavlja u promet cigarete, odnosno duvanske proizvode koji na pakovanju nemaju utisnute podatke i upozorenja u skladu sa čl. 8, 9, 10, 11 i 12 ovog zakona;

3) proizvodi ili stavlja u promet duvanske proizvode koji na pakovanju imaju utisnute oznake iz člana 13 ovog zakona;

4) prodaje duvanske proizvode licima mlađim od 18 godina života (član 17 stav 1);

5) prodaje duvanske i druge proizvode suprotno čl. 19 i 20 ovog zakona;

6) vrši reklamiranje duvanskih proizvoda suprotno članu 21 ovog zakona;

7) dozvoli pušenje duvanskih proizvoda prilikom nastupa u medijima ili objavi u štampi fotografije ili crteže lica koja puše (član 23);

8) dozvoli pušenje duvanskih proizvoda u javnom prostoru suprotno članu 24 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od petostrukog do dvadesetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 33

Za prekršaj iz člana 32 stav 1 tač. 1, 2 i 4 ovog zakona, uz novčanu kaznu, obavezno se izriče zaštitna mjera oduzimanja duvanskih proizvoda i drugih predmeta.

Član 34

Novčanom kaznom od desetostrukog do stostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se pravno lice i preduzetnik za prekršaj, ako:

1) ne istakne oznaku o zabrani prodaje duvanskih proizvoda licima mlađim od 18 godina života u skladu sa članom 18 ovog zakona;

2) ne označi prostor za pušače u javnom prostoru u skladu sa čl. 25 i 26 ovog zakona;

3) dozvoli pušenje duvanskih proizvoda suprotno čl. 25, 26 i 29 ovog zakona;

4) ne istakne oznake o zabrani pušenja u skladu sa članom 28 ovog zakona.

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se novčanom kaznom u iznosu od jedne polovine do desetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori i odgovorno lice u pravnom licu.

Član 35

Novčanom kaznom u iznosu od jedne polovine najniže cijene rada u Crnoj Gori, kazniće se fizičko lice koje puši u javnom i radnom prostoru suprotno čl. 24, 25, 26, 27 i 29 ovog zakona.

VI PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 36

Odredba člana 7 stav 2 ovog zakona neće se primjenjivati od 1. januara 2007. godine.

Član 37

Proizvođači i uvoznici duvanskih proizvoda dužni su da istaknu podatke i upozorenja u skladu sa čl. 8, 9, 10, 11 i 12 ovog zakona, najkasnije u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 38

Vlasnik, odnosno korisnik javnog prostora i poslodavac dužni su da u javnom, odnosno radnom prostoru obezbijede i označe prostor za pušače, u skladu sa članom 24 stav 2, čl. 25, 26 i 29 ovog zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Lica iz stava 1 ovog člana dužna su da istaknu oznake i natpise u skladu sa članom 27 stav 2 i članom 28 ovog zakona, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 39

Podzakonski akti za sprovođenje ovog zakona donijeće se u roku od tri mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 40

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Republike Crne Gore".

215. Zakon o hitnoj medicinskoj pomoći

716.

Na osnovu člana 95 tačke 3 Ustava Crne Gore donosim

U
K
A
Z

O PROGLAŠENJU ZAKONA O HITNOJ MEDICINSKOJ

POMOĆI ("Sl. list Crne Gore", br. 49/08 od 15.08.2008)

Proglašavam Zakon o hitnoj medicinskoj pomoći, koji je donijela Skupština Crne Gore na sedmoj sjednici prvog redovnog zasijedanja u 2008. godini, dana 29. jula 2008. godine.

Broj: 01-1554/2

Podgorica, 4. avgusta 2008. godine

Predsjednik
Crne Gore,
Filip
Vujanović,
s.r.

Z
A
K
O
N

O HITNOJ MEDICINSKOJ

POMOĆI I. OPŠTE

ODREDBE

Č
l
a
n

1

Hitna medicinska pomoć (u daljem tekstu: hitna pomoć), kao posebna oblast zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnom nivou, organizuje se radi preduzimanja neophodne i neodložne medicinske intervencije, čije bi nepreduzimanje ugrozilo život i zdravlje građana ili izazvalo trajno oštećenje i sprovodi u skladu sa ovim zakonom i propisima o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju.

Član 2

Hitna pomoć je hitno medicinsko zbrinjavanje lica kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u kratkom vremenskom periodu moglo doći do ugroženosti osnovnih životnih funkcija, disanja i srčanog rada, a u svrhu maksimalnog skraćenja vremena od nastanka hitnog stanja do potpunog zbrinjavanja, odnosno do upućivanja na dalje liječenje.

Hitna pomoć se pruža na mjestu događaja, tokom primarnog sanitetskog transporta, kao i u jedinicama hitne pomoći, neprekidno 24 sata.

Član 3

Hitnu pomoć obavljaju zdravstveni radnici koji posjeduju posebnu edukaciju iz hitne pomoći, u skladu sa ovim zakonom.

U slučajevima većih nesreća i epidemija većih razmjera, hitna pomoć se sprovodi u skladu sa posebnim zakonom.

Član 4

Pojedini izrazi, u smislu ovog zakona, imaju sljedeće značenje:

- reanimobil je posebno opremljeno spasilačko vozilo sa standardizovanom medicinsko-tehničkom opremom;
- vozilo za hitan sanitetski transport je spasilačko vozilo za hitan sanitetski transport pacijenata u zdravstvenu ustanovu koja pruža zdravstvenu zaštitu na sekundarnom ili tercijarnom nivou;
- hitan sanitetski transport obuhvata organizaciju i način transporta pacijenata od mjesta nastanka događaja do najbliže zdravstvene ustanove koja pruža zdravstvenu zaštitu na sekundarnom ili tercijarnom nivou.

II. ORGANIZACIJA HITNE POMOĆI

1. Za

v
o
d

Č
l
a
n

5

Djelatnost iz člana 2 ovog zakona organizuje i sprovodi Zavod za hitnu pomoć (u daljem tekstu: Zavod).

Član 6

Djelatnost Zavoda je:

- prijem, pregled i trijaža pacijenata po redovima hitnosti;
- reanimacija i monitoring osnovnih životnih funkcija;
- praćenje stanja pacijenta poslije reanimacije;
- davanje odgovarajuće terapije, primarna obrada rana i povreda;
- davanje vakcina i seruma po indikacijama, antibiotika, analgetika i drugih indikovanih lijekova;
- upućivanje pacijenta u zdravstvene ustanove sekundarnog i tercijarnog nivoa;
- medicinsko praćenje pacijenta (observacija) radi eventualno potrebnih dodatnih dijag-nostičkih procedura u cilju postavljanja tačne dijagnoze;
- ultrazvučna i laboratorijska dijagnostika;
- zaustavljanje krvarenja, obrada preloma, imobilizacija;
- davanje savjeta pacijentima u vezi njihovog zdravstvenog stanja;
- prijem poziva građana od strane zaposlenih u dispečerskom centru hitne pomoći;
- trijaža poziva po redovima hitnosti i upućivanje ekipa hitne pomoći radi ukazivanja hitne pomoći;
- praćenje i analiziranje mjera hitne pomoći u Crnoj Gori i izvještavanje nadležnih institucija;
- oblikovanje doktrine u djelatnosti hitne pomoći;
- predlaganje programa mjera zdravstvene zaštite iz područja djelokruga svoga rada;
- utvrđivanje standardnih operativnih postupaka za sve oblike hitne pomoći i usklađivanje primjene standarda u pružanju hitne pomoći;
- učestvovanje u izradi i sprovođenju pojedinih projekata zdravstvene zaštite u vanrednim prilikama;
- kontinuirana medicinska edukacija zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika, studenata, učenika medicinske škole i drugog osoblja;
- saradnja sa Institutom za javno zdravlja, zdravstvenim ustanovama, organom državne uprave nadležnim za unutrašnje poslove i policiju, Vojskom Crne Gore, Crvenim krstom Crne Gore, operativnim jedinicama za zaštitu i spašavanje, domaćim i međunarodnim nevladinim organiza-cijama koje se bave hitnom pomoći i međunarodnim stručnim medicinskim ustanovama;
- sanitetsko obezbjeđenje javnih skupova i sportskih manifestacija, sanitetski prevoz bolesnika u zemlji i inostranstvu vozilom, helikopterom ili avionom;
- drugi poslovi u skladu sa zakonom i aktom o osnivanju Zavoda.

Član 7

Na osnivanje i rad, kao i na druga pitanja od značaja za rad Zavoda, primjenjuju se odredbe Zakona o zravstvenoj zaštiti, ako ovim zakonom nije drukčije propisano.

Član 8

Zavod obavlja djelatnost iz člana 6 ovog zakona preko organizacionih dijelova: jedinica i podstanica za hitnu pomoć.

Član 9

Zavod organizuje jedinice i podstanice za hitnu pomoć, u zavisnosti od broja stanovnika, geografske specifičnosti, saobraćajnih veza i udaljenosti od bolnice.

Jedinice za hitnu pomoć organizuju se u: Baru, Beranama, Bijelom Polju, Budvi, Cetinju, Danilovgradu,

Herceg

Novom, Kolašinu, Kotoru, Mojkovcu, Nikšiću, Plavu, Pljevljima, Podgorici, Rožajima, Tivtu, Ulcinju i Žabljaku. Podstanice za hitnu pomoć se organizuju u:Andrijevici, Plužinama i Šavniku.

Na područjima na kojima je, zbog tranzita i boravka turista, povećan broj korisnika zdravstvene zaštite, Zavod po pribavljenom mišljenju organa državne uprave nadležanog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo), u saradnji sa nadležnim organima lokalne samouprave, može privremeno da otvori podstanice za hitnu pomoć.

Bliže uslove u pogledu prostora, kadra i opreme, kao i načina rada jedinica i podstanica za hitnu pomoć propisuje

Ministarstvo.

Član 10

Svaka jedinica i podstanica za hitnu pomoć ima potreban broj timova, reanimobila i vozila za hitan sanitetski transport.

Tim u jedinici i podstanici za hitnu pomoć čine: doktor, dvije medicinske sestre, odnosno medicinska tehničara, od kojih je jedan vozač vozila hitne pomoći.

Tim za hitan sanitetski transport u jedinici za hitnu pomoć čine: dvije medicinske sestre, odnosno medicinska tehničara, od kojih je jedan vozač vozila hitne pomoći.

Potreban broj timova hitne pomoći, reanimobila i vozila za hitan sanitetski transport u jedinici i podstanici za hitnu pomoć, kao i uslove u pogledu tehničkih karakteristika vozila, medicinsko - tehničke opreme vozila i popis

lijekova koji se koriste u reanomobilima i vozilima za hitan sanitetski transport propisuje Ministarstvo.

Član 11

Doktor u timu hitne pomoći vrši pregled, dijagnostičke postupke, određuje i primjenjuje terapiju prema Protokolu o dijagnostičko-terapijskim postupcima u hitnoj pomoći i koordinira radom ostalih članova tima. Protokol iz stava 1 ovog člana donosi Ministarstvo.

Član 12

U svim slučajevima kada nije moguće zbrinuti pacijenta na mjestu događaja ili u jedinici za hitnu pomoć, doktor u timu hitne pomoći, nakon ukazane neophodne medicinske pomoći, pacijenta upućuje i transportuje do najbliže zdravstvene ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa.

Član 13

Pacijenti sa ugroženim osnovnim životnim funkcijama transportuju se vozilom za hitan sanitetski transport do najbliže zdravstvene ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa, samo u pratnji doktora.

Pacijenti koji su transportovani i primljeni u zdravstvenu ustanovu iz stava 1 ovog člana, a kod kojih nije indikovana hospitalizacija, ne mogu koristiti hitan sanitetski transport pri povratku iz zdravstvene ustanove.

Član 14

Zdravstveni radnici Zavoda obavezni su da nose radnu odjeću jedinstvenog dizajna označenu međunarodnim znakom hitne pomoći.

Član 15

Zavod organizuje i sprovodi kontinuiranu edukaciju doktora i medicinskih sestara, odnosno medicinskih tehničara za pružanje hitne pomoći.

Program i način sprovođenja kontinuirane edukacije propisuje Ministarstvo, na predlog Zavoda.

Član 16

Pored obavezne evidencije propisane posebnim zakonom, Zavod je dužan da vodi i druge evidencije, u skladu sa Protokolom iz člana 11 ovog zakona.

2. Dispečerski centar

Član 17

Obavještavanje o događajima i upućivanje poziva timovima hitne pomoći obavlja se preko Dispečerskog centra za hitnu pomoć.

Dispečerski centar za hitnu pomoć (u daljem tekstu: Dispečerski centar) je dio jedinstvenog operativnog komunikacionog centra za sve pozive u hitnim slučajevima, organizovanog u skladu sa posebnim zakonom.

Obavještavanje o hitnim situacijama vrši se pozivom na broj 112.

Dispečerski centar je smješten u Zavodu.

Svaka jedinica hitne pomoći ima svog dispečera.

Član 18

U slučaju potrebe za angažovanjem više jednica za hitnu pomoć iz više opština, Dispečerski centar u jedinici za hitnu pomoć u Podgorici koordinira radom angažovanih jedinica za hitnu pomoć.

Član 19

Dispečer obavlja prijem poziva, određuje red hitnosti, upućuje poziv timovima hitne pomoći, obavještava najbliže zdravstvene ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa o dolasku hitnog pacijenta, sarađuje sa policijom, operativnim jedinicama za zaštitu i spašavanje i drugim odgovarajućim službama.

Ukoliko dispečer utvrdi da nije potrebno angažovanje tima hitne pomoći na terenu, obavezan je da da odgovarajuće uputstvo prema Protokolu iz člana 11 ovog zakona.

Dispečer u Zavodu je doktor i medicinska sestra, odnosno medicinski tehničar, a dispečer u jedinici za hitnu pomoć u drugim opštinama je medicinska sestra, odnosno medicinski tehničar koji je edukovan za pružanje hitne pomoći, u skladu sa ovim zakonom.

Član 20

Dispečerski centar mora imati dovoljan broj linija.

Veza između vozila hitne pomoći i dispečera uspostavlja se putem jedinstvenog sistema veza.

Član 21

Svi razgovori u Dispečerskom centru se snimaju i čuvaju na odgovarajućem tonskom audio nosaču kao medicinska dokumentacija, u skladu sa posebnim zakonom.

Član 22

U slučajevima gdje je djelovanje timova za hitnu pomoć otežano ili opasno, u spašavanje se uključuje spasilački helikopter i druga oprema i sredstva organa državne uprave nadležnog za unutrašnje poslove i policiju, pomorske sigurnosti i drugih organa i službi, koji mogu pružiti adekvatnu pomoć timovima hitne pomoći, u skladu sa standardnim operativnim procedurama.

III. FINANSIRANJE HITNE POMOĆI

Član 23

Sredstva za obavljanje hitne pomoći obezbjeđuju se u budžetu Crne Gore, Republičkom fondu za zdravstveno

osiguranje i iz drugih izvora, u skladu sa zakonom.

Rad privremenih podstanica za hitnu pomoć iz člana 9 ovog zakona, kao i broj timova hitne pomoći iznad utvrđenog broja timova finansiraju se iz sredstava lokalne samouprave.

IV. NADZOR

Član 24

Nadzor nad primjenom ovog zakona i propisa donijetih na osnovu ovog zakona vrši Ministarstvo.

Poslove inspekcijskog nadzora iz nadležnosti Ministarstva vrše zdravstveni inspektori u skladu sa zakonom.

V. KAZNENE ODREDBE

Član 25

Novčanom kaznom od tridestostrukog do dvjestostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se

Zavod, ako:

1) ne organizuje i sprovodi kontinuiranu edukaciju (član 15);

2) ne vodi posebne evidencije (član 16).

Za prekršaj iz stava 1 ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu novčanom kaznom od desetostrukog do dvadesetosetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori.

Član 26

Novčanom kaznom od desetostrukog do dvadsetostrukog iznosa najniže cijene rada u Crnoj Gori kazniće se zdravstveni radnik, ako:

1) bez pratnje transportuje pacijenta sa ugroženim osnovnim životnim funkcijama (član 13 stav 1);

2) ne nosi radnu odjeću (član 14);

3) kao dispečer ne postupi u skladu sa Protokolom (član 19 st.1 i2).

VI. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 27

Zavod će se osnovati u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Do osnivanja Zavoda poslove hitne pomoći obavljaće službe hitne pomoći u domovima zdravlja.

Član 28

Danom osnivanja Zavoda, postojeći prostor, opremu, vozila i zaposlene u službama hitne pomoći u domovima zdravlja preuzima Zavod.

Član 29

Izuzetno od odredbe člana 10 ovog zakona, tim za hitnu pomoć čini i zaposleni koji je na dan stupanja na snagu ovog zakona obavljao poslove vozača u službi hitne pomoći.

Zaposleni iz stava 1 ovog člana dužni su da završe edukaciju za obavljanje poslova hitne pomoći, u roku od 12 mjeseci od dana donošenja akta iz člana 15 ovog zakona.

Član 30

Do organizovanja Dispečerskog centra, u skladu sa ovim zakonom, obavještavanje o potrebi hitnog medicinskog zbrinjavanja vršiće se pozivanjem na broj 94.

Član 31

Podzakonske akte za sprovođenje ovog zakona Ministarstvo će donijeti u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona.

Član 32

Ovaj zakon stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".

SU-SK Broj 01-544/6

Podgorica, 29. jula 2008. godine

Skupština crne Gore

Predsjednik,

Ranko Krivokapić, s.r.

216. Strategija zdravstvene bezbjednosti hrane Crne Gore

VLADA REPUBLIKE CRNE GORE

MINISTARSTVO ZDRAVLJA
MINISTARSTVO POLJOPRIVREDE, ŠUMARSTVA I VODOPRIVREDE

STRATEGIJA ZDRAVSTVENE BEZBJEDNOSTI HRANE



Podgorica, mart 2006.

SADRŽAJ

I UVOD

Razlozi donošenja i ciljevi Strategije

II SIGURNOST HRANE
/Osnovni faktori sistema nadzora nad hranom/

1. ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA I STRATEŠKE AKTIVNOSTI

1.1. Zakonska regulativa
1.2. Organizacija sistema nadzora
1.3. Laboratorije
1.4. Zdravstveni nadzor nad bolestima izazvanih hranom /Epidemiološki podaci/
1.5. Proizvodnja i potrošnja hrane
1.6. Obilježavanje
1.7. Voda za piće

2. NAJČEŠĆI HAZARDI

2.1. Mikrobiološki hazardi
2.2. Hemijski hazardi
2.3. Rezidue
2.4. Aditivi
2.5. Radioaktivnost

3. ELEMENTI JAČANJA SISTEMA BEZBJEDNE HRANE

3.1. Objedinjen sistem nadzora u lancu hrane- koncept « od njive do trpeze»
3.2. Dobra poljoprivredna, higijenska i proizvođačka praksa; Standardne sanitarne operativne procedure; HACCP
3.3. Analiza rizika, upravljanje i komunikacija rizikom
3.4. Sistem brzog obavještavanja / RASFF/
3.5. Transparentnost
3.6. Učešće i saradnja sa internacionalnim tijelima
3.7. Zaštita potrošača

III ISHRANA

1. Postojeće stanje
2. Ciljevi
3. Strateške aktivnosti

Rječnik

WHO	Svjetka zdravstvena organizacija
WTO	Svjetska trgovinska organizacija
FAO	Svjetska organizacija za hranu i poljoprivredu
Codex Alimentarius	Međunarodna organizacija koju su osnovale FAO i WHO kao program standarda za hranu
OIE	Međunarodna organizacija za zdravlje životinja
IPPC	Međunarodna organizacija za zaštitu zdravlja biljaka
Koncept «od njive do trpeze»	Uključuje sve korake koji se primjenjuju u proizvodnji, skladištenju, rukovanju, transportu, distribuciji i pripremi prehrambenog proizvoda
(GAP) Dobra poljoprivredna praksa	Način poslovanja proizvođača u primarnoj proizvodnji
(GHP) Dobra higijenska praksa	Usklađenost sa opštim i posebnim principima higijenskih normi
(GMP) Dobra proizvodna praksa	Usklađenost sa normama poslovanja, industrijskim standardima, propisima i zakonima koji se tiču proizvodnje, obrade, rukovanja, označavanja, prodaje hrane
GMO	Genetički modifikovani organizam
Sistem HACCP	Sistem analize hazarda kritične kontrolne tačke (HACCT) je naučni i sistematski način povećavanja sigurnosti hrane od primarne proizvodnje do konačne potrošnje putem indentifikacije i procjene posebnih hazarda i mjera njihove kontrole
SSOP	Standardne sanitarne operativne procedure
Hazard	Biološki, hemijski ili fizički faktor u hrani koji može štetno da utiče na bezbjednost namirnice, odnosno na zdravlje ljudi

JECFA	Zajednički FAO/WHO Odbor stručnjaka za aditive u hrani
JMPR	Zajedničko zasijedanje FAO/WHO za rezidue pesticida
Rezidue	Ostaci supstancija
Analiza rizika	Proces koji se sastoji od tri komponente: procjene rizika, upravljanja rizikom i komunikacija o riziku
RASFF	Sistem brzog obavještavanja
Upravljanje rizikom	Proces odmjeravanja alternative u pogledu rezultata procjene rizika
SPS	Sanitarni i fitosanitarni sporazum WTO

I UVOD

Razlozi donošenja i ciljevi Strategije

Jedno od glavnih pitanja vezano za zaštitu, očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, kao osnovnih principa zdravog života je i obezbjeđenje zdravstveno sigurne i kvalitetne hrane i pravilne ishrane.

Dostupnost zdravstveno bezbjednoj hrani pored toga što čuva i unapređuje zdravlje predstavlja i jednu od temeljnih prava svakoga pojedinca.

Zdravstveno bezbjedna hrana podrazumijeva ne samo hranu odgovarajućeg sastava, nego i hranu koja ne sadrži mikrobiološke, fizičke, hemijske, radiološke ili bilo koje druge kontaminente.

Mogućnost kontaminacije na svakom koraku u lancu hrane od sirovine do potrošača: oboljenja životinja, zagađenje spoljne životne sredine, neadekvatni tretmani u primarnoj proizvodnji, nestručna primjena agrotehničkih mjera, nehigijensko rukovanje hranom, neadekvatni uslovi skladištenja, transporta, čuvanja, nepravilno sprovedenih tehnoloških postupaka itd..

Svaki od navedenih hazarda na bilo kom nivou, može da dovede do oboljenja sa dugoročnim i kratkoročnim medicinskim manifestacijama. Zbog mnogobrojnih navedenih mogućih hazarda, opšte je prihvaćen takozvani objedinjen (holistički) pristup koji podrazumijeva kontrolu svih rizika koji mogu biti involvirani na svakoj etapi u lancu hrane, od sirovine do konzumiranja.

Bezbjednost hrane mora biti obezbijeđena na nacionalnom i na internacionalnom nivou, posebno imajuću u vidu trend globalne trgovine hranom i slobodan protok roba

Pored niza ekonomskih prednosti i povoljnosti za potrošače – dostupnost najširem asortimanu prehrambenih proizvoda, distribucija i do najudaljenijih destinacija, mogućnosti plasmana autentičnih proizvoda i sl., globalno tržište hrane postavilio je i nove zahtjeve pred sve zemlje, jer, u slučaju postojanja bilo koje vrste hazarda u hrani, zdravstveni efekti mogu biti široko manifestovani. Povremeni incidenti u protekloj dekadi, kada se kontaminacija iz jednog izvora proširila i na više kontinenata izazivajući obolijevanja (bolesti “ludih krava “, kontaminacija stočne hrane dioksinom), uzrokovali su narastajuću zabrinutost potrošača. Najnovija prijetnja na globalnom nivou je i nova zoonoza avijarna influenza (ptičiji grip) koja se može prenijeti i nebezbjednom hranom.

Nove tehnologije, kao što je genetski inženjering, razvoj savremenih tehnoloških postupaka, sa zdravstvenog aspekta nameću potrebu praćenja i opreza vezano za zdravstvene efekte koji su još nepoznati.

Izmijenjene navike u ishrani, urbani životni stil, kompleksniji zahtjevi za sirovine i gotove namirnice u pogledu njihove proizvodnje, čuvanja, transporta i distribucije, razvoj kolektivne ishrane, osjetljive grupe populacije, povećanje broja starijih osoba i osoba sa kompromitovanim imunitetom zahtijevaju novi pristup hrani i ishrani.

Zdravstveni problemi i oboljenja vezani za hranu i način ishrane, pokazuju tendenciju rasta kako u svijetu tako i kod nas, te tako predstavljaju sve ozbiljniji zdravstveni problem. Korišćenje zdravstveno nebezbjedne hrane dovodi do pojave epidemija trovanja hranom sa kraćim ili dužim efektima, a bolesti vezane za ishranu povezane su direktno ili indirektno sa grupama bolesti koje su vodeći uzroci umiranja - bolestima srca i krvnih sudova, dijabetesom i sl..

Nepravilna ishrana, nedovoljno ili prekomjerno unošenje kalorija, nedostatak vitamina, narastajući su problem i kod nas. Epidemije trovanja hranom u većem ili manjem intenzitetu, javljaju se i u našoj sredini. Prepoznavši blagovremeno povećanje incidencije obolijevanja putem hrane i ishrane, kao veoma značajan problem, WHO je kao jedan od svojih prioriteta odredila sprovođenje aktivnosti radi unapređenja sistema bezbjedne hrane, odnosno smanjenja bolesti izazvanih hranom. WHO je 2001. godine donijela globalnu strategiju, uključujući podršku aktivnostima u državama članicama.

Ministarstvo zdravlja je u skladu sa opredjeljenjem WHO, u toku 2003. god. formiralo Nacionalnu komisiju za bezbjednost hrane kao stručno savjetodavno tijelo u čijem radu učestvuju

predstavnici svih nadležnih organa i institucija, kao i istakuti stručnjaci iz ove oblasti. Pored ovog dokumenta, gore navedena Komisija je u 2005. godini izradila i dokumenat pod nazivom « Profil zemlje» u kojem je izložen detaljni prikaz trenutne situacije u oblasti bezbjednosti hrane u Crnoj Gori.

Osnovni cilj Strategije bezbjedne hrane i ishrane je zaštita i unapređenje zdravlja kroz smanjenje zdravstvenih i socijalnih teškoća nastalih kao posljedica oboljenja koja su uzrokovana ili prenešena hranom.

Temeljno opredjeljenje Vlade RCG je zaštita i unapređenje ljudskog života i zdravlja

U skladu sa tim zadatak Ministarstva zdravlja, Ministarstva poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede i drugih relevantnih institucija je utvrđivanje svih aktivnosti i mjera koje imaju za cilj unapređenje sistema zdravstvene bezbjednosti hrane i shodno tome i smanjenje oboljenja izazvanih ili prenešenih hranom.

Unapređenje sistema bezbjednosti hrane sa pravilnom ishranom kroz zakonsku regulativu koja će biti usklađena sa evropskim i međunarodnim standardima osnovni i sastavni dio je ove Strategije, koju su, po programu Vlade Crne Gore za 2006. godinu, izradili Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede i uz učešće eksperata iz ostalih relevantnih institucija.

Smanjivanje incidence oboljenja izazvanih hranom treba da bude sprovedeno kroz sljedeće nivoe akcije:

- definisanje i razvoj integrisanog, sveobuhvatnog i održivog sistema bezbjednosti hrane uz izgradnju kapaciteta
- implementaciju mjera GHP, GMP i HACCP-a duž cjelokupnog »lanca hrane», od primarne prozvodnje do potrošnje radi sprečavanja izloženosti potrošača neprihvatljivim nivoima rizika
- naučno utemeljeno procjenjivanje, upravljanje i komunikacija rizikom
- međusobna saradnja svih subjekata involviranih u lanac hrane
- podizanje svijesti o značaju bezbjednosti hrane i zdravstvenim mjerama i
- epidemiološka istraživanja vezana za bolesti koje nastaju ili se prenose hranom.

Izgradnja kapaciteta efiksnog nacionalnog sistema bezbjednosti hrane presudan je u pripremi i osposobljevanju zemalja pri stupanju u međunarodne trgovinske tokove. Imajući na umu da je takav sistem važan cilj, zemlje su dužne da obezbijede sigurnost i kvalitet hrane koju proizvode, a istovremeno i da obezbijede da hrana koju uvoze bude prilagođena njihovim nacionalnim zahtjevima.

U skladu sa Direktivom 178/2002/EC Evropskog parlamenta i Savjeta od 28. 01. 2002. godine, predviđena su institucionalna rješenja, odnosno formiranje Nacionalnog tijela , koje objedinjuje i koordinira rad svih dijelova sistema bezbjednosti hrane. Ovo tijelo, po programu, zaduženo je za zvaničnu komunikaciju sa Evropskom komisijom i drugim mađunarodnim tijelima, organizacijama i službama i obavljalo bi poslove od značaja za zdravlje ljudi, a s tim u vezi i zdravlje i dobrobit životinja, zdravlje biljaka i zaštite životne sredine.

Akcionim planom za Evropsko partnerstvo, kao i Programom rada Vlade Crne Gore predviđena je i izrada Zakona o bezbjednosti hrane. Taj Zakon treba da uredi opšta načela i zahtjeve koji se odnose na higijenu i zdravstvenu ispravnost hrane i hrane za životinje, obaveze subjekata koji posluju sa hranom u pogledu higijene i zdravstvene ispravnosti hrane.

Izrada tog Zakona treba da bude u skladu sa pravnim tekovinama EU i da predstavlja okvir u kome će se obavljati dalja harmonizacija sa ostalim zakonodavstvom EU.

II SIGURNOST HRANE

(Osnovni faktori sistema nadzora nad hranom)

1. ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA I STRATEŠKE AKTIVNOSTI

1.1 . ZAKONSKA REGULATIVA

Analiza postojećeg stanja

U oblasti bezbjednosti hrane primjenjuju se propisi koji su donešeni na republičkom nivou, kao i bivši savezni propisi, a kada je u periodu 1998 - 2000. godine, nadležnost prešla sa bivšeg federalnog na republički nivo, Crna Gora je preuzela kompletnu kontrolu ispravnosti namirnica u spoljnotrgovinskom graničnom prometu - kontrolu na uvozu / izvozu hrane.

Nakon donošenja Ustavne povelje, zakonska regulativa, kao i sprovođenje svih propisa iz oblasti bezbjednosti hrane, u nadležnosti je Vlade Republike Crne Gore. Izuzetak čine Zakon o standardizaciji, Zakon o tehničkim zahtjevima za proizvode i ocjenjivanje usaglašenosti proizvoda sa propisanim zahtjevima, Zakon o akreditaciji i propisi o kvalitetu koje, prema Ustavnoj povelji Državne zajednice SiCG, donosi Ministarstvo za unutrašnje ekonomske odnose.

Na oblast bezbjednosti hrane primjenjuje se veliki broj zakona, pravilnika, naredbi, uputstava i drugih propisa i opštih akata, donijetih na republičkom i saveznom nivou. To su:

- Zakon o inspekcijskom nadzoru «Sl. list RCG», br. 39/03 – opšti zakon za sve inspekcije
- Zakon o zdravstvenoj ispravnosti životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe «Sl.list SFRJ», br. 53/91
- Zakon o veterinarstvu «Sl. list RCG», br. 11/04 koji je u vrijeme donošenja bio harmonizovan sa EU standardima
- Zakon o zdravstvenom nadzoru nad životnim namirnicama i predmetima opšte upotrebe «Sl. list SRCG», br. 26/73, 4/88
- Zakon o sanitarnoj inspekciji «Sl.list RCG», br. 56/92
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti «Sl.list RCG», br. 39/04
- Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti «Sl. list RCG», br.32/05 koji je usklađen sa preporukama i programima WHO
- Zakon o medicinskim sredstvima «Sl.list RCG», br. 79/04
- Zakon o lijekovima «Sl.list RCG», br. 80/04
- Zakon o tržišnoj inspekciji «Sl. list RCG», br. 56/92
- Zakon o kontroli kvaliteta poljoprivrednih i prehrambenih proizvoda u spoljnotrgovinskom prometu «Sl. list SRJ», br. 12/95, 28/96
- Zakon o standardizaciji «Sl. list SCG», br. 44/05
- Zakon o tehničkim zahtjevima za proizvode i ocjenjivanje usaglašenosti proizvoda s propisanim zahtjevima «Sl. list SCG», br.44/05
- Zakon o akreditaciji «Sl.list SCG», br. 44/05
- Zakon o vodama «Sl. list RCG», br. 16/95;
- Zakon o zaštiti bilja «Sl. list SRJ», br. 24/98, 26/98
- Zakon o zaštiti bilja od bolesti i štetočina «Sl. list RCG», br.4/92, 59/92, 27/94
- Zakon o poljoprivrednom zemljištu «Sl. list RCG», br. 15/92, 59/92, 4/93
- Zakon o mjerama za unapređenje stočarstva «Sl. list RCG», br. 4/92
- Zakon o zaštiti sorti poljoprivrednog i šumskog bilja «Sl. list SRJ», br. 28/00
- Zakon o sjemenu i sadnom materijalu «Sl. list RCG», br. 39/92,59/92
- Zakon o morskom ribarstvu «Sl. list RCG», br. 55/03
- Zakon o slatkovodnom ribarstvu «Sl. list SRCG», br. 39/76, 51/76, 34/88, 4/92

- Zakon o maslinarstvu « Sl.list RCG», br. 55/03
- Zakon o vinu i prerađevinama od grožđa i vina «Sl. list SRCG», br.9/83, 15/83, 27/94
- Zakon o organskoj poljoprivredi « Sl.list SRJ», br. 28/00
- Zakon o genetički modifikovanim organizmima «Sl. list SRJ», br. 21/01 i
- Zakon o zaštiti od jonizujućih zračenja «Sl.list SRJ», br. 46/96.

Strateške aktivnosti

Postojeći zakonodavni okvir iz oblasti bezbjednosti hrane predstavlja pravno nasleđe iz ranijeg perioda, kada su propisi bazirani na tradicionalnom pristupu kome je nedostajao preventivni karakter i odgovornost proizvođača i kada je težište nadzora i odgovornosti bilo usmjereno ka inspekcijskim službama i ka finalnom proizvodu.

U skladu sa opredjeljenjem Republike Crne Gore da uloži sve potrebne napore u cilju realizacije procesa neometanog funkcionisanja trgovine u jugoistočnoj Evropi i pristupanja WTO, izrada pravne infrastrukture je jedan od najznačajnijih elemenata sistema koji treba da bude harmonizovan sa sistemom Evropske unije i međunarodnim standardima.

Strateški prioritet je izrada novog zakonodavnog okvira koji će regulisati sve aspekte sistema bezbjednosti hrane. Karakteristika novog zakonodavnog okvira treba da bude stvaranje uslova za sveobuhvatni i integrisani pristup u regulisanju zaduženja, odgovornosti i prava svih učesnika involviranih u lanac hrane i ishrane. Izrada novih propisa, usaglašenim sa međunarodnim i standardima Evropske unije, treba da uključi aspekte koji se odnose na visoki nivo zaštite zdravlja kao i jasne definicije ne bi li njime ojačala konzistencija i pravna sigurnost. Ti pravni akti trebaju se redovno ažurirati, a aktivnosti koje slijede moraju se bazirati na naučnim i transparentnim činjenicama neophodnim za procjenu rizika i upravljanje rizikom. Princip sledljivosti prehrambenih proizvoda mora biti prisutan, kao i jasne odredbe koje regulišu odgovornost učesnika u lancu hrane i odredbe koje utvrđuju obavezu plasiranja bezbjednih prehrambenih proizvoda na tržište.

Pored regulisanja svih aspekata u sektoru zdravstvene bezbjednosti hrane, potrebno je da novi zakonski okvir jasno definiše i obaveze, ovlašćenja i nadležnosti službenih autoriteta uključenih u sistem bezbjednosti hrane.

Radi bržeg uključivanja u globalne tokove u proizvodnji i trgovini hranom, neophodno je da nova zakonska regulativa bude u skladu sa propisima Evropske unije i drugim međunarodnim ugovorima i to:

- Uredbom 178/2002/ Evropskog parlamenta koja utvrđuje opšta načela i uslove zakona o hrani EU, osnivanje Nacionalnog tijela za bezbjednost hrane i uspostavljanje procedura koje se odnose na bezbjednost hrane;
- Uredbom 851/2004 kojom se reguliše formiranje Evropskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti, gdje spadaju i bolesti prenosive hranom;
- Uredbom 852/2004 koja se odnosi na higijenu hrane;
- Uredbom 853/2004 koja utvrđuje specifična pravila higijene i higijene hrane;
- Uredbom 854/2004 koja utvrđuje specifične kontrole proizvoda životinjskog porijekla namijenjenih za ishranu ljudi;
- Uredbom 882/2004, odnosi se na zvanične kontrole koje se sprovode kako bi se osigurala usklađenost sa Zakonom o hrani, hrani za životinje i pravila za dobrobit životinja;
- Uredbom 258/97 kojom se uređuje uvođenje nove hrane i novih sastojaka hrane;
- Odlukom 2119/98/ES evropskog Parlamenta i Savjeta o epidemiološkom nadzoru nad zaraznim bolestima, sa pratećim odlukama Evropske komisije 2000/57/ES, 2000/96/ES, 2002/253/ES, 2003/534/ES kojima se reguliše nadzor nad zaraznim bolestima gdje spadaju i zarazne bolesti prenosive hranom;
- Odlukom komisije 613/2004/EU, koja se odnosi na osnivanje savjetodavnog organa za lanac ishrane i zdravlje biljaka i životinja;
- Direktivom 89/397/EES koja se odnosi na inspekcijsku kontrolu hrane;
- Direktivom 93/99/ESS koja se odnosi na dodatne mjere za inspekcijsku kontrolu hrane;

- Direktivom 80/778/EEC (5) i 98/83/EC (6), koje se odnose na kvalitet vode za piće;
- Direktivom 96/23/EC i odlukom Komisije 97/747, 2002/657, koje se odnose na monitoring rezidua;
- Direktivom 79/700/EEC koja se odnosi na metode testiranja uzoraka voća i povrća na rezidue pesticida;
- Direktivom 86/362/EEC koja se odnosi na nivoe rezidua pesticida u žitaricama;
- Direktivom 86/363/EEC koja se odnosi na nivoe rezidua pesticida u namirnicama animalnog porijekla;
- Uputstvom 99/2002/EU koje utvrđuje zdravstvene zahtjeve zaštite za životinje namijenjene proizvodnji, preradi, distribuciji i prometu proizvoda životinjskog porijekla namijenjenih za ishranu ljudi;
- Međunarodnim zdravstvenim pravilnikom;
- Ugovorom o osnivavnju Evropske unije
  - Standardima Codex Alimentarius i
  - Sporazumom o sanitarnim i fitosanitarnim mjerama WTO, OIE kao i standardima WHO i FAO.
  - Direktivom 89/398/EC o dijetetskoj hrani;
  - Direktivom 91/321/EEC koja se odnosi na dječju formulu hrane;
  - Direktivom 96/5/EEC koja se odnosi na proizvodnju dječje hrane.

1.2. ORGANIZACIJA SISTEMA NADZORA

Analiza postojećeg stanja

U odnosu na kontrolu bezbjednosti namirnica, nadležni autoriteti su Ministarstavo zdravlja, Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede, Veterinarska uprava i Ministarstvo ekonomije. Aktivnosti se sprovode kroz rad:

- stručnih službi u ministarstvima, koje predlažu mjere razvojne politike, prate sprovođenje aktivnosti, analiziraju rezultate sprovedenih mjera, kreiraju strategije, predlažu donošenje zakona i podzakonskih akata koji se odnose na bezbjednost hrane, uslove za rad laboratorija, donose propise iz oblasti sanitarno - zdravstvenog, fito - sanitarnog, veterinarsko - sanitarnog nadzora, kontrole kvaliteta, daju stručna mišljenja i sl.

- inspekcijskih službi koje obavljaju poslove inspekcijskog nadzora u cilju obezbjeđenja primjene propisa

- stručnih institucija u kojima se obavlja istraživanja, predlažu programi monitoringa, prate programi u oblasti bezbjednosti hrane (Institut za javno zdravlje CG, Biotehnički institut, Specijalistička veterinarska laboratorija)

- ovlašćenih organizacija za laboratorijsku kontrolu hrane, vode za piće, hrane za životinje i sl..

Za primjenu regulative u pogledu bezbjedne hrane, u okviru ovih ministarstava, zaduženi su:

- Ministarstvo zdravlja, Sektor zdravstveno-sanitarnog nadzora, sanitarna inspekcija - Zakon o sanitarnoj inspekciji «Sl.list RCG « 56/92;
- Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede, fitosanitarna inspekcija;
- Veterinarska uprava, veterinarska inspekcija - Zakon o veterinarstvu «Sl.list RCG» br.11/04;

- Ministarstvo Ekonomije, Republička tržišna inspekcija - Zakon o tržišnoj inspekciji «Sl.list RCG«br. 56/92. (u prilogu organigrami 1, 2 i 3).

Tabela br:1 Struktura nadležnih autoriteta za nadzor nad bezbjednošću hrane:

Ministarstvo zdravlja	- Sektor zdravstveno-sanitarnog nadzora - Institut za javno zdravlje Crne Gore - Laboratorije	- Regulacione procedure - Sprovođenje kontrole hrane - Testiranje uzoraka - Nutricionistički zahtjevi - Epidemiološki nadzor	Sistem snabdijevanja vodom za piće i hranom, objekti za proizvodnju, promet i prodaju hrane , serviranje i služenje hrane, lica koja rukuju hranom
Ministarstvo poljoprivrede šumarstva i vodoprivrede	1. Veterinarska uprava - Odjeljenje za stručne poslove veterine - Veterinarska inspekcija - Veterinarske ambulante 2. Specijalistička veterinarska laboratorija 3. Sektor poljoprivrede - Odsjek za poljoprivredu - Odsjek za inspekcijski nadzor	- Procedure registracije objekata za preradu namirnica animalnog porijekla - odobrenja za uvoz namirnica animalnog porijekla - nadzor i ispitivanje hrane animalnog porijekla i sirovina - prati poljoprivredu i agroindustriju - inspekcijski nadzor nad primjenom zakona iz oblasti poljoprivrede	Hrana animalnog porijekla, hrana za životinje, veterinarski ljekovi Bilje, voće, povrće, sredstva za zaštitu bilja u poljoprivredi
Ministarstvo ekonomije	Republička tržišna inspekcija	Kvalitet, promet i obilježavanje	Sve vrste proizvoda

Inspekcije

Inspekcijski nadzor, kao specijalizovani oblik upravnog nadzora u oblasti bezbjednosti hrane, sastoji se u kontroli primjene propisa odnosno u održavanju ili uspostavljanju zakonom propisanog stanja, ali i pružanju stručne pomoći subjektima nadzora.

U oblasti bezbjednosti hrane obavlja se kontrola primjene velikog broja saveznih i republičkih zakona, drugih propisa i opštih akata, od kojih je Zakon o inspekcijskom nadzoru «Sl. list RCG» br. 39/03 – opšti zakon za sve inspekcije. Tim Zakonom kodifikovane su i utvrđene generalne obaveze i ovlašćenja inspektora. Između ostalog, propisane su sve mjere koje imaju za cilj zaštitu zdravlja građana i javnog interesa.

Kratak opis procedura za otklanjanje nedostataka

Ukoliko inspektor tokom pregleda objekata, proizvodnog procesa, skladištenja i distribucije namirnica ustanovi nepravilnosti u radu, sastavlja zapisnik kojim se naređuje preduzimanje korektivnih mjera u slučaju kada utvrđena nepravilnost na osnovu procjene rizika ne može dovesti do neželjenih posljedica.

U korektivne mjere spadaju:

- Ukazi (kao najblaža korektivna mjera), donose se za uočene nepravilnosti za koje inspektor procijeni da ne mogu izazvati posljedicu, ali se moraju otkloniti u najkraćem roku. Za nepravilnosti na koje inspektor ukazuje nijesu predviđene represivne mjere, već se efekat postiže opomenom.
- Rješenje o otklanjanju nepravilnosti (strožija korektivna mera), donosi se za utvrđenu nepravilnost koju treba otkloniti u roku koji je odredio inspektor. Ukoliko subjekat kontrole ne postupi po rješenju, inspektor preduzima represivne mjere – izriče propisanu novčanu kaznu ili podnosi zahtjev za pokretanje prekršajnog postupka.
- Ukoliko su utvrđene nepravilnosti u objektu takve da neposredno (direktno) ugrožavaju zdravstvenu ispravnost proizvoda ili uskladištene robe ili zdravlje ljudi, inspektor rješenjem izriče zabranu rada objekta i pokreće dalje zakonom predviđene mjere. Inspektori imaju ovlašćenja i obavezu da podnose prijave za privredne prestupe i krivična djela pravosudnim organima.

Tabela br.2: Inspekcijski nadzor: sanitarna inspekcija

Organizaciona jedinica	Inspektori angažovani na uvozu	Inspektori u unutrašnjem nadzoru	Ukupan broj sanitarnih inspektora
Podgorica	3	7	10
Berane	1	4	5
Bijelo Polje	1	4	5
Pljevlja	1	1	2
Nikšić	2	3	5
Bar	2	4	6
Budva	1	2	3

Herceg Novi	2	4	6
Ukupno	13	29	42

Tabela br.3: Odjeljenje za inspekcijski nadzor: veterinarska inspekcija

Organizaciona Jedinica	Inspektori - Spoljno - trgovinski promet	Inspektori - unutrašnji nadzor	Ukupan broj veterinarskih inspektora
Podgorica	1rvi*	2rvi + 4ovi*	3+4 ovi
Berane	1rvi	1rvi+2 ovi	2+2 ovi
Pljevlja	1rvi	1rvi+1 ovi	2+1 ovi
Nikšić	1rvi	1rvi+2 ovi	2+2 ovi
Bar	1rvi	2rvi+2 ovi	3+2 ovi
Budva	-	1rvi	1
Tivat	-	1 rvi	1 rvi+1 ovi
Herceg Novi	1rvi	1rvi+1 ovi	2+1 ovi
Bijelo Polje	1rvi	1rvi+2 ovi	2+2 ovi
Rožaje	1rvi	1rvi+1 ovi	2+1 ovi
Ukupno	8 rvi	12 rvi / 13 ovi	20 rvi / 15 ovi

* rvi – republički veterinarski inspektor ovi* – ovlašćeni veterinarski inspektor

Tabela br.4: Inspekcijski nadzor: fitosanitarna inspekcija

Opština	Podgorica	Bar	H.Novi	Nikšić	Pljevlja	B.Polje	Rožaje	Ukupno
Fitosanitarni inspektori	2	1	1	2	3	3	2	14

Tabela br. 5: Inspekcijski nadzor: tržišna inspekcija

Organizaciona jedinica	Inspektori – nadzor kvaliteta u spoljno - trgovinskom prometu	Inspektori nadzor – unutra- šnji promet	Ukupan broj tržišnih inspektora
PJ I Podgorica (Podgorica,Cetinje, Danilovgrad, Nikšić /Šavnik,Plužine/, Kolašin)	4	26	29
PJ II Budva (Budva, Tivat, Kotor, H.Novi, Bar, Ulcinj)	2	13	15
PJ III BijeloPolje (Bijelo Polje, Mojkovac, Berane, Plav (Andrijevica), Rožaje, Pljevlja /Žabljak/)	2	13	15
Ukupno	8	52	60

Implementacija zakona iz oblasti bezbjedne hrane zahtijeva obučenu, kvalifikovanu i profesionalnu inspekcijsku službu. Do sada su inspektori imali osnovnu obuku iz dijela poznavanja propisa kao i posebne stručne obuke i edukacije.

Iz dijela primjene propisa sprovedena je sveobuhvatna obuka u dijelu poznavanja i primjene Zakona o inspekcijskom nadzoru i Zakona o opštem upravnom postupku zbog pravilne primjene propisa za oblast inspekcijske kontrole hrane. Održan je određeni broj seminara, savjetovanja iz raznih stručnih oblasti (HACCP, SSOP), ali nijesu svi inspektori bili uključeni jer je bio ograničen broj učesnika.

Registracija objekata za hranu

Veterinarska uprava obavlja registraciju objekata za uzgoj i klanje životinja, obradu, preradu, uskladištenje proizvoda, sirovina, namirnica životinjskog porijekla i hrane za životinje. Takođe, Veterinarska uprava registruje i pravna lica za obavljanje veterinarske djelatnosti, odnosno onih koji sprovode i kontrolišu sistem bezbjednosti hrane.

Uslovi za te objekte su propisani posebnim propisima. HACCP sistem je propisan u Zakonu o veterinarstvu, ali je samo djelimično implementiran u praksi.

Takođe, ovaj organ prati regionalnu, međunarodnu i globalnu epizootiološku situaciju na osnovu koje odlučuje o uvozu u Crnu Goru životinja, životinja akvakulture, proizvoda, sirovina, namirnica, veterinarskih ljekova i hrane za životinje. Veterinarska uprava je odgovorna za praćenje epizootiološke situacije u zemlji i za izdavanje, prilikom izvoza, cetrifikata o zdravstvenom stanju životinja, životinja akvakulture, proizvoda, sirovina, namirnica, veterinarskih ljekova i hrane za životinje.

Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede registruje objekate za proizvodnju i promet sjemenskog i sadnog materijala, objekate za skladištenje bilja, subjekate koji obavljaju zdravstvene preglede i ispituju zdravstveno stanja bilja, pogona za proizvodnju, promet i uvoz pesticida i đubriva.

Sanitarna inspekcija Ministarstva zdravlja, nakon procjene da li su ispunjeni sanitarni, higijenski i tehnički uslovi, daje licencu, odnosno rješenje o sanitarnoj saglasnosti za sve objekte koji se bave proizvodnjom, preradom, obradom, skladištenjem, transportom i prodajom hrane / vode za piće. U Zakonu o zdravstvenom nadzoru nad namirnicama propisane su opšte higijenske norme, a u posebnim propisima definisani su minimalni tehnički uslovi za te objekte.

Tabela br. 6: Objekti pod nadzorom inspekcijskih službi*

Vrsta objekta	Broj	Gradski vodovod	Sopstveni vodni objekat	Kanalizacija	Sopstvena dispozicija
Klanice	44	17	/	/	/
Mljekare i prerada mlijeka	20	15	5	/	/
Prerada mesa	34	/	/	/	/
Prerada ribe	1		1	1	
Pekare	144	141	3	115	29
Proizvodnja bez -alkoholnih pića	8	8	0	4	4
Objekti za proizvodnju i doradu soli	2	2	/	1	1
Objekti za proizvodnju maslinovog ulja	7	6	1	6	1
Fabrike za flaširanje vode	3	1	2	1	2
Objekti za preradu voća i povrća	2	2	0	2	0
Zanatski objekti za proizvodnju slatkiša, tijesta, pržionice kafe	30	26	4	25	5
Zelene pijace	35	32	3	31	4
Hoteli, restorani i sl.	2248	1947	301	1661	587
Mjesta kolektivne ishrane (vrtići, fabrike i sl.)	123	111	12	95	28
Marketi i veleprodaje	2132	1859	273	1586	546
Crevare	2	2		2	
Objekti na kopnu za morsku ribu	3	3		3	

Izvor: Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede

* U toku turističke sezone broj objekata pod nadzorom veći je za oko 30%

Strateške aktivnosti

Uz sagledavanje svih elemenata sistema navedenih u ovoj Strategiji, strateške aktivnosti su:

- izgradnja savremenih institucionalnih kapaciteta koji će osigurati bezbjedan proizvod tokom čitavog lanca hrane
- koordinisano sprovođenje mjera u lancu hrane na svim etapama na kojima postoji rizik od mikrobiološke, hemijske ili druge vrste kontaminacije
- zaštita potrošača od nebezbjedne, nekvalitetne, nedeklarisane ili nepravilno deklarisane hrane i izgradnja povjerenja potrošača u sistem nadzora
- utvrđivanje instrumenata za horizontalnu koordinaciju nadležnih upravnih organa i za aktivnosti inspektora koji učestvuju u sistemu kroz cijeli lanac hrane
- utvrđivanje mehanizama vertikalne koordinacije između organa na centralnom i lokalnom nivou
- standardizovanje sistema službene kontrole implementacije
- ujednačavanje postupaka licenciranja objekata koji učestvuju u lancu hrane „od njive do trpeze“
- kontinuirana i sveobuhvatna edukacija inspektora za hranu
- ujednačavanje kriterijuma i pristupa u inspekcijskom postupku, osim procedura propisanih Zakonom o inspekcijskom nadzoru, neophodan je i ujednačen stručan pristup u nadzoru nad lancem hrane i ishrane, te je izrada Vodiča za inspektore takođe jedan od prioriteta
- regulisanje prisutnog preklapanja nadležnosti između pojedinih inspekcija, čime bi bili eliminisani problemi nepodudarnosti kriterijuma, vrste i obima analitičkih ispitivanja i
- adekvatno opremanje inspekcijskih službi opremom usklađenom sa savremenim zahtjevima inspekcijske kontrole.

1.3. LABORATORIJE

Analiza postojećeg stanja

Laboratorije za ispitivanje hrane i vode za piće nalaze se u okviru javnih zdravstvenih ustanova, Biotehnickog instituta, Specijalističke veterinarske laboratorije i Centra za ekotoksikološka ispitivanja (tabela br.7). Uslovi za kadar, prostor i opremu propisani su Pravilnikom o uslovima u pogledu stručnih kadrova, prostorija i opreme koje moraju da ispunjavaju zdravstvene i druge organizacije za vršenja analiza i superanaliza «Sl.list SRJ», br. 4/92, 7/01 i 60/02 i Pravilnikom o uslovima koje moraju ispunjavati veterinarske ambulante, veterinarske ambulante za kućne ljubimce, veterinarske klinike, specijalističke veterinarske laboratorije i nacionalni veterinarski institut za obavljanje veterinarske djelatnosti «Sl.list RCG» br 73/05. Takođe, propisane su i mikrobiološke metode za ispitivanje namirnica i voda u ovim laboratorijama - Pravilnik o metodama vršenja mikrobioloških analiza i superanaliza životnih namirnica «Sl. list SFRJ» br. 25/80 i Pravilnik o higijenskoj ispravnosti vode za piće «Sl list SRJ» 42/98 i 4/99.

Pojedine fabrike raspolažu sopstvenim internim laboratorijama u kojima sprovode analize za svoje potrebe (prilog br. 4). Rad tih laboratorija u pogledu uslova za obavljanje djelatnosti koju sprovode regulisan je posebnim propisom- Pravilnik o uslovima i načinu za ispitivanje namirnica i predmeta opšte upotrebe u toku njihove proizvodnje i o načinu vođenja evidencije o izvršenim ispitivanjima « Sl.list SRCG» br 8/75.

Tabela br.7: Naziv ustanove i vrsta ispitivanja koja se u njoj obavljaju

Naziv ustanove	Mikrobiološka ispitivanja		Fizičko-hemijska ispitivanja	
	namirnica	voda	namirnica	voda
Institut za javno zdravlje Crne Gore	+	+	+	+
Dom zdravlja Bar	+	+	+	+
Dom zdravlja Cetinje	-	+	-	+
Dom zdravlja Herceg Novi	-	+	-	-
Dom zdravlja Pljevlja	-	+	-	-
Biotehnički institut	-	-	+	-
Specijalistička-veterinarska laboratorija	+	-	-	-
Centar za ekotoksikološka ispitivanja	-	-	+	+

U okviru pripreme dokumenata Profil zemlje i Strategija bezbjedne hrane, Ministarstvo zdravlja je kroz rad timova stručnjaka na terenu u periodu oktobar-decembar 2005 godine, izvršilo procjenu laboratorija (kadra, opremljenosti i prostornih uslova) za mikrobiološko i fizičko-hemijsko ispitivanje. Procjenom je ustanovljeno da je kadrovska popunjenost u mikrobiološkim laboratorijama na zadovoljavajućem nivou, za razliku od opreme koja ne prati u potpunosti zahtijeve savremene dijagnostike u mikrobiologiji hrane. Izuzetak predstavlja Specijalistička veterinarska laboratorija, koja posjeduje savremenu opremu za potrebe ove oblasti.

U mikrobiološkim laboratorijama nije još obezbjeđen sistem kontrole kvaliteta prema standardu ISO 17 025. Taj sistem kontrole kvaliteta je u razvoju u pojedinim laboratorijama koje su u pripremi za akreditaciju (laboratorija Instituta za javno zdravlje i Specijalistička veterinarska laboratorija).

U pogledu prostornih standarda**,** laboratorije koje obavljaju fizičko-hemijska ispitivanja namirnica i voda ispunjavaju uslove. Što se tiče stepena opremljenosti nijesu sve podjednako opremljene, što ima uticaja na mogućnosti sprovođenja određenih laboratorijskih ispitivanja, odnosno određenih vrsta analiza i obima ispitivanih parametara.

Kadrovska popunjenost u nekim laboratorijama nije u potpunosti zadovoljavajuća, što utiče na obim i vrstu laboratorijskih ispitivanja i kvalitet rada.

Trenutno ne postoji mogućnost ispitivanja prisustva bakterijskih toksina, toksina biljaka, kao ni ispitivanje prisustva GMO i proizvoda od GMO.

Laboratorije za mikrobiološko i hemijsko ispitivanje hrane i vode, u ovom trenutku, ne nalaze se u jednakim fazama postupka akreditacije.

Specijalističa veterinarska laboratorija je u fazi pripreme za postupak akreditacije, laboratorije Instituta za javno zdravlje su u postupku akreditacije, dok je laboratorija Centra za ekotoksikološka ispitivanja (CETI) akreditovana po:

- ISO/ IEC 17 025 (YUAT). Obim akreditacije za vodu i namirnice je : fizičko-hemijska ispitivanja vode za piće i leda (61 parametar), uzorkovanje voda za piće (8 metoda),

ispitivanje kvaliteta i zdravstvene ispravnosti ribe i proizvoda od riba (15 parametara) i priprema uzoraka ribe za analizu (2 metode), radiološka ispitivanja hrane i vode.
- ISO 9001: 2000 Sertifikovana od strane TUV SUD Bayer Sav – Germany. Obim sertifikacije iz oblasti vode i namirnica: kontrola kvaliteta i zdravstvene ispravnosti životnih namirnica i POU, stočne hrane, atestiranje životnih namirnica u uvozu i izvozu, kontrola radioaktivnosti proizvoda i roba u uvozu i izvozu, kontrola voda.

Ostale laboratorije nijesu u postupku akreditacije.

Sve laboratorije posjeduju odgovarajuću opremu za uzimanje i prikupljanje uzoraka. Uzeti uzorci se čuvaju na propisan način. Rutinske analize vode za piće i namirnica rade se po ugovorima sa zainteresovanim stranama - vlasnicima uzoraka. Intervalni pregledi obavljaju se u skladu sa propisima, na zahtjev inspekcijskih službi.

Logistički sistem za uzorkovanje i ispostavljanje rezultata ne postoji.

Statističku obradu podataka obavlja Centar za medicinsku statistiku Instituta za javno zdravlje.

Strateške aktivnosti:

- racionalizacija mreže laboratorija na osnovu postojećih kapaciteta i procijenjenih potreba uz obezbjeđivanje jedinstvenog pristupa i izbjegavanje preklapanja
- poboljšanje uslova rada i izvođenja analiza prema zahtjevima savremene dijagnostike i evropskim standardima
- uvođenje sistema kontrole kvaliteta (interlaboratorijsko ispitivanje na nacionalnom nivou, eksterna i interna provjera i dr.)
- sprovođenje akreditacije laboratorija u skladu sa ISO 17025 standardom u skladu sa mogućnostima i potrebama
- saglašavanje legislative koja propisuje metode i ispitivane parametre sa legislativom Evropske unije i obezbjeđivanje uslova za sprovođenje tako usaglašene legislative
- obezbjeđivanje fleksibilne forme legislative koja propisuje zahtjeve u pogledu metoda i uslova rada laboratorija, kako bi se pravovremeno mogle uvoditi i sprovoditi potrebne izmjene u skladu sa novim naučnim saznanjima i tehnološkim dostignućima
- obezbjeđivanje logističkog sistema za uzorkovanje i ispostavljanje rezultata izvršenih analiza i
- obezbjeđivanje kontinuirane edukacije laboratorijskog kadra.

1.4. ZDRAVSTVENI NADZOR NAD BOLESTIMA IZAZVANIM HRANOM

/ Epidemiološki podaci/

Posmatrano po grupama zaraznih bolesti, prema podacima medicinske statistike, broj prijavljenih slučajeva crijevnih bolesti iznosi 27. 63% i nalazi se na drugom mjestu, odmah poslije respiratornih zaraznih bolesti. Od toga 15.54 % prijava odnosilo se na akutni enterocolitis, 4.21 % na salmoneloze, 3.0 % na alimentarne toksiinfekcije, a na ostale bolesti vezane za hranu 4.78 %.

Sistem zdravstvenog nadzora sprovodi se u skladu sa propisima o zdravstvenoj zaštiti i zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti koji su usvojeni tokom 2004. i 2005. godine.

Bolesti prenosive hranom registruju se kao pojedinačni slučajevi, ili kao alimentarne epidemije. Propisana je zakonska obaveza za ljekare da na propisanom formularu obavezno prijave zarazne bolesti koje se nalaze na, takozvanoj, Listi zaraznih bolesti. Listu zaraznih bolesti čini 75 zaraznih bolesti, a među ovih 75 oboljenja nalaze se i bolesti vezane za hranu. Službene prijave o pojavi bolesti izazvanih hranom svaka zdravstvena ustanova, gdje je klinički (ili i klinički i laboratorijski) ljekar ustanovio bolest izazvanu hranom, dostavljaju se Institutu za javno zdravlje – Centru za epidemiologiju.

Na osnovu prijavljivanja pojedinačnih slučajeva i epidemija bolesti prenosivih hranom uočava se da je velika zastupljenost akutnih enterokolitisa – dijagnoze koju ljekari postavljaju na osnovu kliničke slike, bez laboratorijske identifikacije. Ta dijagnoza podrazumijeva veliki broj entiteta, a činjenica da se većina bolesti prenosivih hranom registruje na ovaj način upućuje na činjenicu o nedovoljnim/nepotpunim dijagnostičkim kapacitetima. Ovo je pogotovo izraženo u ljetnjim mjesecima, u periodu veoma visokih temperatura, kada je pojavljivanje ovih oboljenja učestalo, pogotovo kod pojedinačnih slučajeva. Relativno visoka zastupljenost bakterijskih alimentarnih intoksikacija, kao i salmoneloza, upućuje nas na uslove proizvodnje hrane kao i na uslove rukovanja i čuvanja hrane, odnosno na higijenske i druge okolnosti, koje doprinose pojavi ovih oboljenja.

Značajna zastupljenost epidemija uzrokovanih lako kvarljivim namirnicama (kremovi, majonezi, sezonske salate i sl.), upućuje na nezadovoljavajuće uslove pod kojima se hrana priprema i čuva. Registrovani slučajevi botulizma i trihineloze ukazuju na stalno prisutne slučajeve konzumiranja neadekvatno pripremljene hrane ili hrane pripremljene/ čuvane u nehigijenskim uslovima.

Tabela br. 8: Prijavljeni slučajevi trovanja hranom (2000– 2004.)

Disease	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.
Salmonellosis Paratyphus B	357	166	204 2	321 6	321 1
Staphylococcosis	-		19		22
Botulisam	4	5	4	4	
Shigellosis	48	23	17	28	
Listeriosis	-	-	-	-	
Brucellosis	1	-	-		
Toxiinfectio alimentaris	458	479	223	229	283
Echinococcosis	3	3	3	2	1
Trichinellosis	51	-	37	23	9
Infectious Enteritis of unknown origin – Enterocolitis accuta	1832	2 323	1555	1 184	1074

Izvor: Institut za javno zdravlje

Tabela br. 9: Registrovane epidemije trovanja hranom 2000 – 2004. god.

Godina	Broj epidemija	Broj oboljelih

2000.	6	417
2001.	10	801
2002.	8	342
2003.	4	60
2004.	9	121
Ukupno	36	1741

Izvor: Instut za javno zdravlje CG

1.5. PROIZVODNJA I POTROŠNJA HRANE

Rast poljoprivredne proizvodnje i raznovrsnost poljoprivrednih proizvoda, posebno u nekim sektorima, karakteristika je posljednjeg petogodišnjeg perioda.
Crna Gora ima 1.381.059 ha zemljišnih površina, od čega poljoprivredno zemljište čini 518.067 ha ili 37,5 %. Od ukupnih poljoprivrednih površina, pašnjaci zauzimaju 325 671 ha (ili 63%), a livade 131.483 ha (25%) ukupne poljoprivredne površine. Oranice i bašte čine 44.818 ha, voćnjaci 9.580 ha, a vinogradi 3.864 ha. Ovi pokazatelji ukazuju da Crna Gora ne raspolaže značajnijim resursima obradivih poljoprivrednih površina, usljed čega nije zastupljena komercijalna proizvodnja ratarskih kultura, dok značajne površine pašnjaka predstavljaju potencijal za stočarsku proizvodnju. Usljed usitnjenosti individualnih posjeda brojna domaćinstva bave se poljoprivredom. Raznovrsnost poljoprivrednih proizvoda ogleda se u činjenici da se poljoprivredni proizvođači na primorju fokusiraju na uzgoj suptropskog voća i maslina, u centralnom dijelu povrća voća, grožđa, mesa i mlijeka, dok na sjeveru dominiraju proizvodnja krompira, voćarstvo i ekstenzivno stočarstvo.
Glavni sektor u poljoprivrednoj proizvodnji je stočarska proizvodnja, a najzastupljenije je govedarstvo, zatim ovčarstvo, živinarstvo, svinjogojstvo i kozarstvo. Posmatarajući cjelovito stočarsku proizvodnju, domaća proizvodnja mesa obezbjeđuje oko 63 % potrošnje, a mlijeko oko 85 %. Povoljni klimatski uslovi pogoduju razvoju voćarstva. Proizvodnja je oko 35.000 tona godišnje, a prinosi variraju iz godine u godinu. Povrtarstvo je, takođe, važna grana poljoprivredne proizvodnje. Njime se bavi značajan broj domaćinstava. U poslednjih pet godina, proizvodnja povrća značajno se povećala. Tu prednjači proizvodnja krompira koja čini polovinu od ukupne proizvodnje povrća.

Vinogradarstvo je vrlo intenzivna grana proizvodnje za koju je vezana prerađivačka industrija, proizvodnja vina i rakije. Proizvodnja grožđa odvija se na površini od oko 4.000 ha.

Prehrambeno - prerađivački sektor prehrambenih proizvoda u posljednje vrijeme bilježi razvoj. Tu prednjači proizvodnja pića kao i mesna, mliječna i mlinsko - pekarska industrija. U posljednjih nekoliko godina izgrađeno je nekoliko manjih pogona za proizvodnju mliječnih proizvoda, mada i dalje veliki udio u snabdijevanju mliječnim prerađevinama predstavlja plasman putem direktne prodaje, na zelenim pijacama. Pozitivna kretanja zapažaju se u sektoru mesne industrije, gdje nekoliko vitalnih objekata povećava svoju proizvodnju uz proširenje asortimana proizvoda. Nabavka primarnih sirovina je specifična. Značajan postotak svinjskog mesa uvozi se iz zemalja EU, govеđe i jagnjeće meso nabavlja se iz domaćih izvora, a za živinsko meso postoji ograničena domaća proizvodnja. U Crnoj Gori, takođe, postoje pogoni za pripremu svježe ribe. Izvoz tih sirovina postoji, ali u jako malom obimu. Raspoloživi kapaciteti proizvodnje pekarskih proizvoda u potpunosti zadovoljavaju domaće potrebe. Iako su u posljednje vrijeme adaptirani pogoni za obradu voća i povrća, njihova proizvodnja još uvijek nije značajnije povećana. Proizvodnja stočne hrane bazira se na uvoznoj sirovini, a registrovana su dva veća proizvođača.

Proizvodnja vina je sektor koji bilježi najpovoljnije trendove u proizvodnji pića. Umjereni pozitivni trendovi su i kod proizvodnje piva i žestokih pića.
U periodu od 2001 – 2004. godine, ukupna poljoprivredna proizvodnja porasla je 12,7 %, pogotovo u pojedinim sektorima, kao što je proizvodnja živinskog mesa, krompira i povrća u zaštićenom prostoru (staklenici). U finalnoj vrijednosti primarne proizvodnje, stočarska proizvodnja učestvuje sa više od 60%, a zajedno sa ribom i pčelinjim proizvodima sa 65 %. Od pojedinačnih proizvoda najčešći proizvodi su meso i mlijeko. Takođe, znatan dio proizvoda ne učestvuje u zvaničnim kanalima prometa. Ono ostaje u domaćinstvima i upotrebljava se ili za ishranu ili se prerađuje u domaće proizvode.

Važno je napomenuti da u Crnoj Gori ne postoji proizvodnja aditiva, te se potrebne količine i vrste za prerađivačku industriju uvoze. U ukupnom uvozu aditivi učestvuju sa 0, 66%, a njihov uvoz je liberalizovan.

Značajno je istaći gotovo potpunu uvoznu zavisnost u pogledu nabavke značajnih inputa za poljoprivrednu proizvodnju kao što su veterinarski ljekovi i pomoćna medicinska sredstva za upotrebu u veterini, mineralna đubriva i pesticidi.

Tabela br.10: Ukupna industrijska proizvodnja i prerada hrane u 2004. godini

1. prerada voća i povrća- džem	44 000 kg
2. sterilisane riblje konzerve	228 000 kg
3. svježe meso	699 000 kg
4. suhomesnati proizvodi	250 000 kg
5. slanina	132 000 kg
6. kobasičarski proizvodi	159 000 kg
7. pasterizovano mlijeko	48 746 hl
8. maslac	23 000 kg
9. sir	86 000 kg
10.sladoled	1 156 000 kg
11. pavlaka	193 000 kg
12. jogurt	4 009 tona
13. rafinisano jestivo ulje	44 tone

Izvor: Zavod za statistiku Crne Gore - Monstat

Izvoz i uvoz

Iako povećana u odnosu na prethodne godine, pokrivenost uvoza izvozom još uvijek je niska i iznosi 28%, što je u isto vrijeme povećanje u odnosu na protekle godine. Primjera radi, u 2000. godini pokrivenost uvoza izvozom bila je 8,3%, a dvije godine kasnije 12,9%.

Najznačajnije učešće u izvozu imaju pića i alkoholi, od čega pivo i vino čine 39 % ukupnog izvoza, zatim sladoled i pečurke. Za namirnice koji se proizvode u pogonima registrovanim za izvoz, nadležni autoriteti izdaju sertifikate o zdravstvenoj ispravnosti i kvalitetu. Procentualno, najveća količina i broj namirnica uvozi se iz zemalja Evropske unije i zemalja iz okruženja (Republika Hrvatska, Republika Makedonija, Republika Bosna i Hercegovina).

Promet namirnica između Crne Gore i Srbije ne podliježe spoljnotrgovinskim procedurama, već se tretira kao unutrašnji promet, shodno važećim propisima.

Potrošnja hrane

Tabela br . 11 Količina artikala lične potrošnje (kupljenih i iz vlastite proizvodnje) prosječno po članu domaćinstva za 2004. godinu

SVJEŽE I PRERAĐENO MESO	Jedinica mjere kg / l
1. goveđe meso – sa ili bez kostiju	0,2
2. juneće meso- ----≠--------	6,8
3. teleće meso ------≠-------	9,6
4. svinjsko meso ------≠------	4,5
5. praseće meso	0,8
6. ovčije i kozje meso	0,8
7. jagnjeće i jareće meso	4,3
8. živinsko meso	11,7
9. ostalo svježe meso i iznutrice	0,9
10. konzervirano i prerađeno meso	0,5
11. suva i barena slanina	2,3
12. suvo meso bez kostiju	2,5
13. suvo meso sa kostima	5,6
14. salama i sve vrste kobasica	3,7
15. viršle, safalada i sl.	1,5
16. ostali kobasičarski proizvodi	0,1
SVJEŽA I PRERAĐENA RIBA	

1. svježa i zamrznuta rječna i jezerska riba	5,0
2. svježa i zamrznuta morska riba	3,3
3. proizvodi i prerađevine od ribe	0,4
MLIJEKO I MLIJEČNI PROIZVODI	
1. slatko mlijeko	127,2
2. kisjelo mlijeko i jogurt	12,7
3. domaći sir (sve vrste)	16,6
4. ostale vrste sira	0,4
5. kajmak, pavlaka, mileram	2,3
JAJA (kokošija i druga)	186,9
SVJEŽE I PRERAĐENO POVRĆE	
1. krompir	78,9
2. pasulj, suvi grašak, sočivo i bob	5,0
3. crni i bijeli luk	10,3
4. mrkva	5,8
5. kupus i kelj	19,0
6. spanać- svjež i zamrznut	2,2
7. paradajz- svjež	10,4
8. paprika- svježa i zamrznuta	10,5
9. zelena salata	2,1
10. grašak i boranija – svježi i zamrznuti	5,1
11. ostalo svježe povrće	8,3
12. ukiseljeno povrće	2,8
13. konzervirano i prerađeno povrće	1,3
SVJEŽE I PRERAĐENO VOĆE	
1. jabuke	21,8

2. kruške	7,6
3. trešnje i višnje	2,2
4. kajsije i breskve	2,9
5. šljive	5,0
6. dinje i lubenice	9,9
7. grožđe	2,7
8. ostalo svježe voće	2,8
9. agrumi	10,3
10. ostalo južno voće- banane, nar, ananas i dr.	10,2
11. orah, badem, lješnik	2,4
12. suvo voće- šljive, smokve, grožđe	0,3
13. džem, kompot, slatko, marmelada, pekmez	3,7
14. voćni sokovi, prirodni, sa i bez šećera	8,5

Izvor: Zavod za statistiku Crne Gore – Monstat

1.6. OBILJEŽAVANJE

Obilježavanje i deklarisanje namirnica regulišu Pravilnik o deklarisanju i označavanju upakovanih namirnica « Sl.list SiCG» br. 4/03, 12/03, Pravilnik o uslovima u pogledu zdravstvene ispravnosti dijetetskih namirnica koje se mogu stavljati u promet »Sl. list SFRJ», br.4/85, 70/86, 69/91 i navedeni Zakon o zdravstvenoj ispravnosti namirnica koji je utvrdio da se namirnica smatra higijenski neispravnom ukoliko joj nedostaje deklaracija, ako se iz nje ne može utvrditi rok upotrebe, ako je oštećena, nečitka ili na neki drugi način nerazumljiva za potrošača. Osim navedenog, deklaracija mora da obezbjedi nutricionističke činjenice.

1.7. VODA ZA PIĆE

Obezbjeđenje dovoljnih količina higijenski ispravne i kvalitetne vode je prvi uslov higijenskog standarda jednog naselja i očuvanja zdravlja stanovništva, uz preduzimanje svih mjera protiv zagađenja površinskih i podzemnih voda. Iako, Crna Gora raspolaže relativno velikim količinama kvalitetne vode, uz obilje padavina, usled geoloških uslova postoje problemi da se cjelokupnom stanovništvu obezbijedi redovno vodosnabdijevanje, posebno u sušnim periodima. Podaci o opremljenosti domaćinstava vodovodnim instalacijama ukazuju na visok stepen opremljenosti vodovodnim instalacijama. Za to je najviše zaslužna dobra opremljenost gradova, ali se mora ukazati i na nedovoljnu opremljenost seoskih naselja, koja se vodom snabdijevaju na nekoliko načina i to:

- organizovano, putem gradskih vodovoda (prigradska naselja)
- preko nezavisnih vodovoda javnog karaktera i

- putem sopstvenih vodovoda i individualno (izvori, bunari, bistijerne).

Razvoj sistema i načina vodosnabdijevanja zaostajao je za razvojem naselja. Naime, izgradnja novih ili rekonstrukcija postojećih vodovodnih sistema i kapaciteta bila je znatno sporija od razvoja samih naselja, što je uticalo na sadašnju situaciju da mnogi vodovodni sistemi svojom infrastrukturom, uređajima i opremom zaostaju za potrebama određenog naselja, odnosno područja. U mnogim gradovima mreža vodovoda je dotrajala, a gubici vode u sistemu su značajni. Dezinfekcija vode za piće obavlja se putem hlorisanja vode. Većina vodovoda koristi gasne automatske hlorinatore. U skladu sa važećim propisom o higijenskoj ispravnosti vode za piće, količina rezidualnog hlora na mjernim mjestima iznosi do 0,5 mg/l. Restrikcije vode, koje se dešavaju posebno u sušnim periodima, ljeti, rizične su sa epidemiološkog stanovišta, posebno kod onih vodovodnih sistema koji imaju staru razvodnu mrežu i gubitke vode, zbog sekundarne kontaminacije. Izvorišta za vodovode moraju biti osigurana zaštitnim zonama, što je i zakonska obaveza.

Međutim, lokalni seoski izvori, seoske kaptaže, bunari, bistijerne i drugi vodni objekti često ne ispunjavaju potrebne higijenske zahtjeve za vodne objekte, niti u građevinskom pogledu, niti u pogledu očuvanja ispravnosti vode za piće.

Crna Gora ima registrovane tri fabrike za flaširanje vode za piće, od kojih jedna za flaširanje gazirane mineralne vode (opština Bijelo Polje), dok se ostale dvije bave flaširanjem prirodne mineralne vode, a nalaze se u opštinama Kolašin i Šavnik. Uzorci i ambalaža periodično se ispituju.

Analizu uzoraka pitke vode rade zdravstvene laboratorije, a broj analiza, kao i broj punktova na razvodnim mrežama vodovoda, određuju se na osnovu broja «ekvivalent stanovnika», u skladu sa Pravilnikom o higijenskoj ispravnosti vode za piće.

Tabela br.12: Ukupan broj ispitivanih uzoraka i procentualno učešće neispravnih uzoraka kod testiranja vode za piće

Godina	Broj ispitivanih uzoraka vode za piće	Procenat neispravnih uzoraka	
		Mikrobiološki	Hemijski
2000.	3031	13 %	15,31%
2001.	5001	9,72 %	8,06 %
2002.	4 494	14,2%	10,40%
2003.	4 476	16,3%	15,1%
2004.	3097	17,11%	14,27%

Izvor: Instut za javno zdravlje CG

Mikrobiološka neispravnost odnosi se najčešće na povećan ukupni broj svih živih klica. Naime, i pored redovne dezinfekcije na visok procenat mikrobiološke neispravnosti kod pojedinih vodovoda utiču i česti kvarovi na razvodnoj mreži, s obzirom na to da je na tim vodovodima mreža prilično stara.

Najčešće neispravnosti u fizičko-hemijskom pogledu analiziranih uzoraka odnose se na nedostatak rezidualnog hlora, povećanih hlorida u ljetnjim mjesecima u primorskim opštinama Kotor i Tivat, gvožđa i nitrita (Opština Ulcinj).

2. NAJČEŠĆI HAZARDI

2.1. MIKROBIOLOŠKI HAZARDI

Iako se u poslednje vrijeme o bezbjednoj hrani sve više govori, ipak ostaje činjenica da je broj ljudi koji se svake godine razboli putem kontaminirane hrane mikrobiološkim patogenima visok, pogotovo u zemljama u razvoju, među koje spada i naša. Među tim uzročnicima su nerijetko i mikroorganizmi iz roda *Salmonella*, vrsta *Staphylococcus aureus*, enterohemoragična *Esherichia coli*, parazit Trichinella spiralis i dr.. Uz povećevanje sojeva mikroorganizama koji postaju rezistentni na antibiotike, opasnost od mikrobiološki kontaminirane hrane je još veća. Navike u ishrani se mijenjaju, povećava se procenat hrane koja se konzumira van kuće. Takođe, posebno se, kod gradskog stanovništva, mijenjaju obrasci ishrane, sa visokim učešćem sirove hrane, odnosno voća i povrća. Za gradsku sredinu karakteristična je i ponuda brze hrane, što je izuzetno zastupljeno u turističkoj potrošnji. Na velikom broju individualnih farmi, farmeri se bave proizvodnjom više vrsta poljoprivrednih kultura, u isto vrijeme i stočarstvom, uz individualnu proizvodnju mliječnih proizvoda i proizvoda od mesa na tradicionalan način. Tradicionalan način prodaje namirnica iz individualne proizvodnje obavljaju vlasnici koji svoje proizvode nude na zelenim pijacama, gdje prodaju, obično, nekoliko vrsta namirnica. Zbog neadekvatnog čuvanja, veoma visoke temperature u ljetnjim mjesecima, povećeva se mikrobiološki hazard kod pijačne prodaje hrane. Priprema proizvoda od termički neobrađenih jaja, kao što su kremovi, majonezi, sosovi, dovela je do pojave nekoliko alimentarnih epidemija uzrokovanih salmonelama u proteklih pet godina što je prikazano u dijelu «Epidemiološki podaci». Zabilježeni slučajevi trihineloze uvijek su se manifestovali kao male porodične epidemije. U tim slučajevima, do zaraze je dolazilo konzumiranjem pripremljenog mesa, bez prethodno obavljenog veterinarskog pregleda domaće životinje na liniji klanja. Nedovoljne količine ispravne pitke vode koja se koristi u proizvodnji hrane mogu predstavljati mikrobiološku opasnost, kao i situacija kada hranom rukuju lica bez osnovnih znanja o higijeni hrane. Pored mikrobiološkog ispitivanja namirnica, uobičajeni postupak je ispitivanje stepena čistoće radnih površina za pripremu hrane, opreme, ruku zaposlenih i uređaja.

Usljed nedovoljnih materijalnih sredstava koji prate zdravstveni nadzor nad namirnicama, u ovom momentu ne sprovode se ciljani programi monitoringa, a rezultati mikrobioloških analiza koji se daju u dokumentu gotovo u cjelosti se odnose na uzorke hrane koje su inspekcijski organi ili vlasnici prozvodnih objekata dostavili na ispitivanje laboratorijama. Inspektori su, u proteklom petogodišnjem periodu, prioritet mikrobiološkom ispitivanju namirnica davali grupi lakokvarljivih namirnica, kao što su sladoledi, mlijeko, mliječni proizvodi, proizvodi od mesa, salate, kremovi i sl.. Ispitivanja se odnose na namirnice iz zanatske, industrijske proizvodnje, prometa i iz uvoza. Inspektori uzorke određuju po metodi slučajnog uzorka ili po epidemiološkim indikacijama.

Tabela br. 13: Rezultati mikrobioloških testiranja namirnica

	Porijeklo uzoraka	Uvoz	Industrijska proizvodnja	Promet	Zanatska proizvodnja	Ukupno uzoraka

2000.	broj uzoraka	2927	1 342	702	883	5 854
	neispravno	1,20%	20,94%	15,24%	12,91 %	9,17 %
2001.	broj uzoraka	3 685	670	1 036	1 189	6 580
	neispravno	1,25%	9,10 %	16, 02%	13,29%	6,55%
2002.	broj uzoraka	3 419	418	677	82	4 596
	neispravno	0,41%	5,74%	32,35	15,85%	5,87%
2003.	broj uzoraka	2 555	587	445	143	3 730
	neispravno	0,16%	6,47%	25,39%	27,97%	5,23%
2004.	broj uzoraka	1 946	1 949	2 123	1 063	7 081
	neispravno	0,61%	3, 28%	20,82%	19,56%	10,25%

Izvor: Instut za javno zdravlje CG

Evidentno je da je najveći procenat neispravnosti u zanatskoj proizvodnji i prometu, a najmanji kod hrane iz uvoza (tabela br.13). Ti rezultati potkrepljuju i mišljenja kontrolnih organa da se distribucija i promet ne obavljaju na bezbjedan način, što dovodi do sekundarne kontaminacije gotovih proizvoda i sirovina mikrobiološkim agensima.

2.2. HEMIJSKI HAZARDI

Fizičko-hemijska kontaminacija hrane može ugroziti zdravlje rjeđe nakon jednokratne ekspozicije, a češće nakon višekratne ekspozicije nekom hemijskom agensu u jednoj, ili više vrsta hrane. Hrana može da bude hemijski zagađena usled toksina prirodnog porijekla (alkaloidi, mikotoksini, radionuklidi) kao i hemijskim kontaminentima vještačkog porijekla (aditivi, pesticidi, teški metali, veterinarski ljekovi, drugi antibiotici, polihlorovani bifenili,dioksin, vještački radionuklidi i dr.).

Tabela br. 14: Rezultati fizičko-hemijskog testiranja namirnica

Godina	Broj uzoraka	Uvoz	Industrijska proizvodnja	Promet	Zanatska proizvodnja	Ukupno uzoraka
2000.	uzorci	4 202	276	261	372	5 111
	neispravno	1,55%	10,51%	16,86%	11,56 %	3,54%
2001.	uzorci	6 082	224	504	311	7 121
	neispravno	0,62%	2,23%	18,25%	18,01%	2,68%
2002.	uzorci	5 806	249	227	102	6 384

	neispravno	0,31%	6,43%	3, 08%	---	0,64%
2003.	uzorci	4 245	443	101	69	4 858
	neispravno	0,94%	0,45%	5,94%	1,45%	1,01%
2004.	uzorci	4 278	623	377	370	5 648
	neispravno	0,96%	1,6%	9 ,0%	5,1	1,84%

Izvor: Instut za javno zdravlje CG

Najčešća fizičko-hemijska neispravnost odnosila se na povećan sadržaj vode ili masti i izmijenjenih senzorskih svojstava mesnih prerađevina iz domaće proizvodnje, neadekvatan nivo joda u soli za ljudsku upotrebu. Neispravni uzorci su se odnosili i na grupu bezalkoholnih pića, žitarica i leguminoza, povrća i proizvoda od povrća, mesa i proizvoda od mesa zbog promijenjenih senzorskih svojstava, neodgovarajućeg sastava, neadekvatnog prisustva ili količine aditiva ili zbog prisustva teških metala iznad dozvoljene granice.

2.3. REZIDUE

Rezidue / pesticida, teških metala, nemetala, veterinarskih ljekova i drugih otrovnih supstancija i dr.

Mogućnosti zagađivanja hrane hemijskim kontaminentima (pesticidima, metalima, nemetalima i drugim otrovnim supstancijama, polihlorovanim bifenilima, dioksinom i dr.) su mnogobrojne, počev od zemlje, vode i vazduha, preko prerade i ambalaže do iznošenja na trpezu.

U našoj Republici kontrola rezidua regulisana je Zakonom o zdravstvenoj ispravnosti životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe na osnovu kojeg je donijet Pravilnik o količinama pesticida, metala i metaloida i drugih otrovnih supstancija, hemioterapeutika i anabolika i drugih supstanci koje se mogu nalaziti u životnim namirnicama “Sl.list SRJ”, br. 5/92,11/92, 32/02. U ovom Pravilniku definisano je šta se podrazumijeva pod pesticidima, otrovnim materijama, reziduama pojedinih ljekova, hormonima, mikotoksinima i dr..

Pravilnikom o načinu obavljanja veterinarsko-sanitarnog pregleda i kontrole životinja prije klanja i proizvoda životinjskog porijekla “Sl. list SFRJ”, br. 68/89 definisani su biološki ostaci, obavezan sistematski pregled, uzimanje uzoraka, pojam odgajivanja životinja, procjena dobijenih rezultata i preduzimanje mjera za žive životinje, sirovine i proizvode životinjskog porijekla.

Pripremljenost individualnih proizvođača za rad sa hemijskim sredstvima je nezadovoljavajuća i bez nedovoljne stručne kontrole. Oni kao izvori informacija koriste uputstva koja nijesu prilagođena njihovom znanju i mogućnostima. Jednom riječju još uvijek se nedovoljno poklanja pažnja edukaciji i prosvjećivanju individualnih poljoprivrednih proizvođača.

Imajući u vidu navedeno, ponudu namirnica iz mnogobrojnih domaćinstava koja se bave proizvodnjom hrane nije moguće obuhvatiti adekvatnom kontrolom koja bi eliminisala hemijske i ostale hazarde (rezidue pesticida, veterinarskih ljekova, teških metala i dr.).

Trenutno se planski i sistematski monitoring rezidua vrši kod životinja akvakulture (svježa morska riba izlovljena iz Jadranskog mora), pod nadzorom Veterinarske uprave, a analiziraju se u Centru za ekotoksikološka ispitivanja Crne Gore.

Planski ili sistematski monitoring na prisustvo rezidua veterinarskih lijekova, pesticida, teških metala i ostalih otrovnih supstancija kod ostalih životinja, sirovina, namirnica, kao i u hrani za životinje, koje mogu predstavljati hemijski hazard, trenutno se ne obavlja, već se uzorci ispituju sporadično.

U izradi novih zakonskih propisa i u sistemu kontrole rezidua težište se prenosi sa gotovnih proizvoda na hranu za životinje ili pojedine njene komponente i sve postupke uzgoja životinja i biljne proizvodnje.

2.4. ADITIVI

Najsavremeniji tehnološki zahtjevi za namirnice imaju za cilj produženje trajnosti, poboljšanje njenog izgleda, boje, konzistencije, ali u isto vrijeme su i izazov koji zahtijeva i podstiče dalja istaraživanja.

Zdravstveni aspekti primjene aditiva u proizvodnji namirnica regulisani su različitim propisima. Osnovni propis je navedeni Zakon o zdravstvenoj ispravnosti, kojim je definisano da se njegove odredbe odnose i na sirovine za proizvodnju namirnica, kao i na začine i supstancije koje se dodaju namirnicama radi postizanja određenih svojstava. Ovim Zakonom je propisano da se higijenski neispravnim smatraju namirnice ukoliko sadrže nedozvoljene vrste i količine aditiva ili ukoliko su aditivi tehnološki nepravilno primijenjeni. U cilju usaglašavanja sa zahtjevima međunarodnih preporuka (Codex allimentarius, WHO, FAO) donešen je Pravilnik o kvalitetu i uslovima upotrebe aditiva u namirnicama i o drugim zahtjevima za aditive i njihove mješavine «Sl.list SCG», br. 56/03, 5/04.

Više od 5000 aditiva koji se koriste u tehnološko prerađivačkim procesima proizvodnje predstavljaju hemijski hazard, posebno kada je kontrola nad tehnološkim postupcima djelimična ili nepotpuna. Aditivi i drugi dodaci osim dugoročnijih posledica po zdravlje mogu da izazovu i alergijske reakcije, što se naročito može manifestovati kod osjetljivih grupa – trudnica, male djece, starijih osoba i hroničnih bolesnika. To je razlog zašto nadležne službe posebnu pažnju posvećuju kontroli priozvoda namijenjenih tim grupama, tzv. dijetetskim proizvodima.

Problem moguće škodljivosti aditiva je veoma složen, naročito ako se ima u vidu i moguće kumulativno ili sinergistično dejstvo pri permanentnoj upotrebi različitih aditiva.

Iako je donešen novi Pravilnik, kontrolu aditiva sprječava nedostatak metoda za njihovo određivanje i neopremljenost postojećih laboratorija. Dopuna zakonske regulative trebala bi se odnositi na izradu jedinstvene metodologije za određivanje kvaliteta prije upotrebe kao i određivanje količine korišćenog aditiva u namirnicama.

2.5. RADIOAKTIVNOST

Zagađivanje hrane radioaktivnim materijama je jedan od savremenih problema civilizacije. Po svojoj prirodi i trendu razvoja u budućnosti ovaj problem ima trajan karakter. Prirodni radionuklidi od uvijek su bili prisutni u ljudskoj hrani, a time i u čovjeku i specifični su za datu teritoriju i stanovništvo. Međutim, u ovoj oblasti nijesu vršena značajna istraživanja.

Evidentno je da su primjena radioaktivnih materija i rad nuklearnih postrojenja procesi koji se danas obavljaju sa rigoroznim mjerama sigurnosti. Ipak, ti procesi uslovljavaju određeni radijacioni rizik. Za čovjeka taj rizik prenosi se od izvora zagađenja značajnim dijelom putem lanca ishrane.

Zaštita hrane od zagađivanja radioaktivnim materijama u normalnim uslovima obavlja se zaštitom vazduha, zemljišta, padavina i voda, a ostvaruje se prije početka, u toku proizvodnje i prerade, pa sve do unošenja u ljudski organizam.

Oblast radioaktivnosti namirnica kontroliše se u skladu sa propisima koji su donijeti na osnovu Zakona o zaštiti od jonizujućih zračenja «Sl.list SRJ», br. 46/96, kao što je Pravilnik o granicama životne sredine i načinu sprovođenje dekontaminacije «Sl. list SRJ», br. 9/99.

Analiza radioaktivnosti vode za piće radi se obavezno kod uključenja novih zahvata, kod fabričkog flaširanja vode za piće i u svim slučajevima kada nadležni zdravstveni autoriteti procijene da je potrebno. Nije bilo pozitivnih uzoraka pitke vode na radioaktivnost. Analize radioaktivnosti rade se u Centru za ekotoksikološka ispitivanja Crne Gore.

Rezultati kontrole pojedinačnih uzoraka uzeti izolovano od sistema sredine iz koje potiču, izolovano od tehnologije kojom se do tih namirnica dolazi nijesu dovoljan osnov za integralni sistem zaštite hrane. Neophodno je izgraditi sistem čiji je cilj da se zaštita ostvari u što ranijoj fazi ciklusa proizvodnje ili još prije početka toga ciklusa.

3. ELEMENTI JAČANJA SISTEMA BEZBJEDNE HRANE

3.1. OBJEDINJENI SISTEM NADZORA U LANCU HRANE - KONCEPT «OD NJIVE DO TRPEZE»

Posmatrajući trenutnu situaciju, možemo zaključiti da, u našoj zemlji nije dovoljno razvijena koordinacija i komunikacija različitih državnih institucija, naučnih ustanova, nevladinih organizacija i ostalih službi u oblasti kontrole bezbjednosti hrane „od njive do trpeze“.

To je osnovni razlog za formiranje Nacionalnog tijela za bezbjednost hrane, čiji bi cilj bio razvoj integrisanog sistema kontrole hrane „od njive do trpeze“ i izbjegavanje dupliranja funkcija, nepotrebnih ograničenja i troškova, odnosno postizanje cjelokupne efikasnosti i efektivnosti u lancu hrane.

3.2. DOBRA POLJOPRIVREDNA, HIGIJENSKA I PROIZVOĐAČKA PRAKSA; STANDARDNE SANITARNE OPERATIVNE PROCEDURE; HACCP

Odsustvo propisanih procedura za «Dobru poljoprivrednu praksu»- GAP, «Dobru higijensku praksu»- GHP, «Dobru proizvođačku praksu»- GMP, «Standardne sanitarne operativne procedore»- SSOP, «Sistem analize opasnosti kontrolom kritičnih tačaka»- HACCP za sve vrste proizvodnje kao i sistema procjene rizika i upravljanja rizikom, otežavaju i usporavaju efekte nadzora nad sistemom zdravstvene bezbjednosti hrane.

Sigurnost hrane rezultat je djelovanja nekoliko faktora. S tim u vezi, zakonodavstvo treba da propiše minimalne higijenske zahtjeve, zvanična kontola treba da provjerava ispunjenost higijenskih zahtjeva, a kompanije da uspostave i sprovode programe i procedure sigurnosti hrane zasnovane na HACCP principima. Svi oni treba da obezbijede dovoljno fleksibilnosti da bi bili primjenjivi u svim situacijama. Tu se, naravno, podrazumijevaju i male kompanije.

U slučajevima gdje nije moguće prepoznati i identifikovati kritične kontolne tačke, odnosno implementirati HACCP sistem, dobra higijenska praksa može poslužiti kao prelazno rješenje.

3.3. ANALIZA RIZIKA, UPRAVLJANJE I KOMUNIKACIJA RIZIKOM

Neophodno je uvođenje analize rizika kao nove naučne metode koja će omogućiti uklanjanje ili izbjegavanje rizika za zdravlje.

Analiza rizika je proces koji je satavljen iz tri komponente:

- procjena rizika
- upravljanje rizikom i
- informisanje o riziku.

Cjelokupni proces procjene rizika zasnivaće se na upotrebi potvrđenih naučnih informacija i primjeni prihvaćenih naučnih procedra iz različitih izvora:

- institucija koje se bave bezbjednošću hrane
- stručnih komiteta
- regionalnih/međunarodnih izvora naučnih podataka i
- Agencije za bezbjednost hrane EU – Naučni komitet.

U oblasti procjene rizika Republika Crna Gora će stalno jačati i unapređivati saradnju i razmjenu informacija sa međunarodnim organizacijama – EFA, FAO, WHO, JEMRA, JECFA, JMPR i OIE.

3.4. SISTEM BRZOG OBAVJEŠTAVANJA (RASFF)

Sistem brzog obavještavanja (RASFF) omogućava službenu kontrolu preko razmjene informacija, o podrazumijeva i mjere koje se preduzimaju kako bi se osigurala bezbjednost hrane.

Trenutna situacija kod nas je takva da nije organizovan sistem brzog obavještavanja (RASFF) koji bi koristili u situacijama kada postoji osnovana sumnja da neka namirnica ili predmet opšte upotrebe može predstavljati rizik na tržištu, odnosno opasnost po zdravlje ljudi,. Informacije, odnosno upozorenja, su sporadična, a javnosti se prezentiraju informacije putem sredstava javnog informisanja, bez utvrđenih procedura koje važe za prenošenje informacija. Nije izgrađena komunikaciona infrakstruktura za njihovo procesuranje. Takva infrastruktura bi informacije dobijala i dalje ih sistemom prenosila unutar države, drugim državama ili nadležnim međunarodnim organizacijama .

Potrebno je formirati sistem, u vidu mreže, koji bi objavljivao direktne ili indirektne rizike po ljudsko zdravlje. Pravni osnov za RASFF je regulativa Evropske komisije 178/2002. Po tom dokumentu, informacije se dijele u dvije grupe i to:

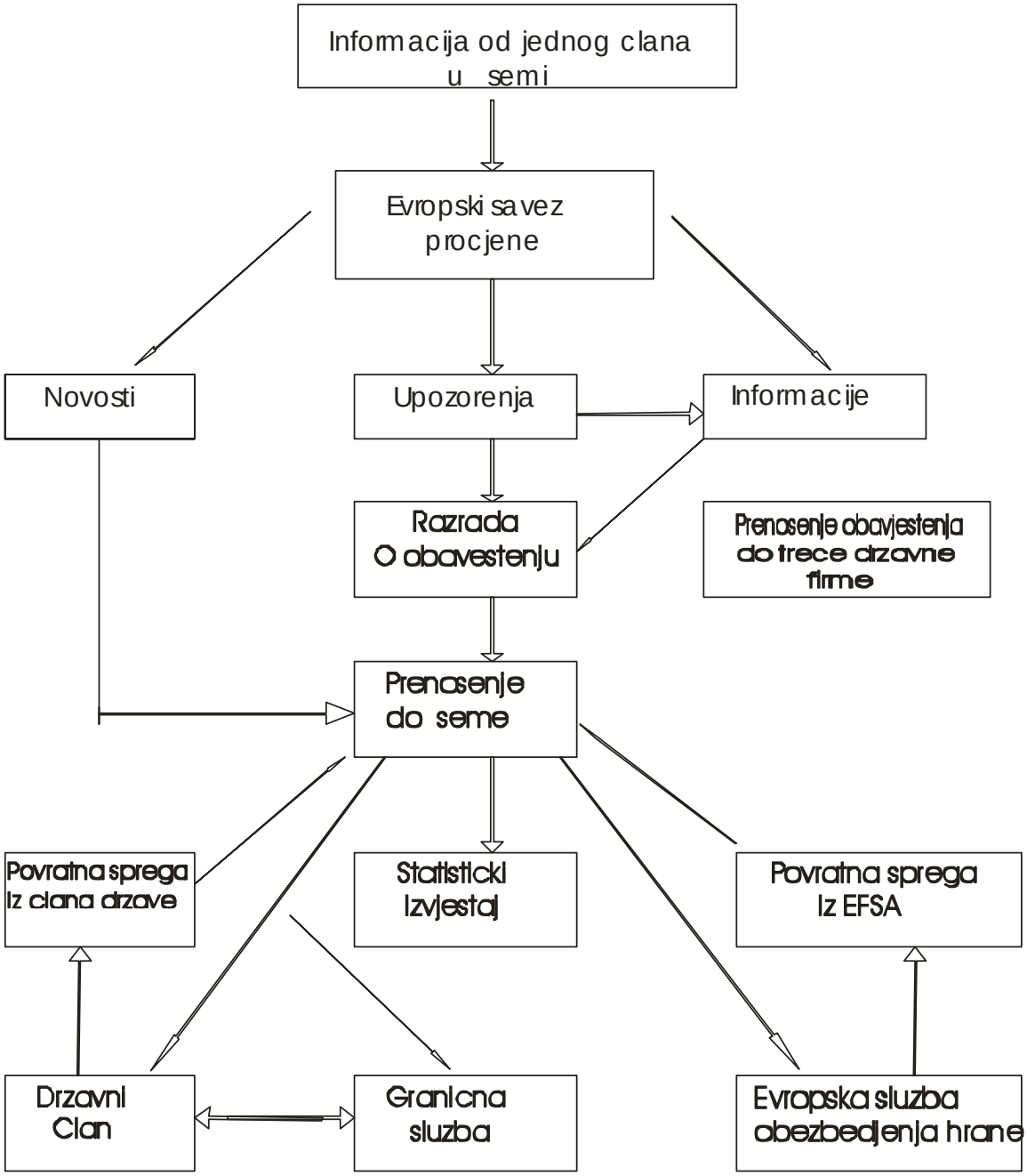
- informacije upozorenja (informacija o opasnosti) i
- informacije na znanje (informacija radi informacije).

Kad hrana predstavlja rizik, jer se nalazi na tržištu, a potrebno je preduzeti hitne mjere šalje se informacija o opasnosti. Njih plasiraju one zemalje koje prepoznaju problem i iniciraju relevantne mjere, kao što je, recimo, povlačenje proizvoda. Takve informacije imaju za cilj da svim članovima mreže daju upozorenje za postojanje spornih proizvoda na tržištu. Nakon dobijene informacije upozorenja, zemlja članica mreže može blagovremeno preduzeti adekvatne mjere u cilju zaštite potrošača koji moraju biti uvjereni da je takav proizvod povučen sa tržišta.

Informacije na znanje koje se odnose na hranu daju se kada je rizik identifikovan, a hitne akcije ne moraju da se sprovode, jer proizvod nije ušao na tržište. U takvim slučajevima, informacije se uglavnom tiču pošiljki hrane koje su ispitane i vraćene sa krajnih granica Evropske unije. Potrošači

moraju biti uvjeren da su preduzete sve potrebne mjere i da sporne namirnice nisu plasirane na njihovo tržište.

Kako bi postajala ravnoteže između objave i zaštite komercijalnih informacija Evropska komisija nedjeljno izdaje preglede informacija o opasnosti i informacija na znanje, s tim što se trgovačka imena i ime individualne kompanije ne objavljuju. To ne šteti zaštiti potrošača, jer RASFF informacije podrazumijevaju da su se mjere preduzele ili su u toku.



3.5. TRANSPARENTNOST

Sistem kontrole hrane mora biti razvijen i implementiran na transparentan način. Povjerenje potrošača o bezbjednom i kvalitetnom snabdijevanju hranom zavisi od njihovog razumijevanja i povjerenja u cjelishodnost i efikasnost sistema aktivnosti kontrole bezbjednosti hrane.

Potrebno je osigurati da potrošači, ostale zainteresovane strane i učesnici uključeni u lanac ishrane, imaju povjerenja u proces odlučivanja i učestvuju u izradi propisa o bezbjednoj hrani. Povjerenje u naučne insitucije i druge nazavisne ustanove koje štite zdravlje doprinijeće efikasnijem sistemu bezbjednosti hrane.

Ovo bi doprinijelo saradnji svih zainteresovanih strana i unaprijedilo efikasnost i stepen međusobnog usaglašavanja.

3.6 *UČEŠĆE I SARADNJA SA INTERNACIONALNIM TIJELIMA*

- WHO (World Health Organization- Svjetska zdravstvena organizacija)

Osnovni cilj Svjetske zdravstvene organizacije je postizanje najvećeg nivoa zaštite zdravlja za cjelokupno svjetsko stanovništvo. Ona prati, nadzire i sprječava pojave zaraznih bolesti i omogućava dostupnim svaku pomoć državama članicama u aktivnostima očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva.

Mnogi projekti u našoj zemlji realizovani su upravo zahvaljujući uspješnoj saradnji sa WHO. Trenutno, u fazi reaizacije je zajednički Projekat o unapređenju sistema bezbjednosti hrane u Jugo-istočnoj Evropi.

- Codex Alimentarius

Strateška potreba Crne Gore je neophodnost direktne komunikacije, odnosno učešća u Codex-u, putem svog predstavnika, kao i osnivanje Nacionalnog tijela u predstojećem periodu. To će omogućiti transpoziciju i implementaciju standarda i preporuka Codex Alimentarius-a u nacionalne propise vezane za kvalitet i zdravstvenu bezbjednost hrane.

- OIE (Office International des Epiyzooties- Međunarodna organizacija za zaštitu životinja)

Članstvo u Međunarodnoj organizaciji za zdravlje životinja (OIE) je do sada bilo regulisano na nivou državne zajednice, tako da svim sastancima OIE-a prisustvuje i tretira se kao ravnopravni član i predstavnik Crne Gore. Naša zemlja primjenjuje sve standarde i preporuke ove organizacije, čiji je cilj da obezbijedi zdravstvenu sigurnost u međunarodnoj trgovini životinjama i proizvodima životinjskog porijekla. Sporazum o primjeni sanitarnih i fitosanitarnih mjera (SPS Sporazum), povjeren je ovoj organizaciji u okviru međunarodnog prava da definiše međunarodno priznate standarde koji se odnose na zdravlje životinja i zoonoze, u vidu standarda, vodiča i preporuka, a sve u cilju zaštite zdravlja ljudi i plasiranja na međunarodno tržište zdravstveno bezbjedne hrane.

- IPPC (International Plant Protection Convention – Međunarodna organizacija za zaštitu biljaka)

Članstvo u Međunarodnoj organizaciji za zaštitu bilja (IPPC) bilo je regulisano na nivou državne zajednice. IPPC je međunarodni sporazum koji obezbjeđuje zajedničko i efikasno djelovanje zemalja potpisnica u cilju sprječavanja širenja i unošenja organizama koji su štetni za bilje i biljne proizvode.

3.7. ZAŠTITA POTROŠAČA

Zaštitom potrošača bavi se vladin i nevladin sektor i to svako u okviru svoje nadležnosti. Poznato je da ta dva sektora međusobno sarađuju i ostvaraju saradnju sa proizvođačima, distributerima i trgovinom.

Posebno je značajna neposredna saradnja potrošača ili saradnja preko Centra za zaštitu potrošača, sa nadležnim inspekcijskim organima putem otvorenih telefonskih linija u cilju zaštite njihovih prava pri kupovini proizvoda.

Oblast zaštite potrošača uređena je nizom zakonskih i podzakonskih akata, pri čemu je posebno značajno potencirati one koji imaju za cilj da se potrošačima obezbijede proizvodi sigurni po život i zdravlje, tj. da odgovaraju zdravstvenim, higijenskim i ekološkim uslovima, te da ispunjavaju propisane parametre kvaliteta, kao i uslove deklarisanja i označavanja. Pored zakona pomenutih u dijelu 2.1. ove Strategije, u primjeni je i Zakon o zaštiti potrošača od 2002.godine, kao i već pomenuti i veliki broj nepomenutih drugih tehničkih propisa o kvalitetu i drugim zahtjevima za prehrambene proizvode.

U Crnoj Gori je pripremljen predlog novog Zakona o zaštiti potrošača usaglašen sa zakonodavstvom EU. Nosilac zakonskog projekta je Ministarstvo ekonomije uz učešće drugih nadležnih državnih organa i Centra za zaštitu potrošača.

Predlog Zakona će, zajedno sa ostalim propisima koji regulišu oblast proizvodnje i prometa, kao i nadzor nad prehrambenim proizvodima, sa stanovišta pravne regulative, učiniti sigurnim aspekt bezbjednosti života i zdravlja potrošača prilikom nabavke i upotrebe namirnica. Taj aspekt posebno dobija na značaju kroz odredbe koje potenciraju obaveze odgovornih subjekata u proizvodnji i prometu (hrane).

Naime, pored obaveza ispunjenja već navedenih uslova, uspostavlja se ovim i Zakonom obaveza čuvanja i pakovanja proizvoda na propisani način, kao i zabrana prodaje zdravstveno - higijenski neispravnih proizvoda, proizvoda isteklog roka i nepropisno deklarisanih proizvoda. Takođe, propisuje se obaveza upozorenja potrošača od strane nadležnih organa državne uprave na rizik od upotrebe proizvoda koji nijesu bezbjedni kao i obaveza opozivanju i povlačenju takvih proizvoda sa tržišta. Zabranjuje se i reklama proizvoda koja potrošača može dovesti u zabludu o svojstvima proizvoda. Ovaj Zakon posebno propisuje ovlašćenja inspektora da izriču privremene mjere zabrane prometa proizvoda u svim slučajevima kada nijesu ispoštovane odredbe o njihovoj bezbjednosti. Takođe, takve nepravilnosti kvalifikuje kao privredni prestup i sankcioniše ih visokim novčanim kaznama.

Značaj zaštite potrošača u ovom Zakonu naglašen je i kroz obavezu Vlade RCG da donose Nacionalni program za zaštitu potrošača i da preko nadležnog ministarstva prati njegovu realizaciju.

III ISHRANA

1. Postojeće stanje

- ***Karakteristike ishrane stanovništva***

U mentalitetu i vjekovnim navikama stanovništva Crne Gore je da se kvalitetu porodične ishrane, a posebno ishrani djece, poklanja velika pažnja. S tim u vezi, možemo istaći da je ishrana posljednja karika na koju nizak standard utiče.

Prosječan obrok je u energetskom smislu zadovoljavajući, ali u sastavu dominira tzv. hrana rizika, dok je protektivna hrana kao izvor visoko vrijednih bjelančevina, mineralnih materija i vitamina nedovoljno zastupljena. Rezultat toga je da se od ukupne energetske vrijednosti dnevnog obroka obezbjeđuje oko 8 % iz bjelančevina, a preko masnoća čak 33%. Značajna je činjenica da su u ishrani značajno zastupljene masnoće životinjskog porijekla.

Rađeno je organizovano ispitivanje prehrambenih navika školske djece i omladine koje je ukazalo na deficit u ishrani biološki značajnih komponenti:

- oko 80 % učenika u ishrani koristi samo bijeli hljeb
- često konzumiranje tzv. «brze hrane» koja je velike energetske gustine
- nedovoljan dnevni unos voća
- dominantno povrće je krompir, najčešće pripremljen kao pomfrit, dok su druge vrste povrća nedovoljno zastupljene u svakodnevnoj ishrani
- konzumirnje veće količine šećernih koncentrata koji često zamjenjuju neki od glavnih obroka.

U Institutu za javno zdravlje Crne Gore, u 2003. godini, organizovano je i otpočelo sa radom Savjetovalište za pravilnu ishranu. Najčešći pacijenti su gojazne ili pothranjene osobe i hronični bolesnici kod kojih je dijetoterapija dopuna medikamentoznog liječenja.

Posebna pažnja posvjećuje se edukaciji o pravilnoj ishrani preko sredstava informisanja i saradnjom sa kolektivima koji organizuju kolektivnu ishranu mlađih populacionih grupa (vrtići, škole, domovi učenika i sl.).

- ***Sprječavanje poremećaja nastalih usljed deficita joda u ishrani***

Poremećaji zdravlja nastali zbog nedovoljnog unosa joda su u mnogim zemljama značajan zdravstveni i socijalni problem. Procjenjeno je da više od četvrtine ukupnog broja stanovnika naše planete, živi u oblastima sa nedostatkom joda. Samim tim oni su suočeni sa rizikom od brojnih poremećaja zdravlja uzrokovanih nedovoljnim unosom joda u organizam.

Balkansko poluostrvo je, od kako postoje pisani i likovni zapisi, poznato kao izrazito strumogeno područje. U Crnoj Gori gušavost se javljala uglavnom u sjevernom dijelu Republike, u dolini rijeke Lima. Područje opštine Bijelo Polje bilo je poznato kao endemično, a gušavost se javljala kod starosjedelaca i doseljenika iz drugih područja.

U vrijeme SFRJ gušavost je ocjenjena kao javnozdravstveni problem. Tada je donešena Odluka o obaveznoj jodnoj profilaksi stanovništva endemskih regija upotrebom jodirane soli, a 1953. godine donijeta je Uredba o obaveznom jodiranju soli koja je namijenjena za ishranu ljudi i životinja.

Preduzete aktivnosti dale su dobre rezultate u vidu značajnog smanjenja prevalence gušavosti. Od tada pa do danas preduzimaju se sve aktivnosti radi održive eliminacije poremećaja nastalih deficitom joda.

U Crnoj Gori, od 2000. godine, uz podrsku UNICEF-a, sprovodi se Program održive eliminacije poremećaja uzrokovanih nedovoljnim unosom joda, u cilju sprečavanja, odnosno smanjenja rizika za nastanak oboljenja, ranog otkrivanja i blagovremenog liječenja poremećaja koji nastaju usled nedovoljnog unosa joda. Aktivnosti su sa nivoa Komisije formirane na saveznom nivou preuzete 2004. godine, kada je Ministarstvo zdravlja formiralo Republičku komisiju za sprječavanje poremećaja uzrokovanih deficitom joda.

1. Ciljevi

- Osnovni cilj politike ishrane je prevencija pojave hroničnih nezaraznih bolesti, u prvom redu kardiovaskularnih, kojima je jedan od najbitnijih faktora rizika nepravilna ishrana
- Promocija zdravih stilova zivota
- Sprovođenje posebnih programa radi preveniranja pojave zdravstvenih posledica vezanih za deficit mikronutritijenata

2. Strateške aktivnosti

Za postizanje osnovnog cilja kao i specifičnih stremljenja preporučuju se sljedeći strateški pristupi:

- informisanje i obrazovanje stanovništva iz oblasti ishrane
- promocija dojenja i zdravog načina ishrane kod odojčadi i male djece
- kontinuirano praćenje ishrane u predškolskim ustanovama u cilju preveniranja deficita i razvijanja pravilnih navika u ishrani
- vođenje posebnih programa za prevenciju gojaznosti i hroničnih nezaraznih bolesti
- izrada informacionog sistema za posebne programe uz formiranje baze podataka i
- sprovođenje posebnih programa

- za prevenciju i kontrolu deficita mikronutritijenata
- održiva eliminacija poremećaja uzrokovanih deficitom joda
- prevencija nutritivnih anemija kod vulnerabilnih populacionih grupa i
- prevencija deficita kalcijuma i fosfora kod osjetljivih populacionih grupa.

217. Strategija unapređenja mentalnog zdravlja

VLADA REPUBLIKE CRNE GORE
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

Nacionalna komisija za mentalno zdravlje

Strategija unapređenja mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori

1. UVODNA RIJEČ

1.1. Mentalno zdravlje u RCG

Mentalno zdravlje je jedan od značajnih segmenata zdravlja kojem Svjetska Zdravstvena Organizacija i ostale medjunarodne institucije poklanjaju pažnju kroz aktivnosti i programe zaštite mentalnog zdravlja u sklopu zdrastvene politike svake zemlje. Na zahtjev članica, Svjetska zdravstvena organizacija sprovodi ekspertize strategija za razvoj i programa mentalnog zdravlja, kao i pomoć u praćenju implementacije nacionalnih strategija.

Unapredjenje mentalnog zdravlja je složen proces koji obuhvata brojne segmente društvene infrastrukture, a ne samo zdravstvenog sistema. Naime, koncepcija razvoja mentalnog zdravlja treba da respektuje senzibilitet društva da bi bila adekvatno prihvaćena. Iz tih razloga ne smije se zanemariti socijalni, kulturni, ekonomski i društveni milje, kao i potreba međusektorskog pristupa problemu mentalnog zdravlja.

Svjetska zdravstvena organizacija je svojom definicijom zdravlja proširila koncept mentalnog zdravlja: »Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, već stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja». Predmetna definicija ukazuje na značaj mentalnog zdravlja, ali istovremeno i na mnoge probleme koji postoje /socijalni, ekonomski, društveni.../ i koji zahtijevaju organizovano djelovanje društva u ovoj oblasti.

Respektovanje ekonomsko socijalnih i društvenih problema, otvorilo je mogućnost psihijatriji da posredno utiče na kreiranje zdravstvene politike i da bude jedan od uslova prilikom procjenjivanja životnog standarda jedne zemlje .

Neposredno životno okruženje, više od deceniju, bilo je polje tranzicionih kretanja, medjuetničkih sukoba, ekonomske krize, migracionih kretanja, a sveukupno mijenjalo je milje življenja kako domicilnog stanovništva, tako i imigracionog. Procesi unutar samog društveno ekonomskog miljea doveli su do pada zaposlenosti, otežanog funkcionisanja porodica, akulturacije, alijenacije, sa tendencijom povećanja javljanja mentalnih poremećaja. Ukupno posmatrano, svjedoci smo sve veće otvorene manifestacije formi disocijalnog ponašanja alkoholizma, upotrebe psihoaktivnih supstanci, delikvencije, porasta kriminala, depresije i suicida.

Kao tradicionalno društvo sa rigidnim vrijednosnim sistemom u kome je bolest mana, a mentalno oboljenje sramota porodice, veoma je teško stvoriti klimu koja će biti prihvatljiva za civilizovan i racionalan tretman mentalnih bolesti. Stigmatizacija mentalnih bolesnika i njihovih porodica, predrasuda je i kočnica razvoja i implementacije državnog programa zaštite mentalnog zdravlja stanovništva u RCG i drugim institucijama. Ova strategija ima za cilj da definiše integralnu zaštitu i odgovor zdravstvene službe u rješavanju narastajućih problema mentalnog zdravlja, kao i puteve daljeg razvoja zdravstvene službe koji treba da doprinesu unapređenju stanja zdravlja pojedinca i stanovništva u cjelini.

Ministar zdravlja RCG prim. dr M.Pavličić

1.2. Mentalno zdravlje u RCG «Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja«

Mentalna bolest ne predstavlja lični neuspjeh, jer to se ne dogadja samo drugima. Mentalno i tjelesno zdravlje su nerazdvojivi sinonimi. Njihov uticaj je dubok i kompleksan. Mentalna oboljenja su posljedica prisustva genetskih, bioloških, socijalnih i faktora sredine. Neke procjene WHO ukazuju da preko 450 miliona ljudi pati od mentalnih ili neuroloških poremećaja ili od psihosocijalnih problema koji su u vezi sa zloupotrebom alkohola ili droga. Depresija je jedan od glavnih uzroka invalidnosti i nalazi se na četvrtom mjestu deset vodećih uzroka globalnog tereta bolesti. U svijetu oko 70 miliona ljudi zavisno je od alkohola.Oko 50 miliona ima epilepsiju, a 24 miliona ima šizofreniju. Milion ljudi izvrši samoubistvo svake godine. Oko 10 do 20 miliona ljudi pokušava da se ubije govore podaci istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije.

U okviru globalne kampanje Svjetske zdravstvene organizacije uključila se i naša zemlja, nastojeći da proširi javnu i profesionalnu svijest o stvarnom teretu mentalnih poremećaja i njihovim troškovima u ljudskom , socijalnom i ekonomskom segmentu . Ovo je i napor da ljudi koji boluju od mentalnih poremećaja dobiju tretman kakav im pripada i koji zaslužuju, a da se pri tome uklone mnoge prepreke, stigma, diskriminacija.

Ministarstvo zdravlja RCG je prateći tendencije i preporuke Svjetske zdavstvene organizacije iniciralo niz aktivnosti kroz različite programe, nastojeći da preduzme mjere za unapredjenje i zaštitu mentalnog zdravlja gradjana, koje predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava, kao i da poboljša uslove rada zaposlenih koji rade sa njima i učini funkcionalnijom organizaciju institucija za zaštitu mentalnog zdravlja na teritoriji RCG.

Kao izraz ovih tendencija Ministarstvo zdravlja RCG iniciralo je juna 2003. projekat » Strategija mentalnog zdravlja u RCG«

Projekat izrade Strategije razvoja mentalnog zdravlja u RCG se sastoji iz tri faze: izrade teorijskog konteksta, koji nastoji da prati razvojne tendencije u oblasti zaštite mentalnog zdravlja, a koje propisuje Svjetska zdravstvena organizacija. Potom snimi ljudske resurse, prostorne i tehničke potencijale u RCG, da bi na kraju u trećoj fazi dalo konkretne predloge u pogledu institucija i vrste psihijatrijskih jedinica za koje će biti opredijeljeni, upošljavanja i usavršavanja ljudskih potencijala u njima. Na ovom projektu angažovani su kako kolege iz Republike Srbije, tako i poslenici iz oblasti psihijatrije, psihologije i socijalne medicine iz Crne Gore.

U prethodnom periodu, od juna do septembra 2003. sprovedena je vrlo intenzivna aktivnost koja je imala za cilj snimanje stanja na terenu u Republici u institucijama mentalnog zdravlja, kao i ispitivanje kvaliteta edukovanosti, osposobljenosti i stavove prema reorganizaciji institucija mentalnog zdravlja. Osnovni instrument za ocjenu analize stanja bio je upitnik na osnovu kojeg su obradjeni podaci i kojima se izvršila operacionalizacija projektnih zadataka.

S obzirom na prostor i postojeću mrežu institucija mentalnog zdravlja, snimanje terena je obavljeno kroz 4 regiona od kojih su se dva odnosila na sjeverni dio, a po jedan na centralni i južni dio Republike. Neposredno su posjećene sve institucije i kolege koji su uključeni u izradu ovog projekta, koji je za njih od velike buduće profesionalne, a može se reći i egzistencijalne važnosti.

Podaci koji su obrađeni predstavljaju realnu osnovu za angažovanje i pravljenje projekcije budućeg razvoja i implementaciju strategije mentalnog zdravlja.

Ozbiljnost i zahtjevnost ispitivanja oblasti mentalnog zdravlja u ovoj strategiji nametnula je dodatne aktivnosti., odnosno proširen je projektni zadatak u toku same realizacije Strategije mentalnog zdravlja u RCG i to:

- **Formirana je baza podataka ljudskih potencijala** zaposlenih u institucijama mentalnog zdravlja, kompilirajući brojne informacije počev od sociodemografskih, profesionalnih, kao i specifičnim interesovanjima anticipiranih planova i predloženih rješenja za unapređenje funkcionisanja institucija mentalnog zdravlja;
- **Formirana je baza podataka institucija** koje se bave mentalnim zdravljem kroz registrovanje prostornih, tehničkih i uslova iz okruženja.
- Prikupljeni su **podaci koji se odnose na preporuke Pakta za stabilnost** za Jugoistočnu Evropu, koji se tiču sociodemografskih oblasti i ekonomije zemlje, a što će se, takodje, u narednom periodu dopunjavati i obradjivati;
- Prikupljene su **informacije o legislativi iz oblasti zaštite prava mentalnih bolesnika kao i zaposlenih, koji rade sa njima u odnosu na preporučene smjernice WHO.**
- P**roširen je projektni zadatak** i registrovani su podaci o prostornim, tehničkim i ljudskim resursima u **privatnom sektoru pružanja usluga**, **oblasti Ministarstva unutrašnjih poslova i Ministarstva odbrane**, rukovodeći se činjenicom da i ove sektore prate reformski zahvati (zakonske, strukturalne promjene), kao i da u narednom periodu treba da budu integrisani sa sistemom zaštite mentalnog zdravlja, kao **jedan sveobuhvatan sistem**
- Shodno preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o **deinstitucionalizaciji psihijatrijskog zbrinjavanja je i činjenica da nevladin sektor treba da bude** uključen u sveobuhvatni sistem zaštite. U okviru aktivnosti na izradi strategije registrovane su NV organizacije sa pozicija cilja i aktivnosti kojima se bave jer predstavljaju značajan faktor u kreiranju opštih javnih stavova.
- U cilju deinstitucionalizacije zaštite mentalnog zdravlja je ideja da se kroz medjusektorsku institucionalnu saradnju Ministarstva zdravlja RCG, Ministarstva rada i socijalnog staranja RCG, Zavoda za zapošljavanje RCG i ostalih, sagleda potreba o uključivanju nezaposlenih, uz odgovarajuću edukaciju, na projektima pomoći za stare.
- Poseban naglasak je dat aktivnostima utvrđenim u **Akcionom planu za prevenciju narkomanije mladih**. Nacionalna komisija je zauzela stanovište da se ovaj Plan **inkorporira** u aktivnosti Strategije za razvoj mentalnog zdravlja, rukovođeni činjenicom da je narkomanija samo jedan od **psihopatoloških entiteta**.

Prikaz navedenih aktivnosti je dobra osnova za usmjeravanje ka sveobuhvatnom , cjelishodnom, funkcionalnom i humanom pristupu problemu unapređenja mentalnog zdravlja i zbrinjavanju korisnika institucionalnog i vaninstitucionalnog zbrinjavanja oboljelih.

Predsjednik Komisije za mentalno zdravlje RCG

doc.dr Mirko Peković dr sci. med.

2. PUT KA BUDUĆNOSTI: Preporuke SZO

Izveštaj SZO o svjetskom zdravlju – 2001. Mentalno zdravlje: novo razumijevanje, nova nada, daje deset preporuka koje bi sve zemlje mogle slijediti da bi poboljšale mentalno zdravlje svojih građana. Te preporuke se mogu prilagoditi svakoj pojedinačnoj zemlji u skladu sa njenim potrebama i mogućnostima.

1. Obezbijediti liječenje u okviru primarne zdravstvene zaštite

Zbrinjavanje mentalnih poremećaja i njihovo liječenje na prvom stepenu zaštite omogućiće da najveći broj ljudi ima lakši i brži pristup zdravstvenim službama. Obezbjeđivanje liječenja u

primarnoj zaštiti može poboljšati mogućnosti za pravovremeno dijagnostikovanje, liječenje i odgovarajuće praćenje pacijenata, i redukovati nepotrebna ispitivanja i neadekvatno ili nespecifično liječenje. Da bi se to ostvarilo, treba omogućiti obuku zdravstvenog osoblja u primarnoj zaštiti iz osnovnih vještina zaštite mentalnog zdravlja.

Izvjestan broj zemalja u razvoju donio je nacionalne programe koji integrišu mentalno zdravlje sa primarnom zdravstvenom zaštitom.

2. Obezbijediti dovoljno psihotropnih lijekova

Lijekovi za liječenje psihijatrijskih poremećaja i epilepsiju se dijele na četiri grupe: antidepresivi za depresiju; antipsihotici za psihotične simptome; antiepileptici za epilepsiju; i anksiolitici (ili sedativi) za anksioznost. Osnovne psihotropne ljekove treba obezbijediti za sve nivoe zdravstvene zaštite i oni treba da budu uključeni u pozitivnu listu lijekova svake zemlje. Ti lijekovi mogu da ublaže simptome, smanje invalidnost, skrate tok mnogih poremećaja i spriječe njihov recidiv. Oni često predstavljaju prvu liniju liječenja, naročito u situacijama kada nema mogućnosti za pružanje psihosocijalnih intervencija, niti visoko specijalizovanih stručnjaka.

Mali broj lijekova je neophodan za liječenje većine mentalnih poremećaja. Većina tih lijekova su dostupni. Izbor jednog lijeka umjesto drugog u velikoj mjeri zavisi od njihove dostupnosti. Dok neki lijekovi mogu biti skupi, njihova cijena se često kompenzuje smanjenjem potrebe za drugim vrstama zaštite i liječenja. Izvjestan broj zemalja je već uključio osnovne lijekove za zaštitu mentalnog zdravlja u obaveznu listu lijekova za primarnu zdravstvenu zaštitu.

3. Pružiti liječenje u zajednici

Treba obezbijediti službe mentalnog zdravlja u zajednici, umjesto u psihijatrijskim bolnicama i institucijama. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici dovodi do boljeg ishoda liječenja i boljeg kvaliteta života za osobe sa hroničnim mentalnim poremećajima. Liječenje pacijenata u zajednici umjesto u psihijatrijskim bolnicama je jeftinije, omogućuje poštovanje ljudskih prava, ograničava stigmu zbog liječenja i vodi ka pravovremenom liječenju.

Velike psihijatrijske bolnice azilarnog tipa treba zamijeniti službama za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Da bi se to omogućilo, zaštitu treba omogućiti otvaranjem psihijatrijskih odjeljenja u opštim bolnicama i kućnoj njezi, kako bi se zadovoljile sve potrebe mentalno oboljelih osoba. Ovakav prelaz na zaštitu u zajednici zahtijeva da se na nivou lokalne zajednice angažuju zdravstveni radnici i službe za rehabilitaciju, kao i da se obezbijedi pomoć u kriznim situacijama, zaštite kuće i zaposlenje osoba sa mentalnim poremećajima.

4. Obrazovati stanovništvo

U svim zemljama treba pokrenuti kampanje za obrazovanje građana i širenje svijesti o značaju mentalnog zdravlja. Glavni cilj je da se smanje prepreke u liječenju i zaštiti tako što će se proširiti svijest ljudi o učestalosti mentalnih poremećaja, mogućnostima liječenja, procesu oporavka i ljudskim pravima oboljelih osoba. Treba širiti informacije o dostupnosti liječenja i koristi od liječenja, tako da se promjene reakcije opšte populacije, zdravstvenih stručnjaka, medija, zakonodavaca i političara i da one budu zasnovane na dostupnom znanju. Osvješćivanje javnosti može smanjiti stigmu i diskriminaciju, povećati korišćenje službi mentalnog zdravlja, i promijeniti dominantan stav o tome da su mentalno i tjelesno zdravlje dva odvojena, različita entiteta.

5. Uključiti zajednicu, porodice i korisnike

U proces planiranja i razvoja politike, programa i službi mentalnog zdravlja treba uključiti zajednice, porodice i korisnike. To pomaže da se službe prilagode potrebama ljudi uzimajući u obzir njihov uzrast, pol, kulturu i socijalne uslove. Osobe sa mentalnim poremećajima i njihove porodice će onda lakše koristiti takve službe.

Uloga zajednice sastoji se od pružanja samopomoći i uzajamne pomoći, lobiranja za izvođenje promjena u zaštiti mentalnog zdravlja i obezbjeđivanje sredstava, izvođenja edukativnih aktivnosti,

učestvovanja u praćenju i procjeni efekata zaštite i zastupanja u promjenama stavova prema mentalnim poremećajima i redukovanju stigme.

Grupe korisnika su se pokazale kao snažna, glasna i aktivna snaga promjene. Danas postoje mnoga udruženja korisnika koja su uključena u proces zaštite mentalnog zdravlja. Učestvovanje korisnika u organizovanju službi, procjeni standarda liječenja kao i u razvoju i primjeni politike i Zakona o mentalnom zdravlju, pomaže da se poveća odgovornost stručnjaka.

Porodice su često primarne u obezbjeđivanju zaštite. Neophodno je pomoći porodicama da razumiju bolest, steknu vještine zaštite i podrške, ohrabre redovno uzimanje lijekova i prepoznaju rane znake recidiva, što vodi ka boljem oporavku i smanjenju invalidnosti.

Razmjena znanja između zdravstvenih stručnjaka, porodica i korisnika je vitalna za razvoj povjerenja i stvaranje efikasnog terapijskog odnosa. Takva razmjena pomaže porodicama koje njeguju pacijente, omogućujući im da se „pokrenu od pasivne brige ka aktivnoj zaštiti".

6. Uspostaviti nacionalnu politiku, programe i zakonodavstvo

Politika mentalnog zdravlja, programi i zakonodavstvo veoma su za značajni za kontinuiranu akciju. Politika unapređenja mentalnog zdravlja treba da se zasniva na savremenom znanju i vođenju računa o ljudskim pravima. Reforme mentalnog zdravlja treba da čine sastavni deo cjelovite reforme zdravstvenog sistema. Većina zemalja treba da poveća svoje budžete za mentalno zdravlje. Lijekovi za liječenje mentalnih i neuroloških poremećaja uključeni su u listu obaveznih lijekova.

7. Razvijati stručni kadar

Mnoge zemlje treba da povećaju i poboljšaju edukaciju stručnjaka za mentalno zdravlje koji pružaju specijalizovanu zaštitu, kao i zdravstvenih radnika na svim nivoima. Mnoge zemlje u razvoju nemaju dovoljan broj specijalističkih kadrova za službe mentalnog zdravlja. Poslije edukacije te stručnjake treba podržati da ostanu u svojim zemljama na položajima na kojima će njihove vještine biti najbolje iskorišćene. U takvu edukaciju treba uključiti medicinske i nemedicinske stručnjake kao što su psihijatri, klinički psiholozi, psihijatrijske sestre, socijalni radnici i radni terapeuti, koji treba zajedno da rade u obezbjeđivanju cjelovite zaštite i integracije pacijenata u zajednicu.

8. Povezati se sa drugim sektorima

Rat, konflikti, katastrofe, neplanirana urbanizacija, gubitak posla i siromaštvo utiču na mentalno zdravlje i predstavljaju prepreke za ljiečenje. I nezdravstveni sektori kao što su prosvjeta, službe za rad i socijalna pitanja, pravosuđe, značajno utiču na kvalitet života ljudi sa mentalnim poremećajima. Ti sektori treba da se uključe u poboljšanje mentalnog zdravlja zajednice. Treba podstaći i nevladine organizacije da pruže podršku i učestvuju u lokalnim inicijativama.

Važnu ulogu u poboljšanju mentalnog zdravlja ima razvoj politike rada koja obezbjeđuje pozitivno radno okruženje slobodno od diskriminacije, kao i pomoć nezaposlenim osobama. Obrazovna politika treba da pokrije zahtijeve grupa sa specijalnim potrebama. Prioritet treba dati obezbjeđivanju smještaja ljudi sa mentalnim poremećajima unutar zajednice. Pravosuđe treba da spriječi nepravedno zatvaranje ljudi sa mentalnim poremećajima i da u zatvorima omogući liječenje mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

9. Pratiti mentalno zdravlje u zajednici

Treba pratiti mentalno zdravlje u zajednici tako što će se pokazatelji mentalnog zdravlja uključiti u opšte informacije i izvještaje o zdravlju. Ti pokazatelji treba da sadrže broj osoba sa mentalnim poremećajima, kao i kvalitet zaštite koju dobijaju. Poboljšanje informacija o zdravlju i sistema izvještavanja pomaže da se prate trendovi i otkriju promjene. Praćenje je neophodno da bi se odredili prioriteti, procijenile potrebe i efikasnost liječenja mentalnih poremećaja i organizovali preventivni programi.

10. Podržati istraživanja

Neophodno je više istraživanja o biološkim i psihosocijalnim aspektima mentalnog zdravlja, kao i o snabdijevenosti službi za mentalno zdravlje, da bi se bolje razumjeli uzrok, tok i ishod mentalnih poremećaja i razvile efikasnije službe liječenja. Takva istraživanja treba sprovoditi na širem međunarodnom planu, da bi se razumjele varijacije u raznim zajednicama.

3. OPŠTE KARAKTERISTIKE REPUBLIKE

3.1. Socio- demografske karakteristike

U Crnoj Gori , prema popisu iz 2003. godine, ima 672.656 stanovnika. Prema popisu iz 1991. godine broj stanovnika iznosio je 615 035 , što znači da je ukupan broj stanovnika na godišnjem nivou rastao po stopi od 0.82%. Prema projekciji stanovništva za narednih 20 godina predviđa se lagano smanjenje stope rasta , koja bi 2020. godine dostigla nivo rasta od 0,2%.

U ukupnoj strukturi stanovništva gradsko stanovništvo čini 58,2% a seosko 41, 8% sa stalnom tendencijom rasta učešća gradskog i smanjenja učešća seoskog stanovništva. U strukturi stanovništva, prema procjeni, odnos mladih do 14 godina u urbanim i ruralnim naseljima je 25%: 16%., a stanovnika od 65 i više godina 8% : 16%. Prosječna starost stanovnika u urbanim naseljima procjenjuje se oko 34 godine, a oko 39 godina u ruralnim naseljima. Indeks starenja za ukupno stanovništvo procjenjuje se na 56, za urbano stanovništvo 40, i oko 90 za ruralno stanovništvo.

Proces demografske tranzicije koji je u Crnoj Gori počeo kasnije od zemalja zapadne i sjeverne Evrope, ali i nekih republika bivše Jugoslavije, uslovljen je društvenom, ekonomskom i političkom situacijom i posljednjih decenija bio je usporen političkom i ekonomskom krizom i ratnim okruženjem. Natalitet je u stalnom procesu pada u posljednjih sedam decenija, uz kontrolisani fertilitet u brakovima. Bilježi se pad smrtnosti, naročito mortalitet odojčadi, promjene u starosnoj strukturi stanovništva kao posljedica demografskog procesa starenja, promjene u ekonomskoj i socijalnoj strukturi stanovništva. Prema raspoživim podacima nacionalne statistike u 2002. godini stopa nataliteta bila je 12,8; stopa mortaliteta 8,3; a stopa prirodnog priraštaja 4,5.

U Crnoj Gori je tokom 2002. godine zaključeno 3794 brakova – ili 5,7 na 1000 stanovnika, a razvedeno 506 ili 133,4 na 1000 sklopljenih brakova. Posljednjih godina bilježi se lagani pad zaključenih i porast razvedenih brakova.

Pod uticajem demografske tranzicije struktura stanovništva se mijenja sa laganom tendencijom starenja, naročito u ruralnim područjima, a sedam opština na području Republike bilježi negativan priraštaj stanovništva. Učešće lica starih 65 godina i više prelazi 11 procenata ukupnog stanovništva, a prosječna starost stanovništva se procjenjuje preko 35 godina - 34 godine za muškarce i 36,6 godina za žene. Prema ovim podacima populacija se može smatrati starom. U sjevernom, ekonomski nerazvijenom regionu i u pojedinim opštinama, stanje je daleko nepovoljnije od stanja na nivou zemlje.

Polna distribucija populacije po dobnim grupama za 2002. god.

Pismenost stanovništva može se pouzdano ocjenjivati jedino prema podacima posljednjeg popisa 1991. godine stanovništva. Nepismenog stanovništva preko deset godina starosti bilo je 5,9%, nepismenih stanovnika sa 65 godina i više bilo je 33%. Od ukupno nepismenih starih 16,2% su bili muškarci a 83,8% žene, što jasno ukazuje da su stare žene izuzetno ugrožena populacija.

Kada se ima u vidu porast broja mladih obuhvaćenih redovnim školovanjem i umiranje starih nepismenih stanovnika i trend stalnog pada učešća nepismenih u ukupnom stanovništvu od 16,7% u 1971. godini, 9,4% u 1981. godini i 5, 9% u 1991. godini, može se sa sigurnošću reći da je stanje u 2003. godini znatno povoljnije.

Obrazovanjem u osnovnim školama u školskoj 2002/2003. godini bilo je obuhvaćeno 73.319 učenika, od čega 49,6% djevojčica. U osnovnim specijalnim školama nalazilo se 291 učenika.

Srednje redovne škole u istom periodu pohađalo je 31.597 redovnih učenika od čega 50,8% djevojaka. Srednje specijalne škole u istom periodu pohađalo je 128 učenika.

Od ukupno 125.764 djece i mladih (prema procjeni) od 7 do 18 godina života osnovnim i srednjim školama u 2000/2001. godini obuhvaćeno je 107 002 ili 85, 1%. Specijalne škole pohađalo je 419 učenika ili 0,3% od ukupnog broja populacije 7 do 18 godina starosti.

Ukupan broj zaposlenih u Crnoj Gori u 2003. godini iznosio je 111.869. Na evidenciji Zavoda za zapošljavanje Crne Gore u 2003. godini nalazilo se 71.679 lica. Odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, prema zvaničnoj evidenciji, je 1:1,6. Stopa zaposlenosti u periodu 1990. do 2003. godine padala je u prosjeku 2,6% godišnje.

Stopa nezaposlenosti u 2003. godini je bila 22%.

Osnovne karakteristike nezaposlenosti u Crnoj Gori su: nepovoljan odnos broja zaposlenih i nezaposlenih, nepovoljan položaj žena u mogućnosti zapošljavanja, dugo čekanje na zaposlenje, neusklađenost mogućnosti zapošljavanja po regionima, visoko učešće “rada na crno” o kojem ne postoje validni podaci i visoko učešće tzv. tehno-ekonomskih viškova.

U 2003. godini u javnim ustanovama za zbrinjavanje djece i omladine ometene u psiho-fizičkom razvoju bilo je smješteno 340 štićenika. U javnim ustanovama za smještaj djece

lišene roditeljskog staranja bilo je smješteno 134 štićenika,dok je u javnim ustanovama za vaspitno zapuštenu djecu i omladinu bilo ih smješteno 26. U aprilu 2003. godine 13.155 djece iz porodica korisnika MOP-a (materijalnog obezbjeđenja porodica) koristilo je dječiji dodatak.

Neraspolaganje oficijelnim podacima o broju djece na ulici, beskućnicima i slučajevima trgovine djecom, ne znači da ih nema već da je ovaj segment teško pratiti i evaluirati.

Trgovina ženama, pojava koja je prisutna u bližem okruženju, nije zaobišla ni Crnu Goru. Oficijelni podaci o rasprostranjenosti i broju slučajeva nijesu dostupni, ali je primjetan kritičan i aktivan odnos državne politike prema ovom problemu.

Prostitucija je problem koji se počeo iznositi u javnosti, ali nema dostupnih oficijelnih podataka o broju osoba koje se tim bave niti drugih podataka koji bi ukazivali na obim pojave.

Populacija u zatvorima po raznim osnovama u Crnoj Gori, prema podacima Ministarstva pravde, kreće se oko 450 lica. Tokom 2001. godine je osuđeno za krivična djela 2004 punoljetna lica, od čega 8,1% žena i 101 maloljetno lice, od čega 3,0% žena.

Prema podacima Komesarijata za raseljena lica od septembra 2003.g. u Crnoj Gori živi 31.288 raseljenih i izbjeglih lica, što čini oko 4,65% od ukupnog broja domicilne populacije. U Podgorici je smješteno oko 30% od njihovog ukupnog broja.

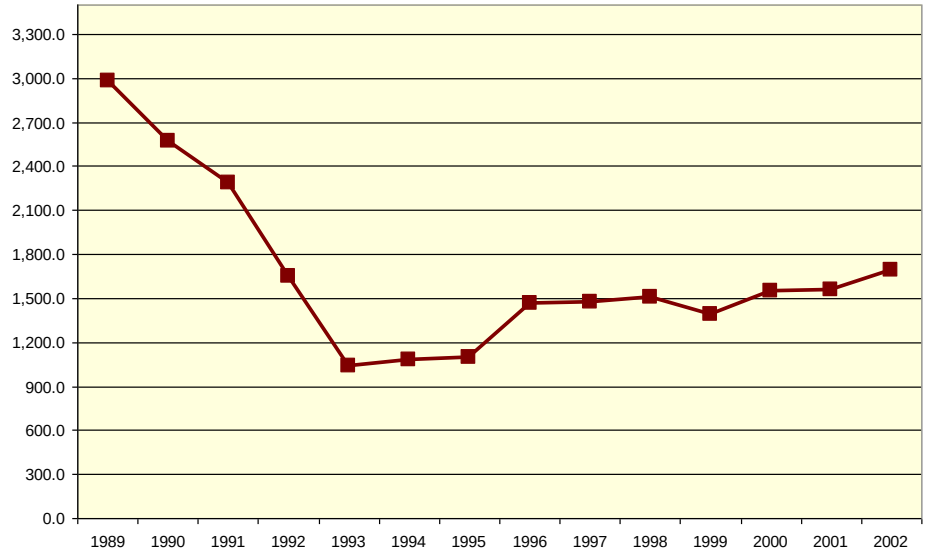
U Crnoj Gori prema popisu stanovništva iz 2003. godine u strukturi ukupnog stanovništva Crnogorci čine 40,64%, Srba je 30,01%, Albanaca 7,09%, Muslimana 4,27%. Romi su, prema podacima dobijenim popisom, ušestvovali u strukturi stanovništva sa 0,43%. Prema istraživanju Romskog centra za strategiju, razvoj i demokratiju iz Podgorice utvrđeno je da u Crnoj Gori živi 20 470 lica etničke zajednice Roma i njihovo ušešće u ukupnoj populaciji je oko 3%. Njihove karakteristike su visok natalitet, nizak procenat djece koja pohađaju školu i nepismenost kod oko 76% stanovnika. Osnovnu školu pohađa 840 romske djece, u srednje škole je upisano 35 učenika a na fakultete 7 studenata.

3.2. Ekonomske karakteristike zemlje

Relativno i apsolutno zaostajanje Crne Gore u odnosu na druge krajeve u bivšoj SFRJ, naslijeđeno kao svojevrstan razvojni problem u SRJ, danas, u državnoj zajednici SCG. Za preindustrijalizovanu i "tešku" privrednu strukturu Crne Gore, sa ostvarenih 2.300 $ per capita krajem 80-tih godina, brojne negativne okolnosti koje su obilježile tranzicionu recesiiju 90-tih[1]), izuzetno nepovoljno su uticale na ukupne razvojne performanse privrede, smanjujući mogućnosti

[1]) Posledice raspada SFRJ, građanski rat na dijelu teritorije bivše SFRJ, međunarodna ekonomska izolacija, hiperinflacija, eskalacija krize na Kosovu I NATO agresija, ogromni broj izbjeglica i raseljenih lica, otežan platni i robni promet između Srbije i Crne Gore nakon uvođenja DM kao sredstva plaćanja (danas Eura), i konačno, nefunkcionalna državna zajednica, predstavljali su I predstavljaju ograničenja dinamičnim planiranim ekonomskim reformama.

za dinamičniji regionalni razvoj koji bi smanjio regionalne disproporcije na uzlaznoj putanji rasta. Kretanje BDP možemo pratiti na slijedecem dijagramu:



Crna Gora, kao i sve zemlje u tranziciji, osjetila je razorne posljedice tranzicione recesije: u obimu ukupne privredne aktivnosti i realizovane proizvodnje, visokoj nezaposlenosti, smanjenju zaposlenosti, razornim dejstvima inflacije i pogoršanju strukture i obima ukupnog uvoza i izvoza, tj. negativnom spoljnotrgovinskom bilansu (problemi u pogledu eksterne likvidnosti, tekućeg plaćanja uvoza, što se posebno odražava na snabdijevanje energentima). BDP u 2003.godini kretao se na nivou od 1.375 mil Eura (BDP/pc 1.909 Eura).

Prosječna neto zarada u 2003. godini bila je 173,89 Eura

Ukupni ino-dug Republike Crne Gore, na 31.12.2003, je iznosio 438,8 miliona eura i predstavlja oko 32% ostvarenog BDP-a u 2003. godini ili 42% BDP-a ukoliko se uključi stara devizna štednja koja je takođe obaveza države.

U periodu 1990-2001 uvoz je gotovo dupliran (po strukturi ga čine: proizvodi za reprodukciju 52% (polovinu čine derivati nafte, zatim ugljene elektrode, naftni koks, kaustična soda, cement, komutacioni aparati za telefone, predajnici za radio i telefoniju i dr.), sredstva za investicije čine 17%, a ostalo su sredstva za široku potrošnju -31%), dok je izvoz manji za čak 65%. Pokrivenost uvoza izvozom u 2002 bila je svega 28,6% .Uvozna zavisnost u 2002.godini (udio uvoza u DP) je 48,2%, a otvorenost privrede (udio uvoza i izvoza u DP) je 62%..

Pored negativnog spoljno trgovinskog bilansa postoje i ostali dugovi i deficiti za koje se ne mogu iznijeti validni podaci. To su prvenstveno dugovi prema inostranstvu koji dospijevaju za plaćanje, akumulirani i tekući gubici u privredi, unutrašnji dugovi između preduzeća, dugovi između preduzeća i banke, dugovi između preduzeća i države, dugovi između države i stanovništva, dugovi stanovništva prema javnim preduzećima, budžetski dugovi i sl.

Podaci o ekonomskoj pomoći u sveobuhvatnom i validnom obliku nijesu predstavljeni dostupnom zvaničnom statistikom. Mogu se naći samo parcijalni, nepouzdani podaci, te ih nije moguće predstaviti.

Zdravstvena djelatnost u Crnoj Gori zasniva se na modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja. Doprinosi u visini od 15% bruto zarada zaposlenih, uplaćuju se preko institucije obaveznog zdravstvenog osiguranja Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, i glavni su izvor finansiranja zdravstvene zaštite. Fond penzijsko-invalidskog osiguranja finansira zdravstvenu zaštitu penzionera, a Zavod za zapošljavanje RCG plaća doprinose za nezaposlene. Dodatni izvor finansiranja je Državni budžet i lično učešće osiguranika.

Rashodi za zdravstvenu zaštitu stanovnika na nivou Republike u 2001. godini iznose 224 DM per capita.

Usvajanjem Strategije razvoja zdravstva definisani su osnovni ciljevi razvoja. U okviru budžeta potrošnje za zdravstvenu zaštitu nije do sada utvrđena proporcija za finansiranje zaštite mentalnog zdravlja. U okviru intenzivnih društvenih promjena koje su u toku, započeta je reforma sistema zdravstvene zaštite u kojoj preventivna i primarna zdravstvena zaštita imaju prioritet. Na principima jednake dostupnosti, solidarnosti, optimalnog kvaliteta i cost efektivnosti izradiće se sistem raspodjele sredstava po nivoima zdravstvene zaštite i po geografskim lokacijama.To će olakšati pristup svima, posebno osjetljivim kategorijama stanovništva, sa posebnim naglaskom na zaštitu mentalnog zdravlja.

U okviru finansijskog planiranja zdravstvene zaštite, do sada,nije uključen privatni sektor koji je bio uglavnom van sistemskog nadzora. Zato što još uvijek nije integrisan u zdravstveni sistem, ne postoje ugovori sa privatnim sektorom (osim pojedinačnih izuzetaka i to u odredjenim i deficitarnim oblastima zdrastvenih usluga).

3.3. Siromaštvo

Profil siromaštva jedne zemlje najčešće se vezuje za pojam nedovoljnosti prihoda za nabavku minimalne korpe roba i usluga za osnovne potrebe. Danas, medjutim, prepoznatljivo je da se siromaštvo manifestuje na razne načine, medju kojima su**:** nedostatak prihoda i sredstava neophodnih da se osigura održiva egzistencija; glad i neuhranjenost; slabo zdravlje, ograničena ili nikakva dostupnost obrazovanju i ostalim bazičnim uslugama; nedostatak energije i narušen kvalitet životne sredine; povećana smrtnost, uključujući smrtnost od bolesti; beskućništvo i neadekvatni stambeni uslovi; nesigurno okruženje, društvena diskriminacija i izolacija. Neučestvovanje u odlučivanju i u gradjanskom, društvenom i kulturnom životu zajednice, takodje su bitne karakteristike negacije ljudskih prava. Multidimenzionalnost siromaštva kao pojave omogućava nam da o njemu razmišljamo kao o stanju koje karakterišu trajna ili hronična uskraćenost resursa, sposobnosti, mogućnosti izbora, sigurnosti i moći koji su potrebni za adekvatan životni standard i ostvarenje drugih gradjanskih, ekonomskih, političkih, kulturnih i socijalnih prava.

Nepovoljan socijalni milje u Crnoj Gori ugrožava zdravlje stanovništva, uključujući i mentalno zdravlje. Društveno-ekonomska i politička kriza, ratno okruženje, nepovoljna migraciona kretanja, doseljavanje relativno velikog broja izbjeglih i raseljenih lica i iseljavanje najobrazovanijeg sloja radno sposobnih mladih ljudi doprinosi opštem siromaštvu.

Životni standard stanovništva ugrožen je padom ekonomske efektivnosti i održavanjem formalne zaposlenosti, što je doprinijelo padu realnih zarada, penzija, socijalnih davanja i ostalih primanja stanovnika. Padom realnih primanja ugrožen je društveni standard (zdravstvo, obrazovanje,

stanovanje, kultura) kao i lični standard građana. Pogoršana je ishrana, higijenski uslovi života, snabdijevanje lijekovima, zdravstvena zaštita i sl. Najugroženije su najosjetljivije kategorije stanovništva: stari, djeca, invalidi, bolesni i nezaposleni. Stanje pogoršava i relativno veliki broj izbjeglih lica, za koja je sve teže obezbijediti humanitarnu pomoć. Tranzicionu recesiju prati i pogoršanje socijalne sigurnosti i bezbjednosti građana, što se može pratiti kroz prisustvo krivičnih djela. Visok obim sive ekonomije u pojedinim godinama tranzicione recesije kretao se prema procjenama i preko 50%.

Prema istraživanjima WB I ISSP iz juna 2003. koji su dati u PRSP dokumentu, **12,2% stanovnika Crne Gore siromašno**. Apsolutna linija siromaštva je definisana kao ukupna potrošnja ispod troškova minimalne potrošačke korpe za standardno domaćinstvo (116,2 Eura po potrošačkoj jedinici) a linija ekonomski ugroženog stanovništva je postavljana 50% iznad linije siromastva(174,3 Eura). Procjene siromaštva su osjetljive na liniju siromaštva: **više od jedne trećine stanovništva je klasifikovano kao ekonomski ugroženo** ili materijalno nedovoljno obezbijeđeno, jer žive ispod nivoa od 150% linije siromaštva. Najugroženiji su stanovnici sjevera Crne Gore koji ima liniju siroma[tva 19,3% i gdje živi 45% siromašnih. odnosno 53% siromašnog domicilnog stanovništva, 9,7% Roma, 10,4% izbjeglica i 51,6% raseljenih lica. U centralnom dijelu Crne Gore gdje je linija siroma[tva 10,8%, živi oko 35% siromašnih - 31% domicilnih, čak 52,3% Roma i 51,1% izbjeglica, kao i 36,6% raseljenih lica. U Južnom dijelu Crne Gore, gdje je linija siroma[tva oko 8,8%, živi oko 19% siromašnih – 16% domicilnih, 38% Roma, 38,5% izbjeglica i 11,8% raseljenih lica. Kod 17,2% stanovnika prisutno je siromaštvo u pogledu obrazovanja, kod 6,1% zdravstveno siromaštvo, 17,4% siromaštvo u pogledu zaposlenosti, 18,6% u pogledu uslova stanovanja.

Život na osiromašenom selu, starost, nepismenost, niske penzije, nezaposlenost, beskućništvo, alkoholizam i zloupotreba psihoaktivnih supstanci, nasilje u porodici nad ženama i djecom, su neki od faktora koji udruženi sa faktorom siromaštva, ugrožavaju mentalno zdravlje različitih kategorija stanovništva.

Ne postoje validni podaci o stopi prevalence mentalnih oboljenja, naročito ne u odnosu na faktor siromaštva ,kao i suprotno: koliko faktor siromaštvo ugrožava mentalno zdravlje, a ni koliko populacija sa mentalnim oboljenjima, nije radno aktivna tj. učestvuje u povećavanju siromaštva.

Strategija razvoja i smanjenja siromaštva PRSP, predstavlja prioritetan dokument Vlade RCG, u kojoj je Projekat zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti, važan parametar očuvanja i unapređenja zdravlja osjetljivih populacionih grupa.

Realizacija ciljeva utvrđenih PRSP za oblast zdravstva će se pratiti kroz indikatore incidence i prevalence mentalnih bolesti, zaštite prava i zaštite mentalnih bolesnika u zajednici, opterećenosti psihijatara.

4. SVIJEST O MENTALNOM ZDRAVLJU

Svijest o mentalnom zdravlju stanovnika jedne zajednice može se mjeriti kroz aktuelnu politiku mentalnog zdravlja, kao i činjenicu koliko je ona zastupljena u globalnoj zdrastvenoj politici zemlje. Zvanično do sada nije postojala politika zaštite mentalnog zdravlja, kao i nacionalni program za njegovo unapređenje.

Ovim dokumentom se razrađuju ciljevi opšte zdravstvene politike i čine prvi koraci da se izradom I usvajanjem nacionalne strategije zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja integriše u već usvojena dokumenta Vlade Republike Crne Gore.

Situaciju otežavaju ograničeni finansijski i ljudski resursi, ali i veoma prisutne predrasude i diskriminacija mentalnih bolesnika, jer je duševna bolest tabu tema.

Mentalni bolesnici se najčešće liječe u neuslovnim institucijama ili se dugotrajno smještaju u duševnim bolnicama, gdje neki ostaju do kraja života. Kroz ovakav način zbrinjavanja vidi se i odnos neposrednog porodičnog okruženja, koji bi trebao da bude podrška u procesu tretmana i rehabilitacije. Takođe i načini zdravstvenog zbrinjavanja ne bi trebali da potkrepljuju stigmatizaciju i diskriminaciju mentalnih bolesnika kroz njihovu institucionalnu izolaciju (azili) i uskraćivanje njihovih osnovnih ljudskih prava.

U lokalnoj zajednici i na globalnom nivou nema debata, kampanja i drugih oblika destigmatizacije i iskorjenjivanja predrasuda o mentalnim bolesnicima. Istraživanja na osnovu kojih bi se moglo validno procjenjivati o rasprostranjenosti pojedinih duševnih oboljenja, zavisnosti, alkoholizma, nasilja u porodici prema ženama i djeci su sporadična, često metodološki koncipirana tako da se ne mogu izvesti pouzdani i generalni zaključci.

4.1. Finansiranje u oblasti zaštite mentalnog zdravlja

Najveći objekat za liječenje psihijatrijskih bolesnika je Specijalna psihijatrijska bolnica u Dobroti i ona se finansira na sljedeći način:

Finansiranje Specijalne bolnice za liječenje mentalnih bolesti Dobrota

- prihodi od Fonda zdravstva -74,08%,
- prihodi od participacija - 0,08%,
- prihodi od fondova iz Srbije – 24,84%
-

Ostali javni zdravstveni objekti za liječenje mentalnih bolesti su finansirani od Fonda zdravstva.

Privatni sektor ne ulazi u strukturu Fonda zdravstva po obimu i kvalitetu usluga, prihodima i rashodima.

4.2. Kapaciteti za liječenje mentalnih bolesti

Liječenje oboljelih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, kao obavezan vid zdravstvene zaštite, obavlja se u javnim zdravstvenim ustanovama Crne Gore. Vanbolnička zaštita obavlja se u savjetovalištima, centrima za mentalno zdravlje koji su u osnivanju ili su nepotpuni, psihijatrijskim ambulantama, u okviru domova zdravlja i privatnoj psihijatrijskoj praksi.

Jedinice stacionarnog liječenja (Specijalna psihijatrijska bolnica, Psihijatrijska klinika, Psihijatrijska bolnica, Psihijatrijsko odjeljenje) psihijatrijskih bolesnika nalaze se u :

- Specijalnoj bolnica za liječenje psihijatrijskih bolesnika Dobrota koja ima ukupno 252 kreveta
- Kliničkom centru Crne Gore Podgorica - Psihijatrijska klinika sa 40 kreveta
- Opštoj bolnici Nikšić - Psihijatrijska bolnica sa 30 kreveta

UKUPNO----------323 kreveta

Navedeni podaci su dobijeni istraživanjem, pri čemu su direktno iz bolničkih službi dobijeni podaci, a istraživanje je rađeno u toku 2003. godine.

4.2.1. Pokazatelji opterećenosti kadra u jedinicama za liječenje mentalnih bolesti

Prema dobijenim podacima, na 100.000 stanovnika Crne Gore obezbijeđeno je 1,66 specijalista psihijatrije, specijalista neuropsihijatrije 4,7, psihologa 1,5, specijalista medicinske psihologije 0,6, socijalnih radnika 1,05 i defektologa 0,3.

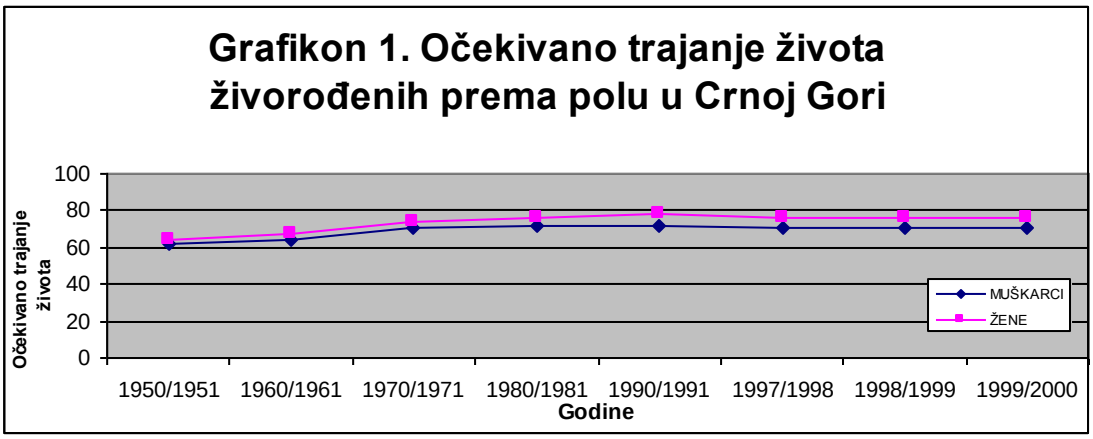
Kadrovski normativi, kao utvrđeni standard u ovoj oblasti zdravstvene zaštite iznose: u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predviđaju da na 15 000 stanovnika u timu za zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja bude 1 ljekar specijalista, 1 medicinska sestra, 0,30 kliničkih psihologa (ili 1 klinički psiholog na 50 000 stanovnika) i 0,25 socijalnih radnika (ili 1 socijalni radnik na 60 000 stanovnika).

Podaci o postojećem kadru ukazuju da je opterećenost specijalista psihijatara značajno iznad predviđenih nomativa.

5. ZDRAVLJE / MENTALNO ZDRAVLJE

5.1. Očekivano trajanje života po rođenju

Očekivano trajanje života po rođenju, izračunato iz postojećih uzrasno specifičnih stopa mortaliteta (skraćene aproksimativne tablice mortaliteta), je sveobuhvatan pokazatelj zdravstvenog stanja stanovništva.



Ovaj indikator predstavlja prosječan broj godina koliko se očekuje da će doživjeti novorođenče određenog pola ukoliko nastave da se održavaju postojeće stope mortaliteta.

U periodu 1999./2000. godina očekivano trajanje života po rođenju, za Crnu Goru iznosilo je za žene 76,27, a za muškarce 71,05 godina. Od 1950./1951. godine zapaža se tendencija rasta (Grafikon 1).

5.2. Vodeći uzroci smrti

Rang lista osnovnih uzroka umiranja stanovništva Crne Gore nije se izmjenila posljednjih deset godina .

Navedene grupe oboljenja su u strukturi mortaliteta učestvovale sa preko 90%, dok bolesti sistema krvotoka i maligne bolesti zajedno predstavljaju više od dvije trećine uzroka umiranja osoba starijih od 65 godina u Crnoj Gori.

Dominacija učešća kardiovaskularnih i malignih oboljenja u strukturi mortaliteta odslikava zastupljenost rizičnog ponašanje u populaciji, kao što je pušenje, alkoholizam, nepravilna ishrana, nedovoljna fizička aktivnost, ali i dejstvo faktora rizika iz okruženja (zagađen vazduh, hrana i voda). Nedovoljno definisana stanja na trećem mjestu ove rang liste posljedica su nepouzdane prijave uzroka smrti na teritoriji Crne Gore. Povrede, trovanja i posljedice spoljnih faktora ukazuju na neodgovarajuću zaštitu na radnom mjestu, u kući, na ulici.

Vrijednosti pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore su u granicama vrijednosti istih pokazatelja u zemljama Jugoistočne Evrope.

Tabela 1. Prikaz vodećih uzroka smrti stanovništva Crne Gore u 2001. godini

Grupe oboljenja	**Broj umrlih**	**% učešća u strukturi umrlih**	**Stopa mortaliteta**
Bolesti sistema krvotoka	2872	52,88%	4,34
Tumori	896	16,49%	1,35
Simptomi, znaci i nenormalni klinički i labaratorijski nalazi	629	11,58%	0,95
Povrede, trovanja i posljedice djelovanja spoljnih faktora	297	5,47%	0,45
Bolesti disajnih organa	266	4,90%	0,40

5.3. Izračunavanje prijevremenog umiranja

Izračunavanje broja izgubljenih godina mogućeg života za osobe mlađe od 75 godina (približna vrijednost očekivanog trajanja života po rođenju u Crnoj Gori) olakšava proces formiranja prioritetne liste oboljenja od strane zdravstvenih vlasti za preventivno djelovanje. U prosjeku sve umrle osobe u Crnoj Gori izgubile su po 10,15 godina mogućeg života. Najznačajniji uzroci prijevremene smrtnosti su bolesti krvotoka 31,28% od ukupnog broja izgubljenih godina života za sve umrle, zatim tumori 19,00% izgubljenih godina života i povrede i trovanja 9,67%. Svi ostali uzroci smrti prouzrokovali su 40% izgubljenih godina života.

Prosječna starost umrlih u 2001.godini iznosila je 67,90 i to za muškarce 64,74 i za žene 71,22 godina.

5.4. Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja

5.4.1. Alkoholizam

Problem neumjerenog konzumiranja alkohola naročito je istaknut kod mladih ljudi oba pola, sa intenzivnijim rastom kod djevojaka. Prema najnovijim raspoloživim podacima alkohol konzumira stalno ili povremeno 55% mladih od 15 do 30 godina. Nekoliko puta godišnje se napije 11% mladih od 12 do 18 godina, 60% mladića I 14% djevojaka od 19-30 godina. Zabrinjavajuće je što 4,3% mladih od 12 do 18 godina života već pokazuje znakove zavisnosti od alkohola.

U Crnoj Gori tokom 2001. bolničkim institucijama od poremećaja uzrokovanih upotrebom alkohola (F10 po MKB-10) je liječeno 240 muškaraca tokom 6212 bolnička dana i 25 žena tokom 1354 bolesnička dana (u Podgorici 30/476 muškarci i 3/34 žene).

5.4.2. Morbiditet nastao usljed upotrebe psihoaktivnih suspstanci

U toku 2001. godine u Crnoj Gori registrovano je 69 slučajeva trovanja psihoaktivnim supstancijama u vanbolničkom, a 7 u bolničkom morbiditetu. Određeni izvedeni pokazatelji ukazuju na porast broja zavisnika, od PASa sa tendencijom snižavanja uzrasne granice.

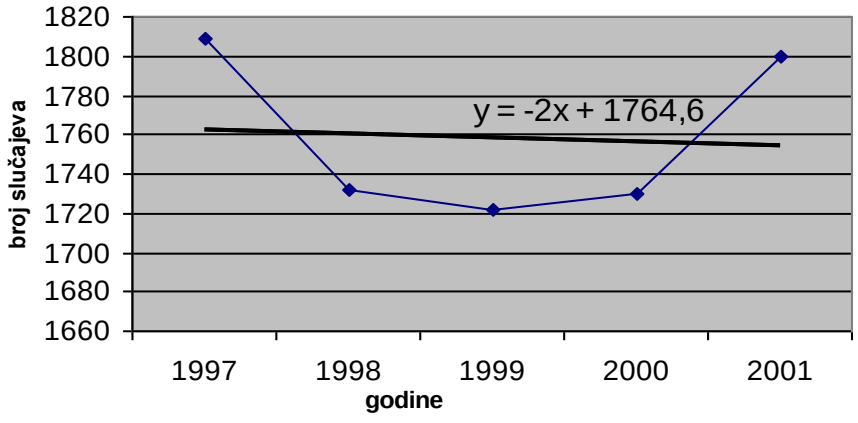
5.5. Morbiditet duševnih poremećaja u bolničkim ustanovama

Pored navedenih, u toku 2001. godine zabilježene su sljedeće stope duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja:

U bolničkim službama Crne Gore registrovano je ukupno 1800 slučajeva duševnih poremećaja i poremćaja ponašanja, a stopa morbiditeta iznosila je 2692,2 na 100 000 stanovnika Crne Gore. Najzastupljenije oboljenje u ovoj grupi bila je šizofrenija, šiziopatski poremećaji, sumanuti poremećaji, koji su u opštoj strukturi svih duševnih poremećaja učestvovali sa 45,9%. Zatim poremećaji raspoloženja sa učešćem od 16,1% i potom na trećem mjestu, duševni poremećaji uzrokovani alkoholom 14,7%. Odmah za njima slijede duševni poremećaji izazvani drogom. Od ukupnog broja liječenih u bolnicama muškaraca je bilo 61,2%. Najviše oboljelih bilo je u starosnoj grupi od 40 do 49 godina (27,3%), zatim od 30 do 39 godina (22,1%), potom od 20 do 29 godina (18,2%) i od 50 do 59 godina (17,9%), što ukazuje da je najveći broj hospitalizovanih bolesnika, usljed duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, bio radno sposoban (preko 80%).

Trend kretanja duševnih poremećaja u periodu od 1997. do 2003. godine ukazuje da nema statistički značajnih promjena u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u stacionarnim ustanovama Crne Gore za navedeni period, što se može vidjeti iz prikazanog grafikona 2.

Grafikon 2.Tendencija duševnih poremećaja i poremećaja raspoloženja od 1997. do 2001. godine



Ukupan broj ostvarenih bolesničkih dana pri liječenju mentalnih bolesti iznosio je 58028 ili prosječno, po jednom oboljenju, 32,2 dana. Ovo ukazuje da je dužina hospitalizacije kod ovih bolesti jako duga. Najduže su liječene šizofrenije i šiziopatski i sumanuti poremećaji, u prosjeku 41,7 dana. Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom prosječno su liječeni 28,5 dana, poremećaji raspoloženja 27,5 dana, dok su duševni poremećaji izazvani drogom i neurotski poremećaji liječeni

u prosjeku 13,2 dana. U odnosu na sva ostala oboljenja koja se liječe stacionarno, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja imaju najveću dužinu hospitalizacije.

Zauzetost postelja namijenjenih za liječenje duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja iznosila je 122,7 dana u toku godine, što ukazuje da su postelje bile slobodne relativno dug vremenski period. Broj postelja dobijen na osnovu izvještaja iz službi za stacionarno liječenje ove grupe bolesti ukazuje da je zauzetost iznosila 155,6 dana u toku 2001. godine.

5.6. Morbiditet duševnih poremećaja u vanbolničkim ustanovama

U vanbolničkim službama registrovano je ukupno 9739 slučajeva duševnih poremećaja sa stopom morbiditeta 1456,7 na 100 hiljada stanovnika Crne Gore.

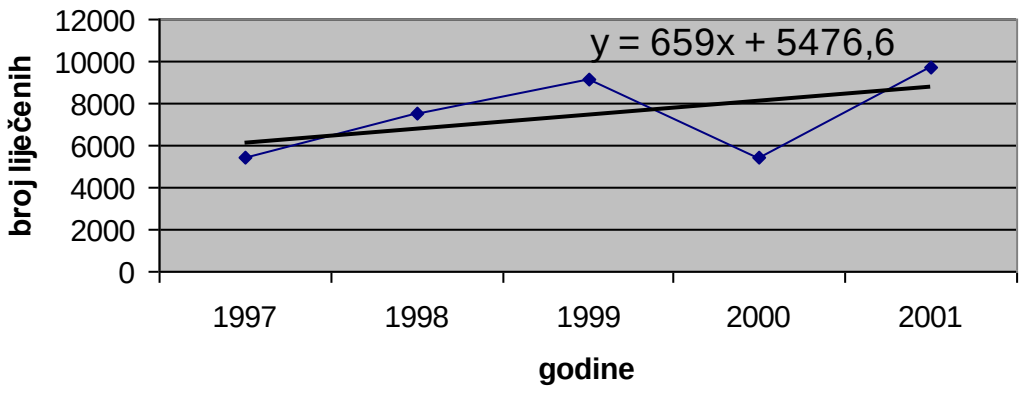
Najzastupljenija oboljenja iz ove grupe bili su neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji sa stopom morbiditeta od 542,6. Zatim slijede šizofrenija**,** šiziopatski poremećaji, sumanuti poremećaji (stopa morbiditeta 399,0) i na trećem mjestu poremećaji raspoloženja sa stopom morbiditeta 288,4. Najveći broj registrovanih slučajeva duševnih poremećaja i poremećaja raspoloženja bio je u službi opšte medicine 63,1%, a potom u službi medicine rada 32%. U službi za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske djece liječeno je 463 djece i najzastupljenije oboljenje bili su drugi duševni poremećaji i poremećaji ponašanja.

Promjene u broju liječenih od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja od 1997. do 2003. godine prikazani su na grafikonu 2.

Na prikazanom grafikonu zapaža se izražena tendencija povećanja broja liječenih pacijenata od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u jedinicama primarne zdravstvene zaštite, sa kritičnim periodom u 2000. godini. Tada je broj liječenih bio značajno manji u odnosu na predhodni period, kao i godinu koja je slijedila iza, odnosno 2001. godinu.

Podaci su dobijeni iz registrovanog bolničkog morbiditeta

Grafikon 3. Tendencija duševnih poremećaja u vanbolničkom morbiditetu od 1997. do 2003. godine



U tabeli 2. prikazan je ukupni morbiditet od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u Crnoj Gori (zajedno vanbolnički i bolnički), kao i po strukturi najzastupljenijih oboljenja iz ove grupe. Osim toga, prikazane su i stope morbiditeta, procentualno učešće duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u ukupnom morbiditetu Crne Gore, kao i procentualno učešće pojedinih komponeti ove grupe oboljenja u strukturi same grupe.

Tabela 2. Ukupni morbiditet (vanbolnički i bolnički) u Crnoj Gori od duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja za 2001. godinu

OBOLJENJE	BROJ SLUČAJEVA	STOPA MORBIDITETA	UČEŠĆE
DUŠEVNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	11539	1725,9	18,8%
Neurotski, stresog. poremećaji	3730	557,9	32,3%*
Šizofrenija	3494	522,6	30,3%*
Poremećaji raspoloženja	2217	331,6	19,2%*

5.7. Mortalitet

U toku 2001. godine samoubistvo je bilo uzrok smrti kod 142 osobe (stopa mortaliteta uzrokovana samoubistvom iznosila je 21,2 umrlih na 100 000 stanovnika Crne Gore). U 2002. godini je došlo do značajnog povećanja broja lica koja su izvršila samoubistvo (i zato ga predstavljamo) registrovano je ukupno 196 samoubistava (stopa mortaliteta 29,3).

Usljed nesrećnih slučajeva umrlo je 123 lica u 2001. godini (stopa mortaliteta 18,4).

Registrovano je ukupno 46 slučajeva smrti koje imaju za uzrok psihijatrijska oboljenja.

Ne potoje posebne evidencije registrovanja slučajeva umiranja, kao posljedica epilepsije.

Umrli zbog bolesti jetre su registrovani samo kroz evidenciju liječenih u bolnicama Crne Gore i ima ih ukupno 28, pri čemu nisu posebno definisani pojedinačni uzroci oboljenja.

Ukupno su zabilježena tri slučaja umiranja usljed trovanja.

Umiranje usljed samoubistava, nesrećnih slučajeva, zadesnih trovanja, oboljenja jetre u ukupnoj strukturi umrlih učestvovalo je sa 4,5%. Istovremeno je učešće umrlih od kardiovaskularnih bolesti (koji su vodeći uzroci smrti u Crnoj Gori) iznosilo 52,9%, a od kancera 16,5%.

Učešće umrlih usljed simptoma, znakova i patoloških kliničkih i labaratorijskih nalaza iznosilo je 12,5%, a stopa mortaliteta iznosila je 101,9 na 100 000 stanovnika.

5.8. Prednosti / nedostaci postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja

Prednosti postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori su:

- **Relativno laka dostupnost profesionalne pomoći svim kategorijama mentalno oboljelih u mjestima gdje takve institucije postoje.**

Mane postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori su:

- Nedostatak kadra
- Nedovoljna edukovanost kadra
- Nepostojanje kontinuiranog obrazovanja iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja, kako specijalista / psihijatara, tako i ljekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i srednjeg medicinskog kadra
- Nedovoljna saradnja sa službama primarne zdravstvene zaštite
- Loši uslovi u službama za zbrinjavanje duševnih bolesnika
- Nepostojanje specijalizovanih savjetovališta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- Nedostatak istraživačke djelatnosti
- Nepostojanje jedinstvene baze podataka za praćenje pacijenata i medikacije
- Nedostaju službe za zbrinjavanje pojedinih vulnerabilnih kategorija (djeca, adolescenti, stari...),kao i specijalizovane dijagnostike i zbrinjavanje (forenzički slučajevi) .
- Neusklađenost legislative u oblasti mentalnog zdravlja sa evropskim standardima za zaštitu ljudskih prava i prava mentalno oboljelih
- Neujednačenost institucionalne i kadrovske pokrivenosti područja na nivou RCG
- Nedovoljna saradnja sa ustanovama socijalnog staranja
- Aziliranje hroničnih duševnih bolesnika,osoba sa mentalnom retardacijom u ustanove socijalne zaštite bez adekvatnog zdravstvenog nadzora

Do ovih pokazatelja došlo se na osnovu terenskog ispitivanja koje je obavljeno u septembru 2003. godine na cijeloj teritoriji Crne Gore i koje je obuhvatilo kompletnu infrastrukturu primarne zaštite, hospitalne zaštite i institucija mentalnog zdravlja.

6. REFORMA MENTALNOG ZDRAVLJA

6.1. Vizija politike mentalnog zdravlja

Vizija politike mentalnog zdravlja je da poboljša i zaštiti mentalno zdravlje stanovništva, da bude u skladu sa zahtjevima i očekivanjima korisnika usluga i da pruži sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite baziran na principima zaštite u zajednici, koji je nediskriminatoran i zasnovan na naučnim saznanjima o mentalnom zdravlju na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore.

Ova politika definiše standarde i aktivnosti u državnim i privatnim službama za mentalno zdravlje.

Kao i svaka politka za strateške oblasti i politika mentalnog zdravlja predstavalja set definisanih vrijednosti, principa i ciljeva koje treba sprovesti da bi se unaprijedilo mentalno zdravlje i da bi se smanjila incidencija mentalnih poremećaja među stanovništvom Crne Gore.

Izrada i realizacija politike mentalnog zdravlja uključiće sve one aspekte na koje se politika dirktno ili indirektno odnosi:

- Korisnici, njihova udruženja i njihove porodice
- Pružaoci usluga primarne medicinske zaštite i specijalizovane zaštite mentalnog zdravlja, kako državne tako i privatne institucije, kao i njihova udruženja
- Vladine agencije i ministarstva (zdravlja, socijalnog staranja, obrazovanja, unutrašnjih poslova, zapošljavanja), kao predstavnike lokalne samouprave
- Akademske institucije
- Nevladin sektor, posebno one NVO koje su uključene u humanitarni rad, socijalnu zaštitu i zaštitu mentalnog zdravlja

Reforma zdravstvenog sistema Crne Gore predstavlja složeni proces koji obuhvata sve segmente zdravstvenog sistema, a mentalno zdravlje je dio ukupnih promjena čiji se efekti mogu cijeniti nakon realizacije aktivnosti utvrđenih ovom strategijom. Sadašnji kapaciteti službi za zaštitu mentalnog zdravlja koncipirani su prije dvije decenije i nijesu se značajnije mijenjali do danas iako je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju utvrđen dispanzer za mentalno zdravlje, kao obavezan sadržaj doma zdravlja. U pojedinim opštinama postoje domovi zdravlja sa psihijatrijskim ambulantama, a rijetki su dispanzeri koji imaju savjetovališta za pojedine oblasti mentalne zaštite, dnevne bolnice koje ne funkcionišu, a ne postoje « kuće na pola puta». Zbrinjavanje forenzičkih slučajeva obavlja se u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru, jer nema odgovarajuće institucije, dok dječije psihijatrijsko odjeljenje ne postoji, kao posebna organizaciona jedinica unutar zdravstvenih ustanova.

Strategija zaštite i unapredjenja mentalnog zdravlja proizilazi od kritičke analize postojećeg stanja i vodi računa o savremenoj strategiji zaštite i unapredjenja zdravlja. To je rad u društvenoj zajednici, uz angažovanje svih njenih ne samo zdravstvenih, već i svih ostalih formalnih i neformalnih resursa. Ostali osnovni principi su razvijanje i

sprovodjenje mjera i aktivnosti i primarne i sekundarne i tercijalne prevencije u zaštiti mentalnog zdravlja, uz striktnu podjelu, ali i povezivanje zadataka i odgovornosti subjekata. Posebnu važnost u sprovođenju strategije ima aktivnost na permanentnoj edukaciji i osposobljavanju svih učesnika (i stručnjaka i laika) za što efikasnije obavljanje zadataka. Potrebno je takođe evaluirati aktivnosti, a posebno prioritetne potrebe različitih vidova zaštite i unapredjenja mentalnog zdravlja. Kontinuirana evaluacija efekata koji su planirani obezbijediće korišćenje novih stručnih i naučnih dostignuća u cilju usavršavanja programa. Strategija potencira značaj razvoja mreže psihijatrijskih institucija i njihovu inkorporaciju u promjene koje su predviđene reformom sistema zdravstvene zaštite.

6.2. OKVIR NACIONALNE POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Definisanje nacionalne politike za mentalno zdravlje je jedan od ključnih segmenata u reformi zdravstva u RCG. Vodeći računa da su do sada postojali samo individualni pokušaji definisanja pojedinih segmenata mentalnog zdravlja i formulisanja politike za iste, ovaj dokumenat će pokušati da da jedan sveobuhvatan pregled i načelne smjernice na osnovu kojih će biti izgradjeni detaljani planovi i programi aktivnosti zaštite i unapredjenja mentalnog zdravlja. U formulisanju politike mentalnog zdravlja potrebno je uključiti pored Ministarstva zdravlja i Ministarstvo rada i socijalnog staranja, jer iako naizgled nema direktne veze između politke mentalnog zdravlja i nekih drugih segmenata društva, u cijlu povećanja pozitivnih efekata i rezultata unapređenja mentalnog zdravlja bitno je voditi računa i o socijalnim i fizičkim uslovima u kojima ljudi žive.

Definisanje politike za mentalno zdravlje je komplementarno sa aktivnostima koje se odvijaju u sklopu regionalnog projekta Pakta stabilnosti za jugoistočnu Evropu «Enhancing Socila Cohesion thourgh Strenghtening Communits Mental Health Service in South Easter Europe«. Politiku mentalnogl zdravlja treba, takođe, direktno povezati sa Strategijom za smanjenje siromaštva i drugim strateškim dokumentima iz oblasti zdravstvene politike, socijalne politike, politike zapošljavanja i prevencije disfunkcionalnih oblika ponašanja.

Nacionalna politika za mentalno zdravlje za RCG je dizajnirana u koordinaciji sa pratećim dokumentima i izvorima:

1. Study on Mental Health Policy and legislation Questionnaire for Serbia and Montenegro, National Committee for mental Health of serbia and National Committee for Mental Health of Montenegro, Novembar 2003 , Belgrade

2. World health Organisation : World Haelth Report 2001, Mental Health : New Understanding, New Hope. WHO 2001

3. World Health Organisation : Mental Health Policy and Service Guidance Package : MENTAL HEALTH POLICY,PLANS AND PROGRAMMES, World Health Organisation,2003.

4. Podaci o broju stanovnika dati na osnovu procjene Saveznog zavoda za statistiku, zasnovane na rezultatima popisa stanovništva 1991. i rezultatima podataka o živorođenim i umrlim – Bilten «Stanovništvo 68».

5. Statistički godišnjak RCG,Republički zavod za statistiku, 2002.

6. D. Radevič i K. Beegle, ISSP – Podgorica, The World Bank- Washington, DC.

7. Republički sekretarijat za razvoj, 2002. god." Strategija razvoja i redukcije siromaštva u RCG", prvi nacrt

8. D. Radević, K. Beegle: Životni standard i siromaštvo u Crnoj Gori u 2002. godini.

9.Statistički godišnjak o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti u RCG 2000. Zavod za zdravstvenu zaštitu 2001

10.Izvještaj Centra za socijalnu medicinu Instituta za zdravlje Crne Gore,2001.

11.Izvještaj Centara za zdravstveni informacioni sistem i zdravstvene registre Instituta za zdravlje Crne Gore (redovne evidencije o bolničkoj i vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti),2001. / 02.

12. Standardi i normativi kadra i zdravstvenih usluga u RCG, Primarna zdravstvena zaštita , preventivna medicina i dijagnostika , Republički fond zdravstva i Institut za zdravlje RCG ,2002.

Rezultati koji se očekuju implementacijom nacionalne politike za mentalno zdravlje se ne mogu desiti bez poboljšanja organizacionog aspekta i kvaliteta usluga iz oblasti mentalnog zdravlja, angažovanja zdravstvenih radnika i orjentacije ka komunalnoj organizaciji mentalnog zdravlja.

6.3. Vrijednosti i principi politike mentalnog zdravlja

Vrijednosni stavovi i principi koji su definisani ovim poglavljem su ključni okvir na osnovu kojeg su utvrdjeni ciljevi u izradi nacionalne politike za mentalno zdravlje u Republici Crnoj Gori.

Poboljšati i zaštititi mentalno zdravlje stanovništva	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Zaštita mentalnog zdravlja	• Službe mentalnog zdravlja treba da obezbijede najbolji mogući sveobuhvatan tretman koji će maksimalno uključiti porodicu i zajednicu • Zaštita mentalnog zdravlja mora da bude sastavni i neodvojivi dio primarne zaštite. Ljekari opšte prakse treba da budu obučeni da odgovore potrebama iz oblasti zaštite mentalnih poremećaja • Mora da postoji međusektorska saradnja sa ostalim ključnim nosiocima razvoja društva
Briga zajednice	• Prije hospitalizovanja pacijenta uvijek treba pokušati alternativno zbrinjavanje u okviru zajednice ili što je moguće bliže okruženju iz kog potiču • Otvoriti mogućnosti volonterskim organizacijama za pomoć porodicama koje se brinu o nehospitalizovanim pacijentima • Ljudi sa poremećajima mentalnog zdravlja treba da su zbrinuti u institucijama sa što je manje moguće restriktivnim formama zbrinjavanja
Obrazovanje	• Prilikom reforme obrazovnog sistema voditi računa o mentalnom zdravlju stanovništva i uticajima koje pojedini aktuelni socijalno-zdravstveni problemi imaju na formiranje stavova kod školske populacije (destigmatizacija mentalnih poremećaja, stereotipije, predrasude, ..) • Promovisanje mentalnog zdravlja treba da bude integrisano u oblast socijalnog zbrinjavanja i u sistem obrazovanja koji školuje te kadrove
Odogvoriti na zahtjeve i očekivanja korisnika usluga	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Zaštita vulnrabilnih grupa	• Treba izraditi pojedinačne konkretne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja za vulnerabilne grupe kao što su djeca, adolescenti, stariji, hendikepirani, izbjeglice, raseljena lica, osobe izložene nasilju
Kulturni relativizam	• Treba uključiti različite kulturne, društvene i etničke grupe prilikom definisanja politike mentalnog zdravlja u Crnoj Gori kako bi se uvažile razlike i posebne potrebe koje nastaju iz tih razlika.
Zaštita ljudskih prava	• Ljudska prava i dignitet pacijenata sa mentalnim poremećajima treba da budu zaštićena u svim nivoima u sis temu mentalne zaštite • Donošenje pravne legislative • Institucije mentalne zaštite treba da imaju ugrađene sisteme za monitoring kako bi se obezbijedila sigurnost prava i potreba pojedinaca sa mentalnim poremećajima

Učešće zajednice	• Korisnici usluga sistema za zaštitu mentalnog zdravlja (individue sa mentalnim poremećajima), njihova udruženja i njihove porodice će biti uključene u proces planiranja, organizacije i monitoringa mentalno zdravstvenog zbrinjavanja
Stvoriti sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite mentalnog zdravlja na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore	
VRIJEDNOSTI	PRINCIPI
Mreža usluga	• Zaštita mentalnog zdravlja mora biti dostupna i pristupačna • Unificiranost usluga i postojanje jedinstvene baze podataka za registrovanje tretmana pacijenata i medikacije • Sistem mora biti pristupačan svima, bez obzira na geografsku lokaciju, ekonomski status, obrazovanje ili etničku, kulturnu ili vjersku pripadnost
Kvalitet usluga	• Utvrđivanje jasnih pravila, procedura, standarda usluga i mehanizama za kontrolu usluga za sve institucije zaštite mentalnog zdravlja uključujući i one djelove primarne zaštite koji obuhvataju zaštitu mentalnog zdravlja • Sastavni dio sistema mentalne zaštite treba da budu i aktivnosti koje se odnose na prikupljanje i analizu podataka o pacijentima. • Psihotropni ljekovi treba da budu na raspolaganju na svim nivoima tretmana pojedinca sa poremećajem mentalnog zdravlja, uz obezbjedjivanje dovoljne količine lijekova

6.4. CILJEVI POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA

Cilj 1 <u>Poboljšati i zaštititi mentalno zdravlje stanovništva</u>

- Primarna prevencija mentalnih poremećaja (univerzalna, selektivna i indikovana) i rano otkrivanje mentalnih poremećaja

Cilj 2 <u>Odgovoriti na zahtjeve i očekivanja korisnika usluga</u>

- Povećanje kvaliteta usluga i zaštite prava pacijenata sa mentalnim poremećajima

- Poboljšanje legislative koja se odnosi na zaštitu prava mentalnih bolesnika i ljudskih prava
- Povećanje uključivanja korisnika, porodica i zajednice u proces planiranja organizacije i praćenja službi i usluga za mentalno zdravlje

Cilj 3 Obezbjedjivanje finansijske zaštite od troškova bolesti

- Uspostaviti mehanizme za obezbjedjivanje svih neophodnih psihotropnih lijekova bez naplaćivanja

6.5. PRIORITETNE OBLASTI AKTIVNOSTI

1. Finansiranje

   Za sprovođenje nacionalne politike mentalnog zdravlja neophodno je definisati način na koji će se finansirati sprovođenje nacionalne politke mentalnog zdravalja. Kod finansiranja izdvajati odredjeni procenat iz budžeta za potrebe zaštite mentalnog zdravlja stanovništva. Prioritet u finansiranju dati zaštiti mentalnog zdravlja vulnerabilnih grupa i teritorijalnim dijelovima republike sa nedovoljno razvijenim službama.

2. Zakonski okvir i ljudska prava

   Postojeća zakonska regulativa na polju zaštite individua sa mentalnim poremećajima je nedovoljna. Samo neka od prava su regulisana dijelovima različitih postojećih zakona. Potrebno je revidirati postojeće zakone i izmijeniti ih kako bi na adekvatan način zaštitili prava mentalno oboljelih (donijeti zakon o mentalnom zdravlju i zakon o zaštiti prava mentalno oboljelih).

3. Organizacija usluga i institucija

   Treba reorganizovati sistem mentalnog zdravlja vodeći računa da se liječenje pacijenata iz velikih psihijatrijskih bolnica i klinika usmjeri na vanbolničke psihijatrijske službe, razvoj usluga za zaštitu mentalnog zdravalja na nivou lokalne zajednice koji će obezbijediti obuhvatnu, manje restriktivnu i zaštitu mentalnog zdravlja koja je bliža zajednici, kao i uključivanje zaštite mentalnog zdravlja u prirmarnoj zaštiti

4. Kadrovi i obuka

   Potrebno je uskladiti broj i vrstu osoblja potrebnih u institucijama za zaštitu mentalnog zdravalja shodno sadašnjim potrebama. Potrebno je izvršiti edukaciju i doedukaciju kroz

kontinuiranu obuku osoblja iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja i primarne zdravstvene zaštite.

5. Promocija, prevencija, tretman i rehabilitacija

Kao sastavni dio nacionalne politike potrebno je izraditi širok spektar aktivnosti koje će se odnositi na promociju, prevenciju, tretman i rehabilitaciju. Ovaj plan se može izraditi tek nakon prikupljanja podataka koji će se dobiti iz detaljne analize ukupne populacije i pojedinih ciljanih uzoraka o procjeni potreba zasnovanih na društvenom, kulturnom, polnom, starosnom i razvojnom okviru.

6. Nabavka i distribucija osnovnih lijekova

Treba utvrditi listu prioriteta psihotopnih lijekova i drugih medikamenata koji su neophodni za liječenje mentalno oboljelih, učiniti ih dostupnim shodno terapijskom djelovanju i sigurnoj primjeni na svim nivoima zaštite mentalnog zdravlja.

7. Zastupanje

Definisati politiku i plan uključenja nevladinog sektora, volontera i porodica sa ciljem poboljšanja zaštite prava u oblasti mentalnog zdravlja. Definisati ingerencije i oblike djelovanja.

8. Poboljšanje kvaliteta

Zbog razlika u kvalitetu i nivou usluga koje se pružaju u različitim službama za zaštitu mentalnog zdravlja, nacionalna politika treba da definiše i sprovede konkretne instrumente za održavanje, nadzor i poboljšanje kvaliteta usluga u oblasti zaštite mentalnog zdravlja. Ti instrumenti treba da uključe: akreditaciju pojedinaca i organizacija koje pružaju usluge mentalnog zdravlja, standarde dijagnosticiranja i tretmana u skladu sa međunarodnim standardima, klinička uputstva, indikatore za mjerenje učinka, itd.

9. Informacioni sistem

Prilikom izrade informacionog sistema pored jedinstvene baze podataka za registrovanje tretmana pacijenata i medikacije, analizu podataka o pacijentima, treba uključiti podatke o institucijama, osoblju, kao i nevladinom sektoru koji učestvuje u sistemu zaštite mentalnog zdravlja. Informacioni sistem treba da bude tako koncipiran da je na raspolaganju svim učesnicima sistema bez obzira na geografsku lokaciju na teritoriji Republike

10. Istraživanje i evaluacija politika i usluga

Istraživanja treba definisati u skladu sa preporuka WHO-a i u saradnji sa akademskim institucijama. Istraživanja treba da posluže za evaluaciju same politike i kvaliteta usluga u oblasti mentalnog zdravlja.

11. Međusektorska saradnja

Implementacijom politike mentalnog zdravlja potrebno je uključiti što širi spektar strana na koje se politika direktno ili indirektno odnosi. Korisnici, njihova udruženja i njihove porodice, pružaoci usluga primarne zdravstvene zaštite i specijalizovane zaštite mentalnog zdravlja, kako državne tako i privatne institucije,kao i njihova udruženja, Vladine agencije i ministarstva (zdravlja, socijalnog staranja, obrazovanja, unutrašnjih poslova, zapošljavanja), predstavnike lokalne samouprave, Akademske institucije i nevladin sektor, posebno one NVO koje su uključene u humanitrani rad, socijalnu zaštitu i zaštitu mentalnog zdravlja, zaštitu ljudskih prava.

7. AKCIONI PLAN ZA MENTALNO ZDRAVLJE

7.1. Generalna strategija

Prioritetne oblasti aktivnosti	Strategija
1 Finansiranje	Izdvajanje dijela budžeta za finansiranje mentalnog zdravlja u okviru opšteg zdravstvenog finansiranja • Stvaranje posebnog fonda za razvoj komponente mentalnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
2 Zakonski okvir i ljudska prava	• Pregled postojećih zakonskih odredbi i procedura za zaštitu prava mentalno oboljelih • Izrada nacrta zakona o mentalnom zdravlju i zakona o zaštiti osoba sa mentalnim poremećajima • Organizovanje javnih kampanja i debata o nacrtu zakona • Razvoj mehanizama za implementaciju zakona o mentalnom zdravlju u psihijatrijske institucije

3 Organizacija usluga i institucija	• Uspostavljanje veza primarne zdravstvene zaštite i službi za mentalno zdravlje i jačanje službi u zajednici • Podržati proces deinstitucionalizacije uporedo sa razvojem alternativnih oblika zaštite u zajednici.
4.Kadrovi i obuka	• Organizovanje edukacije i doedukacije ljekara i ostalih zdravstvenih radnika u ustanovama za zaštitu mentalnog zdravlja u primarnu zdravstenu zaštitu. • Revizija postojećih kurikuluma usavršavanja u oblasti mentalnog zdravlja profesionalaca i prilagodjavanje odrednicama komunalne organizacije mentalnog zdravlja
5 Promocija, prevencija, tretman i rehabilitacija	• Dati prednost programima prevencije i unapredjenja mentalnog zdravlja Edukativni programi treba da uključe promociju mentalnog zdravlja
6. Nabavka i distribucija osnovnih lijekova	• Pristupačnost lijekova za mentalno oboljele • Savremeni psihofarmaci biće dostupni kroz adekvatnu distribuciju
7.Zastupanje	• Formiranje i podrška udruženjima korisnika i njihovih porodica
8 Poboljšanje kvaliteta	• Razvijanje standardizovanih procedura (vodiča dobre prakse) za dijagnostiku i tretman • Razvijanje procedura monitoringa , praćenja i evaluacije usluga
9.Informacioni sistem	• Projekat Informacionog sistema će uljučiti u potpunosti sve aktivnosti koje se tiču zaštite mentalnog zdravlja
10. Istraživanje i evaluacija politika i usluga	• Ishod nacionalne politike biće praćen u redovnim vremenskim intervalima • Istraživanja o kvalitetu usluga biće definisana u saradnji sa akademskim institucijama
11.Intersektorska saradnja	• U zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva treba razviti intersektorsku saradnju na svim nivoima(ministarstva, opštine, službe mentalnog zdravlja...) • Podržati intersektorske programe za zaštitu mentalnog zdravlja koji su jasno definisani (Akcioni plan za borbu protiv narkomanije, nasilje u porodici, djeca sa posebnim potrebama,zbrinjavanje starih,borba protiv

	siromaštva...)

7.2. Vremenski okvir i resursi

Izrada i implementacija Strategije mentalnog zdravlja u RCG odvijaće se u nekoliko faza. Ovdje će biti navedeni samo okvirni rokovi i nazivi aktivnosti. Očekuje se da će se detaljan plan aktivnosti izraditi, kako tokom pripreme tako i tokom izrade same strategije.

Faza izrade strategije u roku od šest mjeseci

Faza Implementacije uskladiti sa rokovima preporuka Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope

AKCIONI PLAN STRATEGIJE UNAPREDJENJA I OČUVANJA MENTALNOG ZDRAVLJA

Nivo zdravstvene zaštite	Aktivnosti /usluge	Ciljevi	Kadar	Dinamika	Nosilac	Budžet
Primarna zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja **1**	Centar za mentalno zdravlje u zajednici (CMZZ) U Podgorici dva, Herceg Novom jedan, Kotor jedan, Bar jedan, Nikšić jedan, Pljevlja jedan, Bijelo Polje jedan, Berane jedan. -primarna prevencija:promocija zdravlja,edukacija - dijagnostika - terapijski tretman *tretman medikamentima *porodična terapija *psihoterapija individualna i grupna *intervencije u krizi *radnookupaciona terapija *savjetodavno-edukativni rad *savjetovalište za bolesti zavisnosti *patronažna služba i kućno liječenje - rehabilitacija, resocijalizacija *trening za zdrav život - kreiranje politike i planiranje aktivnosti za	- Zaštita MZ na nivou PZZ, -usmjeravanje na potrebe pojedinca u zajednici, -postići preovlađujući vanstacionarni tretman -uspostaviti funkcionalnu vezu na svim nivoima (dispanzeri, stacionari, NVO ...)	Za jedan centar: - psihijatra 4 - psihologa 2 - socijalna radnika 2 - radnookupaciona terapeuta 2 - medicinska tehničara 6	*Oprema prostora *konstituisanje tima, doedukacija *početak rada u skladu sa preporukama WHO Pakta za Jugoistočnu Evropu	Ministarstvo zdravlja – Dom zdravlja, Psihijatrijska klinika Kliničkog centra Crne Gore	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG

	unapređenje i zaštitu MZ -razvijanje saradnje sa srodnim institucijama i organizacijama - baza podataka –vođenje evidencije - monitoring, evaluacija, izvještavanje					
	Savjetovalište za mlade u Podgorici, Baru, Kotoru, Herceg Novom, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama					
	- individualni savjetodavno-terapijski rad sa mladima; - rad sa grupama mladih u cilju prevazilaženja razvojnih problema; - organizovanje specifičnih programa (radionica) za rad sa mladima,podrška zdravim stilovima života - izrada prventivnih programa , koordinacija i implementacija	- podrška uskladjenom razvoju mladih kroz preventivne aktivnosti iz oblasti mentalnog zdravlja ; - adekvatno informisanje mladih o zdravlju i rizičnom ponašanju koje ugrožava zdravlje - prevazilaženje kriznih situacija u razvoju adolescenata, bilo da su uzrokovane tjelesnim, emocionalnim ili socijalnim faktorima, kroz savjetodavno-terapijski rad	Tim CMZZ Volonteri NVO Vjerske organizacije	6 mjeseci nakon konstituisanja CMZZ	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
	Savjetovalište za brak i porodicu u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama	Unapređenje mentalnog zdravlja u porodici	Tim CMZZ	6 mjeseci nakon konstituisanja	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporu

	- Savjetodavno-edukativni rad - Razrješavanje bračno-porodičnih konflikata			CMZZ		kama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
	Savjetovalište za bolesti zavisnosti u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama -informisanjje i edukacija o rizičnom ponašanju promocija zdravih stilova života - pružanje konkretne pomoći -rad sa porodicom - sprječavanje recidiva	prevencija, liječenje i rehabilitacija	CMZZ tim i jedan doedukovani psihijatar, Volonteri NVO Vjerske zajednice	6 mjeseci nakon konstituisanja CMZZ	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
	Savjetovalište za psiho-gerijatrijske poremećaje u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama - briga o mentalnom zdravlju starih	Kvalitetnija zaštita MZ starih lica	CMZZ tim Volonteri NVO Vjerske zajednice	6 mjeseci nakon konstituisan	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za

				ja CMZZ		stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita mentalno oboljelih 1	**Psihijatrijska klinika Podgorica** - Dijagnostika - Terapija - Rehabilitacija - Vođenje dokumentacije - Monitoring - Stručno-naučna evaluacija - Nastavno- naučna djelatnost - Supervizija zaštite MZ na nivou Republike - Razvijanje saradnje sa srodnim institucijama	Primjena standarda WHO u dijagnostici, liječenju, edukaciji kadra, superviziji, naučnoistraživačkoj djelatnosti	Psihijatara 16 Psihologa 4 Socijalnih radnika 3 Medicinskih sestara 48 Okupaciono-radni terapeut 2 Logoped 1 Defektolog 1	u skladu sa preporukama WHO i Pakta za Jugoistočnu Evropu	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
2	**Specijalna bolnica Kotor** - dijagnostika - terapija - rehabilitacija-resocijalizacija - parcijalna hospitalizacija –(dnevna bolnica) - edukacija kadra - vođenje dokumentacije - razvijanje saradnje sa srodnim institucijama - liječenje zavisnika od PAS	Primjena standarda WHO u dijagnostici, liječenju, edukaciji kadra	Psihijatara 16 Psihologa 4 Socijalnih radnika 3 Defektolog 2 Radnookupacioni terapeut 5 Medicinski tehničari	rada u skladu sa preporukama WHO i Pakta za Jugois	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoisto

	- edukacija zavisnika i rad sa porodicom - rehabilitacija i resocijalizacija		40	točnu Evropu		čnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
	Opšta bolnica-psihijatrijsko odjeljenje jedinica - Nikšić - Dijagnostika - Terapija - Rehabilitacija - Vođenje dokumentacije - Monitoring -razvijanje saradnje sa srodnim institucijama - edukacija kadra - dnevna bolnica	Primjena standarda WHO u dijagnostici, liječenju, edukaciji kadra,	Psihijatara 4 Psihologa 1 Socijalni radnik 1 Radnookupacioni terapeut 2 Medicinski tehničari 10	rada u skladu sa preporukama WHO i Pakta za Jugoistočnu Evropu	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG
	Opšta bolnica – psihijatrijsko odjeljenje u Bijelom Polju, Beranama, Pljevljima , Baru - Dijagnostika - Terapija - Rehabilitacija - Vođenje dokumentacije - Monitoring -razvijanje saradnje sa srodnim institucijama	Primjena standarda WHO u dijagnostici, liječenju, edukaciji kadra	Psihijatara 1 Psihologa 1 Socijalni radnik Medicinski tehničari 8	rada u skladu sa preporukama WHO i Pakta za Jugoistočnu Evropu	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministar

						stva zdravlja RCG
	Opšte bolnice- detoksikacione jedinice u Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama, Baru, Nikšiću, Kotoru, -detoksikacija - sanacija urgentnih stanja zavisnika PAS	Pružanje urgentne pomoći zavisnicima	Specijalista urgentne medicine Internista	U skladu sa Akcionim planom za narkomaniju Vlade RCG	Ministarstvo zdravlja RCG	U skladu sa preporukama WHO, Pakta za stabilnost za Jugoistočnu Evropu i Ministarstva zdravlja RCG

Prilog 1

ZAKONODAVSTVO U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA

P**reporuke PAKTA ZA STABILNOST JUGOISTOČNE EVROPE, ZDRAVSTVENA MREŽA JUGOISTOČNE EVROPE, odnosno "Akcija razvoja zdravlja za Jugoistočnu Evropu",** bile su u potpunosti ispoštovane i pristupilo se izradi **UPITNIKA ZA PROCJENU POLITIKE I ZAKONODAVSTVA U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA U ZEMLJAMA JUGOISTOČNE EVROPE,** koji je sadržao sljedeća pitanja i pružio uvid o legislativi u oblasti mentalnog zdravlja i njegovih potreba u Crnoj Gori:

a) **Da li vaša zemlja ima pristup internacionalnim i regionalnim inicijativama i dokumentima borbe za ljudska prava? Ako ima, molim specifikujte**.

Naša zemlja je članica Savjeta Evrope i uključena je u projekte Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope koji se odnose i na zaštitu ljudskih prava.

b) Da li je bilo preporuka vašoj zemlji od strane drugih u vezi sa poboljšanjem politike mentalnog zdravlja i zakonodavstva? Ako je bilo, navedite koje?

Da, u okviru Projekta Svjetske zdravstvene organizacije i Pakta za stabilnost Jugoistočne Evrope "Povećanje socijalne kohezije kroz jačanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici".

c) Da li zakonodavstvo u oblasti mentalnog zdravlja uključuje dio o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima?

Da, u pojedinim odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o vanparničnom postupku, Porodičnog zakona i Zakona o izvršenju krivičnih sankcija.

U zdravstvenom sektoru:

1) **Da li nacionalno zakonodavstvo zahtijeva korišćenje najmanje restriktivne alternative?** ***Svim osobama sa mentalnim poremećajima bi trebalo obezbijediti liječenje u zajednici osim pod okolnostima koje uključuju rizik od potencijalne štete. Prisilni prijemi i liječenja se mogu obaviti samo u izuzetnim okolnostima i za kratko vrijeme.***

Da, parcijalno Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju i Zakon o vanparničnom postupku (dio koji se odnosi na prisilnu hospitalizaciju)

2) Da li nacionalno zakonodavstvo obezbjeđuje povjerljivost?

Zakonska zaštita osigurava da su sve informacije i kartoni, koji se odnose na zdravstvene tj. psihičke probleme neke osobe povjerljive prirode. Zakon mora spriječiti njihovo eksplicitno korišćenje bez prethodne dozvole koju stručnjaci moraju tražiti, a sve to mora biti zakonski regulisano.

U zakonodavstvu nigdje nije posebno regulisana povjerljivost informacija koje se odnose na psihijatrijske bolesnike, već samo generalno - u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (čl. 12.) i Krivičnom zakonu postoje odredbe koje se odnose na profesionalnu tajnu - podaci o zdravstvenom stanju bolesnika i uzrocima, okolnostima i posljedicama tog stanja.

3) Da li se nacionalno zakonodavstvo dotiče dobrovoljne i nedobrovoljne prijeme?

Da li se ono odnosi i na prisilno liječenje?

Zakonom o vanparničnom postupku regulisan je dobrovoljni i nedobrovoljni prijem. Prisilno liječenje nije regulisano.

4) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše procedure koje uključuju zabranu kretanja?

Odnosi se na urgentne procedure za akutne epizode u mentalnim poremećajima sa visokim rizikom po zdravlje i sigurnost

Ne reguliše.

5) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše mehanizme periodične revizije na svim nivoima koje ugrožavaju integritet ili slobodu osobe sa psihičkim poremećajima?

Da, regulisano je u Zakonu u vanparničnom postupku .

6) Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše pitanje poslovne sposobnosti?

Da - Zakon o braku i porodičnim odnosima

7) **Da li nacionalno zakonodavstvo reguliše problem *informisanog pristanka?***

Nacionalno zakonodavstvo ne reguliše problem informisanog pristanka

Van zdravstvenog sektora

1) Da li nacionalno zakonodavstvo zabranjuje diskriminaciju psihijatrijskih bolesnika u odnosu na stanovanje, zapošljavanje i socijalnu sigurnost?

Nacionalno zakonodavstvo, osim ustavnim odredbama koje generalno zabranjuju diskriminaciju po bilo kom osnovu, posebno nema odredbi o diskriminaciji psihijatrijskih bolesnika.

2) Da li nacionalno zakonodavstvo obezbjeđuje za specijalne okolnosti:

- **stanovanje, uključujući stepen olakšica u stanovanju kao što su ,,kuće na pola puta'' i kuće za duži asistirani boravak i život;**
- **zapošljavanje, uključujući zaštitu od diskriminacije i iskorišćavanja kao što su mogućnosti zapošljavanja i rehabilitacioni programi osposobljavanja za njih.**
- **socijalna sigurnost: zdravstveno osiguranje i invalidski dodaci u sličnom stepenu koji su zagarantovani za druge ljude.**

Nacionalno zakonodavstvo obezbjedjuje socijalnu sigurnost zdravstveno osiguranje i invalidske dodatke za psihijatrijske bolesnike u sličnom stepenu koji su zagarantovani za druge ljude.

3) Da li krivično zakonodavstvo uključuje dio koji se odnosi na psihički izmijenjene počinioce krivičnih djela (uračunljivost da podnesu proces, krivičnu odgovornost, zakonsko predstavljanje, svjedočenje)?

Da, u Osnovnom krivičnom zakonu, Krivičnom zakonu RCG i Zakonu o krivičnom postupku.

4) Da li građansko zakonodavstvo obezbjeđuje regulativu koja se odnosi na brak, razvod i roditeljska prava, testatorsku sposobnost i sposobnost za sklapanje ugovora i uslove starateljstva?

Da, Zakon o braku i porodičnim odnosima, Zakon o nasljedjivanju i Zakon o obligacionim odnosima.

5) Da li zakon o zdravstvenoj zaštiti obezbjeđuje da mentalno oboljela lica imaju jednak pristup svim vidovima zdravstvene zaštite i jednak kvalitet sa ostalim oboljelima?

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju kao grupaciju, zaštitom u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem i ranim otkrivanjem i liječenjem bolesti od većeg socijalno medicinskog značaja obuhvataju i lica sa duševnim oboljenjima i poremećajima koja imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, koja obuhvata preventivne dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione zdravstvene usluge u zdravstvenoj ustanovi uključujući i prevoz u hitnim slučajevima, lijekove i pomoćni materijal.

6) Da li zemlja ima zakonodavstvo koje uključuje komponente unapredjenja mentalnog zdravlja i prevencije psihičkih bolesti?

- **u zdravstvenom sektoru – zakonodavstvo koje ojačava uvođenje psihijatrijske intervencije u primarnu zdravstvenu zaštitu, prevenciju negativnog uticaja zlostavljanja djece, žena i starih.**
- **van zdravstvenog sektora: zakonodavstvo koje treba da onemogući pristup alkoholu i drogama, da zaštiti vulnerabilne populacije.**

Ne.

Naravno prethodni odgovori jasno su ukazali da je neophodno da se pristupi izradi i usaglašavanju pravne legislative u oblasti zaštite prava mentalnih bolesnika, i u tom cilju je

formirana i posebna radna grupa Komisije za mentalno zdravlje koja će pristupiti izradi pravne legislative.

Prilog 2

Rezultati terenskog ispitivanja

Pregled rezultata terenskog ispitivanja prostornih i ljudskih resursa u oblasti mentalnog zdravlja koji je i osnova za izradu STRATEGIJA ZAŠTITE I UNAPREĐENJA MENTALNOG ZDRAVLJA u RCG

Republika Crna Gora, prema popisu iz 2003. godine, ima ukupno 616.258 stanovnika. Zdravstvena zaštita stanovništvu Crne Gore pruža se u 18 domova zdravlja i tri zdravstvene stanice koje obezbjeđuju vanbolničku zdravstvenu zaštitu. Zatim u sedam opštih bolnica, pet stacionara domova zdravlja, Kliničkom centru Crne Gore i tri specijalne bolnice u kojima se pruža bolnička zdravstvena zaštita.

U Crnoj Gori postoji nekoliko javnih zdravstvenih ustanova za zadovoljenje potreba stanovništva iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja (vanbolničke i bolničke ustanove) i to: Specijalna psihijatrijska bolnica Dobrota, jedno razvojno savjetovalište, jedno psihijatrijsko odjeljenje u Opštoj bolnici, jedna Psihijatrijska klinika u Podgorici, jedna psihijatrijska ambulanta, jedna privatna psihijatrijska praksa i jedna ambulanta, a u 13 domova zdravlja pružaju se usluge iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Stacionarne zdravstvene ustanove koje se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja u Crnoj Gori raspolažu sa sljedećim posteljnim kapacitetima:

- Specijalna bolnica za liječenje psihijatrijskih bolesnika Dobrota ima ukupno 252 kreveta
- Klinički centar Crne Gore Podgorica - Psihijatrijska klinika 40 kreveta
- Opšta bolnici Nikšić - Psihijatrijska bolnica 30 kreveta

UKUPNO----------323 kreveta

Navedeni podaci su dobijeni istraživanjem na terenu, pri čemu su direktno iz bolničkih službi dobijeni podaci, a istraživanje je rađeno u toku 2003. godine.

Javne zdravstvene ustanove koje se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja stnovništva Crne Gore raspolažu sljedećim kadrom:

- 32 specijalista neuropsihijatrije
- 12 specijalista psihijatrije
- 4 specijalista medicinske psihologije
- 10 psihologa
- 2 defektologa
- 7 specijalizanata
- 7 socijalnih radnika
- 5 viših medicinskih sestara
- 100 medicinskih sestara (plus 3 medicinske sestre sa dodatnom edukacijom za vođenje socio terapijske zajednice)

Od ukupnog broja zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama na poslovima zaštite mentalnog zdravlja, gotovo polovina radi u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici Dobrota. Prema tome kadar koji se bavi pružanjem usluga iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na primarnom nivou, u ovom trenutku ne zadovoljava potrebe. Međutim, činjenica je da se politika u zaštiti mentalnog zdravlja stanovništva bitno mijenja u smislu preusmjerenja korisnika na vanbolničku zaštitu, te se posljedično i očekuje preraspodjela kadra sa sekundarnog na primarni nivo zdravstvene zaštite.

Prema važećim normativima u primarnoj i preventivnoj zdravstvenoj zaštiti na 15000 stanovnika treba obezbijediti tim koji sačinjava 1 specijalista (neuropsihijatar ili psihijatar), 1 medicinska sestra, 0,30 kliničkih psihologa i 0,25 socijalnih radnika. Odnosno za ukupno stanovništvo Crne Gore za potrebe zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja na primarnom nivou, neophodno je obezbijediti 41 specijalistu, 41 medicinsku sestru, 12 kliničkih psihologa i 10 socijalnih radnika.

Prema važećim normativima u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,u oblasti psihijatrije kod akutne hospitalizacije tim sačinjava : 1 ljekar na 15 kreveta; 1 klinički psiholog na 40 kreveta; 1 socijalni radnik na 40 kreveta; 1 viša medicinska sestra na 50 kreveta i 1 srednja medicinska sestra na 5 kreveta.Kod hronične hospitalizacije normativi za tim su: 1 ljekar na 30 kreveta; 1 psiholog na 150 kreveta; 1 socijalni radink na 150 kreveta i 1 sestra na 20 kreveta.

Iskustva iz zemalja koje prevashodno zaštititu mentalnog zdravlja obavljaju u vanbolničkim uslovima, uz povremeno angažovanje stručnjaka iz hospitalnih ustanova (čiji se potencijali, prema novoj inicijativi u Crnoj Gori, postepeno smanjuju), pokazuju da normativi kadrova (prema broju stanovnika) treba da izgledaju ovako:

- 1 specijalista (neuropsihijatar ili psihijatar) na 20000-30000 stanovnika
- 1 klinički psiholog na 20000-30000 stanovnika
- 1 socijalni radnik na 20000-30000 stanovnika
- 1 medicinska sestra na 15000 stanovnika

Pri tome, važno je naglasiti da specijalisti koji će raditi u Centrima za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja jedan dio svog radnog vremena moraju provesti u stacionarnoj ustanovi na svom području, u cilju praćenja svojih pacijenata i aktivnog učešća u njihovom kompletnom terapijskom tretmanu. Prema ovim podacima broj specijalista koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja mogao bi da zadovolji potrebe stanovništva Crne Gore, pod uslovom da se radi na boljoj teritorijalnoj preraspodjeli i jačanju uloge obučenih psihijatara, psihologa i socijalnih radnika koji bi mogli mnogo više da se bave preventivnim i terapijskim radom.

PREGLED PROSTORNIH I LJUDSKIH POTENCIJALA U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA PO OPŠTINAMA U RCG

U ***Opštini Andrijevica*** živi 5697 stanovnika. U Domu zdravlja Andrijevica rade 34 radnika, a od tog broja 6 je ljekara, od kojih je jedan specijalista. Nema specijaliste koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja. Stanovništvu Andrijevice usluge iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja pružaće se u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Berane.

Opština Bar broji 39688 stanovnika. Zdravstvena zaštita stanovnicima ove Opštine pruža se u javnim zdravstvenim ustanovama i to: vanbolnička u Domu zdravlja, koji zapošljava 182 radnika od čega 42 ljekara (32 specijalista) i bolnička zaštita u Opštoj bolnici Bar, koja zapošljava 220 radnika, od čega 35 ljekari. Raspolaže sa tri specijalista (neuropsihijatra) i dva medicinska tehničara (sestre), koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja, a zaposleni su u Domu zdravlja.

Zaštita i unapređnje mentalnog zdravlja stanovništvu ove Opštine pružaće se u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Bar.

Opština Berane sa 34791 stanovnikom ostvaruje vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja koji ima 158 zaposlena radnika, od čega su 33 ljekara (25 specijalista). Bolničku zdravstvenu zaštitu stanovništvo Berana ostvaruje u Opštoj bolnici, koja ima 211 zaposlenih radnika, a od toga 35 ljekara. Raspolaže sa dvojicom specijalista psihijatrije, jednim psihologom i jednim socijalnim radnikom, kao i i sa dva medicinska tehničara i jednim specijalno obučenim medicinskim radnikom za vođenje socio Th i TH zajednice, a svi oni se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja u Domu zdravlja Berane.

Zaštita mentalnog zdravlja obavljaće se u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Berane.

Opština Bijelo Polje ima 49773 stanovnika, koji svoje zdravstvene potrebe zadovoljavaju u Domu zdravlja koji zapošljava ukupno 204 radnika (ljekara 43) i Opštoj bolnici Bijelo Polje sa 134 zaposlenih radnika, od čega su 24 ljekari. Raspolaže sa dva specijalista neuropsihijatrije i jednim iz oblasti psihijatrije, jednim psihologom, jednim medicinskim tehničarem isa dva radnika koja su obučena za vođenje socio Th i Th zajednice, iz domena zaštite mentalnog zdravlja.

Planirani Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u Bijelom Polju omogućiće stanovnicima ove Opštine kvalitetnije realizovanje usluga iz domena zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Opština Budva sa 15671 stanovnikom vanbolničku zdravstvenu zaštitu dobija u Domu zdravlja koji ima 80 zaposlenih radnika (ljekara 25), a zaštitu mentalnog zdravlja dobijaće u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Kotor kao i Domu zdravlja Budva ,koji raspolaže sa jednim specijalistom neuropsihijatrom(koji je konsultativni u DZ Cetinje, odredjenim danima) i jednim medicinskim tehničarem koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Danilovgrad broji 16270 stanovnika i ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu na svojoj teritoriji (Dom zdravlja sa 72 zaposlenih, od čega 11 ljekara), dok će zaštitu mentalnog zdravlja dobijati u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Podgorica. Odredjenim danima, u DZ Danilovgrad, konsultativno ordinira specijalista neuropsihijatar i psiholog .

Opština Žabljak za stanovništvo (4181) ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (23 zaposlenih, od čega 4 ljekara), koja gravitira Domu zdravlja Pljevlja, a Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Pljevlja obezbjeđivaće zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja stanovništvu ove Opštine. Trenutno u Domu zdravlja Žabljak radi jedan specijalista neuropsihijatrije.

Opština Kolašin (9871 stanovnik) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu u njemu radi 61 zaposleni radnik, a od tog broja 10 su ljekari. U Domu zdravlja postoji jedan ljekar na specijalizaciji iz psihijatrije. Zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvo ove Opštine realizovaće u CZZMZ Podgorica.

Stanovništvo ***Opštine Kotor*** (ukupno 22640) ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštutu u Domu zdravlja (zaposlenih 100 radnika, ljekara 19), bolničku u Opštoj bolnici (zaposleno 114 radnika, ljekara 28), a planira se i formiranje Centra za mentalno zdravlje, koji će osiguravati usluge iz domena mentalnog zdravlja. U ovoj Opštini (Specijalna psihijatrijska bolnica) rade 9 specijalista neuropsihijatrije i 4 psihijatra Dva ljekara se nalaze na specijalizaciji, dva psihologa i 1 specijalista medicinske psihologije, 2 defektologa, 3 socijalna radnika, dva medicinska tehničara sa višom i 62 sa srednjom školskom speremom.

Opština Mojkovac broji 10007 stanovnika. Dom zdravlja sa 65 zaposlenih radnika (ljekara 13) obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu, dok će zaštitu mentalnog zdravlja stanovništvo ove Opštine realizovati u Centru za mentalno zdravlje Bijelo Polje. U Domu zdravlja Mojkovac radi jedan specijalista neuropsihijatrije i jedna medicinska sestra, iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Opština Nikšić za 75076 stanovnika ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja u kome rade 276 radnika (ljekara 58), bolničku zdravstvenu zaštitu u Opštoj bolnici koja zapošljava 205 radnika, od čega 51 ljekar, a planira se i organizovanje Centra za zaštitu mentalnog zdravlja.

Nikšić raspolaže (u Domu zdravlja i Opštoj bolnici) sa 5 specijalista neuropsihijatrije, jednim specijalistom psihijatrije, dva ljekara koji su na specijalizaciji, dva psihologa i jednim specijalistom medicinske psihologije, jednom sestrom sa višom i 10 sestara sa srednjom stručnom spremom iz oblasti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Stanovništvo ***Opštine Plav*** (14042) u Domu zdravlja realizuje vanbolničke zdravstvene potrebe (zaposlenih 83, od čega 23 ljekara), a iste iz domena mentalnog zdravlja ostvarivaće u Centru Berane. U Domu zdravlja Berane radi jedan specijalista neuropsihijatrije i jedna medicinska sestra, koji se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Plužine broji 4269 stanovnika koji imaju osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (zaposleno 13 radnika ljekara 2) teritorijalno vezanoj za Dom zdravlja Nikšić, a zaštitu mentalnog zdravlja ostvarivaće u CZZMZ Nikšić.

Stanovništvo ***Opštine Pljevlja*** (ukupno 35724) ima obezbijeđenu vanbolničku zdravstvenu zaštutu u Domu zdravlja (zaposleno 143 radnika, ljekara 33), bolničku u Opštoj bolnici (zaposleno104 radnika, a ljekara 20), a planira se i formiranje Centara za mentalno zdravlje, koji će osiguravati usluge iz domena mentalnog zdravlja. U Domu zdravlja Pljevlja zaposleni su 1 specijalista neuropsihijatrije, jedan psiholog, jedan socijalni radnik i jedna medicinska sestra/tehničar iz oblasti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Najveća ***Opština Podgorica*** sa 168600 stanovnika na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja sa nekoliko punktova u kojima radi ukupno 470 radnika, od čega su 128 ljekari. U Kliničkom centru Crne Gore, koji pruža zdravstvene usluge za stanovništvo cijele Republike radi 1190 radnika, odnosno 252 ljekara. Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Podgorica obezbjeđivaće zaštitu mentalnog zdravlja za stanovništvo ove i okolnih opština. U Podgorici (Domu zdravlja i Kliničkom centru Crne Gore radi 7 specijalista neuropsihijatrije, 4 specijalista psihijatrije i 3 ljekara na specijalizaciji, dvoje specijalista medicinske psihologije, jedan psiholog, 17 medicinskih sestara/tehničara, na poslovima i zadacima zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja.

Opština Rožaje broji 22341 stanovnika i ima Dom zdravlja za zadovoljenje usluga iz domena primarne zdravstvene zaštite (zaposlenih 98, a ljekara 28), a Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Berane pružaće usluge iz oblasti mentalnog zdravlja. Raspolaže sa jednim specijalistom (neuropsihijatar) koji se bavi zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Tivat (13404 stanovnika) ima Dom zdravlja (zaposlenih 62, ljekara 19, od čega je jedan specijalista neuropsihijatrije), a u Centru za zaštitu mentalnog zdravlja Kotor stanovništvo Tivta dobijaće usluge iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja.

Opština Ulcinj (20003 stanovnika) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuju vanbolničku zdravstvenu zaštitu (zaposlenih 85, ljekara 19), dok će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u Centru Bar.

Opština Herceg Novi (ukupno 32889 stanovnika) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu, dok će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u Centru Kotor. Raspolaže sa jednim specijalistom neuropsihijatrije, jednim psihologom i jednom medicinskom sestrom / tehničarem koji se bave zaštitom i unapređenjem mentalnog zdravlja.

Opština Cetinje, za svojih 18380 stanovnika) na svojoj teritoriji ima Dom zdravlja koji stanovnicima obezbjeđuje vanbolničku zdravstvenu zaštitu (zaposlenih 108, ljekara 20), Opštu bolnicu za zadovoljenje bolničkih zdravstvenih potreba (zaposlenih 116, ljekara 26). U Domu zdravlja Cetinje radi jedan specijalista neuropsihijatrije, jedan psiholog i jedna medicinska sestra / tehničar na poslovima zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. Stanovništvo Cetinja će zaštitu mentalnog zdravlja realizovati u CZZMZ Podgorica.

Najmanja ***Opština*** u Republici ***Šavnik*** sa, 2941 stanovnika ima osiguranu vanbolničku zdravstvenu zaštitu u Zdravstvenoj stanici (zaposlenih 13 radnika, od čega 2 ljekara) vezanoj za Dom zdravlja Nikšić te će i zaštita mentalnog zdravlja stanovništvu ove Opštine biti pružana u Centru Nikšić.

Ljudski resursi koji su uposleni u institucijama mentalnog zdravlja u prethodnom periodu prošli su niz dodatnih edukacija iz oblasti psihoterapije, kratkih seminara za ovladavanje tehnikama u radu sa pojedinim kategorijama pacijenata i dr.Pregledom postignutih naučnih zvanja , stiče se utisak da i u ovome segmentu nastoje da kompenzuju probleme u ovome dijelu funkcionisanja , tako da imamo 2 doktora nauka, 5 primarijusa .Takodje se može zaključiti da indikativan broj zaposlenih, bez obzira na formalno postignuti nivo obrazovanja, raspolaže znanjem nekog od stranih jezika (engleski jezik, ruski, francuski i njemački), kao i da je znatan broj uposlenih koji izražavaju spremnost za daljim usavršavanjem i edukacijom.

U prethodnom periodu navedene podatke značajno potkrepljuje i činjenica da su uposleni u institucijama za zaštitu mentalnog zdravlja u RCG bili ne samo učesnici već i inicijatori mnogih projekata u oblasti zaštite mentalnog zdravlja vulnerabilnih kategorija : djece, žena, starih, kategorije sa posebnim potrebama koje su podržavali : UNICEF, UNHCR, SAVE THE CHILDREN,DANSKI SAVJET,SAVJET EVROPE, SOROSH,SCF,WHO i dr.

Prilog 3

Nevladine organizacije kao model komunalne psihijatrije

Pluralizacija crnogorskog društva rezultirala je nastankom velikog broja NVO. Svijest o toj činjenici, kao i vrijednostima koje bi trebalo da predstavljaju, takve spontano organizovane društvene grupe tj. percepcija mjesta i uloge NVO u konceptu razvoja komunalnog modela zaštite mentalnog zdravlja biće dijelom osvijetljena kroz prikaz rezultata CRNVO iz 2001, a dijelom iz istraživanja 2003 godine. Tendencija formiranja NVO, stekla je pravo gradjanstva i kod nas , gdje inicijativa potiče od nevladinih kreativnih profesionalnih ili poluprofesionalnih grupa i udruženja obezbjedjujući suportativan i orginalan aktivizam na neku zdravstvenu ili socijalnu potrebu. Segmenat NVO , koje se bave socio-humanitarnim radom , a njih je u RCG 103 mogu se podijeliti u sljedeće oblasti; unapredjenje i promocija mentalnog zdravlja, zaštita mentalnog zdravlja i prevencija maladaptivnih oblika ponašanja (alkoholizam , narkomanija) i onih koje svoju djelatnost realizuju kroz intervencije u kriznim i stresnim situacijama kroz psihosocijalnu pomoć pojedincu,vulnerabilnim grupama i porodici.

Ispitivanje potvrdjuje da institucionalni psihijatrijski segment zdravstvene zaštite i NVO mogu postojati uporedo i dopunjavati se , dajući bolje efekte u cilju podizanja kvaliteta života mentalnih bolesnika . Povezivanje i intersektorska saradnja (institucionalna i vaninstitucionalna) doprinosi razvoju alternativne komunalne orjentacije u psihijatriji . Kao krajnji cilj je humanizacija okruženja mentalnih pacijenata, poboljšanje i racionalizacija usluga pacijenata, destigmatizacija mentalnih oboljenja.

ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje je jedan od značajnih segmenata zdravlja, kome Svjetska zdravstvena organizacija i ostale medjunarodne institucije poklanjaju pažnju kroz aktivnosti i programe zaštite mentalnog zdravlja u sklopu zdrastvene politike svake zemlje..

Unapredjenje mentalnog zdravlja je složen proces koji obuhvata brojne segmente društvene infrastrukture, a ne samo zdravstvenog sistema. Naime, koncepcija razvoja mentalnog zdravlja treba da respektuje senzibilitet društva, da bi bila adekvatno prihvaćena. Iz tih razloga ne smije se zanemariti socijalni, kulturni, ekonomski i društveni milje, kao i potreba međusektorskog pristupa problemu mentalnog zdravlja.

Mentalna bolest ne predstavlja lični neuspjeh, jer to se ne dogadja samo drugima. Mentalno i tjelesno zdravlje su nerazdvojivi sinonimi. Njihov uticaj je dubok i kompleksan. Mentalna oboljenja su posljedica prisustva genetskih, bioloških, socijalnih i faktora sredine.

U okviru globalne kampanje Svjetske zdravstvene organizacije uključila se i naša zemlja, nastojeći da proširi javnu i profesionalnu svijest o stvarnom teretu mentalnih poremećaja i njihovim troškovima u ljudskom , socijalnom i ekonomskom segmentu . Ovo je i napor da ljudi koji boluju od mentalnih poremećaja dobiju tretman kakav im pripada i koji zaslužuju, a da se pri tome uklone mnoge prepreke, stigma, diskriminacija.

Ministarstvo zdravlja RCG je prateći tendencije i preporuke Svjetske zdavstvene organizacije iniciralo niz aktivnosti kroz različite programe, nastojeći da preduzme mjere za unapredjenje i zaštitu mentalnog zdravlja gradjana, koje predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava, kao i da poboljša uslove rada zaposlenih koji rade sa njima i učini funkcionalnijom organizaciju institucija za zaštitu mentalnog zdravlja na teritoriji RCG.

Kao izraz ovih tendencija Ministarstvo zdravlja RCG iniciralo je juna 2003 projekat » Strategija mentalnog zdravlja u RCG«

Preporuke WHO, date kroz Izvještaj o svjetskom zdravlju 2001 mogu se prilagoditi svakoj pojedinačnoj zemlji u skladu sa njenim potrebama i mogućnostima a to su : obezbijediti liječenje u okviru primarne zdrastvene zaštite, obezbijediti dovoljno psihotropnih ljekova, pružiti liječenje u zajednici , obrazovati stanovništvo, uključiti zajednicu, porodice i korisnike , uspostaviti nacionalnu politiku, programe i zakonodavstvo, razvijati stručni kadar, povezati se sa drugim sektorima, pratiti mentalno zdravlje u zajednici i podržavati istraživanja.

Svijest o mentalnom zdravlju stanovnika jedne zajednice može se mjeriti kroz aktuelnu politiku mentalnog zdravlja, kao i činjenicu koliko je ona zastupljena u globalnoj zdravstvenoj politici zemlje. Zvanično do sada nije postojala politika zaštite mentalnog zdravlja, kao i nacionalni program za njegovo unapređenje.

Ovim dokumentom se razrađuju ciljevi opšte zdravstvene politike i čine prvi koraci da se izradom i usvajanjem nacionalne strategije zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja integriše u već usvojena dokumenta Vlade Republike Crne Gore.

Situaciju otežavaju ograničeni finansijski i ljudski resursi, ali i veoma prisutne predrasude i diskriminacija mentalnih bolesnika, jer je duševna bolest tabu tema.

Mentalni bolesnici se najčešće liječe u neuslovnim institucijama ili se dugotrajno smještaju u duševnim bolnicama, gdje neki ostaju do kraja života.

Kroz ovakav način zbrinjavanja vidi se i odnos neposrednog porodičnog okruženja, koji bi trebao da bude podrška u procesu tretmana i rehabilitacije. Takođe i načini zdravstvenog zbrinjavanja ne bi trebali da potkrepljuju stigmatizaciju i diskriminaciju mentalnih bolesnika kroz njihovu institucionalnu izolaciju (azili) i uskraćivanje njihovih osnovnih ljudskih prava.

U lokalnoj zajednici i na globalnom nivou nema debata, kampanja i drugih oblika destigmatizacije i iskorjenjivanja predrasuda o mentalnim bolesnicima. Istraživanja na osnovu kojih bi se moglo validno procjenjivati o rasprostranjenosti pojedinih duševnih oboljenja, zavisnosti,

alkoholizma, nasilja u porodici prema ženama i djeci, su sporadična, često metodološki koncipirana tako da se ne mogu izvesti pouzdani i generalni zaključci.

Pokazatelji morbiditeta duševnih poremećaja u bolničkim službama RCG ukazuju da su najzastupljeniji sledeći poremećaji šizofrenija, šizopatski poremećaji, sumanuti poremećaji, zatim poremećaji raspoloženja, duševni poremećaji uzrokovani alkoholom i PASom. U vanbolničkim službama najzastupljenija oboljenja su neurotski, stresogeni i somatoformni poremećaji, zatim slijede šizorenija, šizotipski poremećaji, sumanuti poremećaji .U službi za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske djece najzastupljeniji su bili drugi duševni poremećaji i poremećaji ponašanja. Prateći stopu mortaliteta uzrokovanu samoubistvom, u toku 2001. sa 21,2 u 2002. porasla je na 29,3.

Do prednosti i nedostataka postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori došlo se na osnovu terenskog ispitivanja koje je obavljeno u septembru 2003. godine na cijeloj teritoriji Crne Gore, koje je obuhvatilo kompletnu infrastrukturu primarne zaštite, hospitalne zaštite i institucija mentalnog zdravlja.

Prednosti su relativno laka dostupnost profesionalne pomoći svim kategorijama mentalno oboljelih u mjestima gdje takve institucije postoje.

Mane postojećeg sistema zaštite mentalnog zdravlja u Crnoj Gori su: nedostatak kadra, nedovoljna edukovanost kadra, nepostojanje kontinuiranog obrazovanja iz oblasti zaštite mentanog zdravlja, kako specijaista / psihijatara tako i ljekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i srednjeg medicinskog kadra,nedovoljna saradnja sa službama primarne zdravstvene zaštite,loši uslovi u službama za zbrinjavanje duševnih bolesnika, nepostojanje specijalizovanih savjetovališta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,nedostatak istraživačke djelatnosti,nepostojanje jedinstvene baze podataka za praćenje pacijenata i medikacije,nema službi za zbrinjavanje pojedinih vulnerabilnih kategorija (djeca, adolescenti, stari...),kao i specijalizovane dijagnostike i zbrinjavanja (forenzički slučajevi), neusklađenost legislative u oblasti mentalnog zdravlja sa evropskim standardima za zaštitu ljudskih prava i prava mentalno oboljelih, neujednačenost institucionalne i kadrovske pokrivenosti područja na nivou RCG,nedovoljna saradnja sa ustanovama socijalnog staranja,aziliranje hroničnih duševnih bolesnika,osoba sa mentalnom retardacijom u ustanova socijalne zaštite bez adekvatnog zdravstvenog nadzora.

Vizija politike mentalnog zdravlja je da poboljša i zaštiti mentalno zdravlje stanovništva, da bude u skladu sa zahtjevima i očekivanjima korisnika usluga i da pruži sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite baziran na principima zaštite u zajednici, koji je nediskriminatoran i zasnovan na naučnim saznanjima o mentalnom zdravlju na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore.

Ova politika definiše standarde i aktivnosti u državnim i privatnim službama za mentalno zdravlje.

Izrada i realizacija politike mentalnog zdravlja uključiće sve one aspekte na koje se politika direketno ili indirektno odnosi korisnike, njihova udruženja i njihove porodice, pružaoce usluga primarne medicinske zaštite i specijalizovane zaštite mentalnog zdravlja kako državne tako i privatne institucije, kao i njihova udruženja, Vladine agencije i ministarstva (zdravlja, socijalnog staranja, obrazovanja, unutrašnjih poslova, zapošljavanja), kao predstavnike lokalne samouprave, Akademske institucije i nevladin sektor, posebno one NVO koje su uključene u humanitarni rad, socijalnu zaštitu i zaštitu mentalnog zdravlja.

Organizacija usluga i institucija u oblasti zaštite mentalnog zdravlja trebala bi biti reorgranizovana, vodeći računa da se liječenje pacijenata iz velikih psihijatrijskih bolnica i klinika usmjeri na van-bolničke psihijatrijske službe, razvoj usluga za zaštitu mentalnog zdravlja na nivou lokalne zajednice koji će obezbijediti obuhvatnu, manje restriktivnu i zaštitu mentalnog zdravlja koja je bliža zajednici, kao i uključivanje zaštite mentalnog zdravlja u primarnoj zaštiti.

U nivou primarne zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja biće formirani Centri za mentalno zdravlje u zajednici, i to u Podgorici, Herceg Novom, Kotoru, Baru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju i Beranama; Savjetovališta za mlade u Podgorici, Baru, Kotoru, Herceg Novom,

Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju i Beranama; Savjetovalište za brak i porodicu u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću Pljevljima, Bijelom Polju i Beranama; Savjetovališta za bolesti zavisnosti u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju i Beranama; Savjetovališta za psiho gerijatrijske poremećaje u Podgorici, Baru, Kotoru, Nikšiću, Pljevljima, Bijelom Polju i Beranama.

Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita odvijaće se kroz sljedeće institucije Psihijatrijsku kliniku KCCG,Specijalnu bolnicu Kotor, Opštu bolnicu Nikšić psihijatrijsko odjeljenje, zatim Opšte bolnice, tj. psihijatrijska odjeljenja u Bijelom Polju, Beranama, Pljevljima i Baru i Opšte bolnice detoksikacione jedinice u Pljevljima, Bijelom Polju, Beranama, Baru, Nikšiću i Kotoru.

Naravno da ovaj dokument predstavlja prvi sveobuhvatan dokument koji je u skladu sa preporukama WHO i koji se temelji na terenskom ispitivanju , kao i da respektuje oblike institucionalnog zbrinjavanja mentalnih bolesnika u regionu. Sigurno je da reforma u ovoj oblasti treba da prati reformu u ostalom dijelu zdravstvenog sistema, kao i da bude sinhronizovana i sa naglaskom na intersektorsku saradnju ostalih oblasti (rada i socijalnog staranja, pravosudja, obrazovanja, informisanja, finansijskim sistemom....) i u dužem vremenskom periodu, da bi kvalitet usluga populaciji mentalnih bolesnika bio što bolji, svrsishodan i doprinijo poboljšanju njihovog življenja , a naše društvo i životnu sredinu učinio humanijom i harmoničnijom.

Sastav Nacionalne komisije za mentalno zdravlje RCG

1. Doc. dr Mirko Peković, dr sci. med. predsjednik Komisije
2. Doc. dr Zorka Lopičić, dr sci. med., konsultant
3. Prof. dr Veronika Išpanović, dr sci. med., konsultant
4. Pavličić Nevenka, spec. medicinske psihologije
5. Dr Radojka Mićović, neuropsihijatar
6. Dr Zorica Nikčević, neuropsihijatar
7. Dr Borislav Mitrić, neuropsihijatar
8. Prim. dr Zlatko Stojović, neuropsihijatar
9. Doc.dr Jelena Radulović, sociolog
10. Doc.dr Agima Ljaljević, dr sci .med.
11. Gorica Savović, dipl. pravnik, sekretar Komisije

218. Strategija razvoja zdravstva Crne Gore



Republic of Montenegro

Government of the Republic of Montenegro

MINISTRY OF HEALTH

STRATEGY FOR HEALTH CARE DEVELOPMENT IN MONTENGRO

September 2003

INTRODUCTION

By adopting "**Health Policy in the Republic of Montenegro until 2020"**, Montenegro has joined an unique international process implementing papers of the World Health Organization 'Health for all in XXI Century' and '21 objectives for the 21st Century'. The strategy of health care policy established by this document is based on improving the quality of health of population, by adapting and improving activity of the health care system in harmony with financial abilities.

Health policy in the Republic of Montenegro until 2020 represents the foundation for legislative, platform and action programs, with the aim to make health care more efficient and of a better quality and to include health care in Montenegro in the European and World health development process.

Health policy in the Republic of Montenegro until 2020 has defined general objectives for health policy:

1. **Extending life expectancy**

   Preventing premature death and thus increasing life expectancy is the primary objective for health policy and the basic objective for the health care system, which is achieved through disease prevention measures and treatment of the ill.

2. **Improving quality of life related to health**

   Health problems influence the quality of life of citizens and decrease their ability to work and function. Health problems also have influence on the way the family functions, community and the entire society. Improving the quality of life and preventing its decline due to health problems – is the second primary objective of health policy.

3. **Decreasing differences in health**

   Differences in the state of health and access to the health care system among socio-economic classes of society have been present in all societies. The objective of health policy is to decrease and make influence on these differences through targeted and active measures for redistribution of health assets and resources towards vulnerable groups of society.

4. **Financial risk Insurance**

   Health problems may cause considerable negative financial consequences to citizens and their families. Medical science, together with expenditure for treatment and prevention of disease, has been growing faster than the economic foundation of society. Therefore, it is necessary to introduce adequate forms of financing the health care, which shall provide access to required health care, and thus distribute financial risk, so that citizens are not placed in financial danger in cases of illness.

The health system represents one of the most complex systems of any nation. Taking into consideration its importance and influence on the state of health of the population in any country, as well as its large economic influence, the State carries out a number of measures for planning and managing the health care system with the intention to provide rational and stable financing and a quality-health care system, aimed at providing basic health care within the framework of available

resources. In all countries due to the ageing population and the introduction of new and expensive medical technology there is an ever-present increase to expenditure for proving health care service.

The health care system of Montenegro had represented part of the health care system of the former SFRY, which was characterized by unrational and inefficient organization while promoting access to all health care rights. In that way a picture has been made that citizens have rights to any kind of health care service, regardless of necessity, but without previously developed conscience of citizens that every health care service has its price and that health care is not free.

The reasons for health care reform should be looked for in the inefficiently functioning of health care system and in a number of identified problems, from inadequately organized health care services, methods of collecting and allocating resources, absence of an adequate system that monitors and controls different segments of the health system, as well as insufficient quality of the service provided. All of these problems have been present for many years in the health care system. The health insurance and health care system reforms are affecting all segments and shall have strong implications on events in other segments of society.

2. ANALYSIS OF THE HEALTH CARE SYSTEM

The health care system is organised as a unique health care region and is based dominantly on the public sector. Public health care institutions are organized through a network of primary, secondary and tertiary health care consisting of eighteen medical centres, seven general hospitals, three special hospitals, the Clinical Centre of Montenegro, the Institute for Health and the Pharmaceutical Institute of Montenegro. The private sector, not yet integrated in the health care system, comprises a larger number of medical centres, dental centres, wholesale of pharmaceuticals and pharmacies.

The existing health care resources, within the framework of the public sector, indicate that the accessibility and development of health care infrastructure, especially with regard to the number of beds and number of doctors are at the same level of developed countries.

Health care capacities in Montenegro and selected countries of Europe

Country	Number of beds/ 100.000	Number of doctors/ 100.000	Number of dentists/ 100.000	No of pharmacists/ 100.000	Number of nurses/ 100.000
Belgium	717	414	68	145	1075
Luxembourg	1100	249	64	68	756
Germany	919	358	77	58	930
Great Britain	417	164	49	58	497
Czech Rep.	855	337	65	49	920
Croatia	615	238	68	49	506

Slovenia	543	218	59	38	696
Montenegro*	**643**	**176**	**41**	**14**	**412**

*Data for Montenegro refer to Public Health sector

The total number of public health care employees in 2001 is 7,123, of which 5,339 (74.95%) are health care workers and associates, and 1,784 (25.05%) are non-medical workers.

Personnel in PHIs in Montenegro according to census of 31st Oct. 2001

Employees	Outpatient services	%	Hospital services	%	Total	%
Med. workers and associates	2817	78.38	2522	71.47	5339	74.95
Non-medical workers and associates	777	21.62	1007	28.53	1784	25.05
TOTAL:	**3594**	**100.00**	**3529**	**100.00**	**7123**	**100.00**

Of 5,339 health care workers and associates 1,563 (29.27%) are highly qualified, of whom 1,127 (21.1%) are doctors, 269 (5.0%) dentists, 99 (1.9%) pharmacists and the other 68 (1.3%) are health care associates.

2.1. State of health of population

Positive and negative indicators show the state of health of the population: birth rate, mortality, population growth and vital index.

Basic vital indicators in 1991, 2000 and 2001

	1991		2000		2001	
Indicator	**Number**	**Rate**	**Number**	**Rate**	**Number**	**Rate**
Live born	9606	***15.50***	9188	***13.9***	8829	***13.3***
Total deaths	3970	***6.40***	5408	***8.2***	5436	***8.2***
Stillborn	107	***11.14***	100	***10.9***	114	***14.61***
Population growth	5636	***9.10***	3780	***5.7***	3393	***5.1***
Vital index	9606/3970	***242***	9188/5408	***169.9***	8829/5436	***162.4***

Changes in birth rate and mortality in the previous period are reflected in the population growth of population. The rate of population growth decreased to 9.1‰ in 1991 and to 5.1‰ in 2001.

Birth rate decreased from 15.5% in 1991 to 13.3% in 2001. The general mortality rate in 2001 is 8.2‰ (same as previous year). Changes in birth rate and mortality are reflected in the population growth. **The rate of population growth decreased from 9.10‰ in 1991 to 5.1‰ in 2001.**

The stability of population growth is shown in the **vital index**, whose the value was below 200 after the year 1992, and 162.4 in the year 2001.

The mortality rate of newborn babies in the Republic of Montenegro represents a very significant indication of the state of health of the population and development of health care services, as well as being an indicator for socio-economic, educational, cultural and other social developments, has a negative trend from **10.90‰ in 2000** it grew to **14.61** for 1,000 newborn babies in **2001**.

The life expectancy in Montenegro is 75.2 years (71.5 years for men and 78.7 years for women). Out of the total population figure 8.3% is over 65 years of age and 28.6% of the population is 19 years of age or under, thus an ageing population in Montenegro is noticeable.

Deceased in the Republic of Montenegro according to disease groups in the year 2001

Ordinal number	Group of disease		Number	%
1.	IX	Blood diseases (I00-I99)	2872	52,88
2.	II	Tumours (C00-D48)	896	16,50
3.	XVIII	Symptoms. signs and pathological. clinical and laboratory test results (R00-R99)	629	11,58
4.	XIX	Injuries. poisoning and consequences of effects from external factors (S00-T98)	297	5,47
5.	X	Respiratory system diseases (J00-J99)	266	4,90
6.		Other diseases	477	8,67
Total deaths:			**5.436**	**100.0**

From the total number of deceased persons in the Republic during 2001, 91.33% died due to consequences from the above five groups of diseases, while 8.67% refers to the remaining groups of diseases.

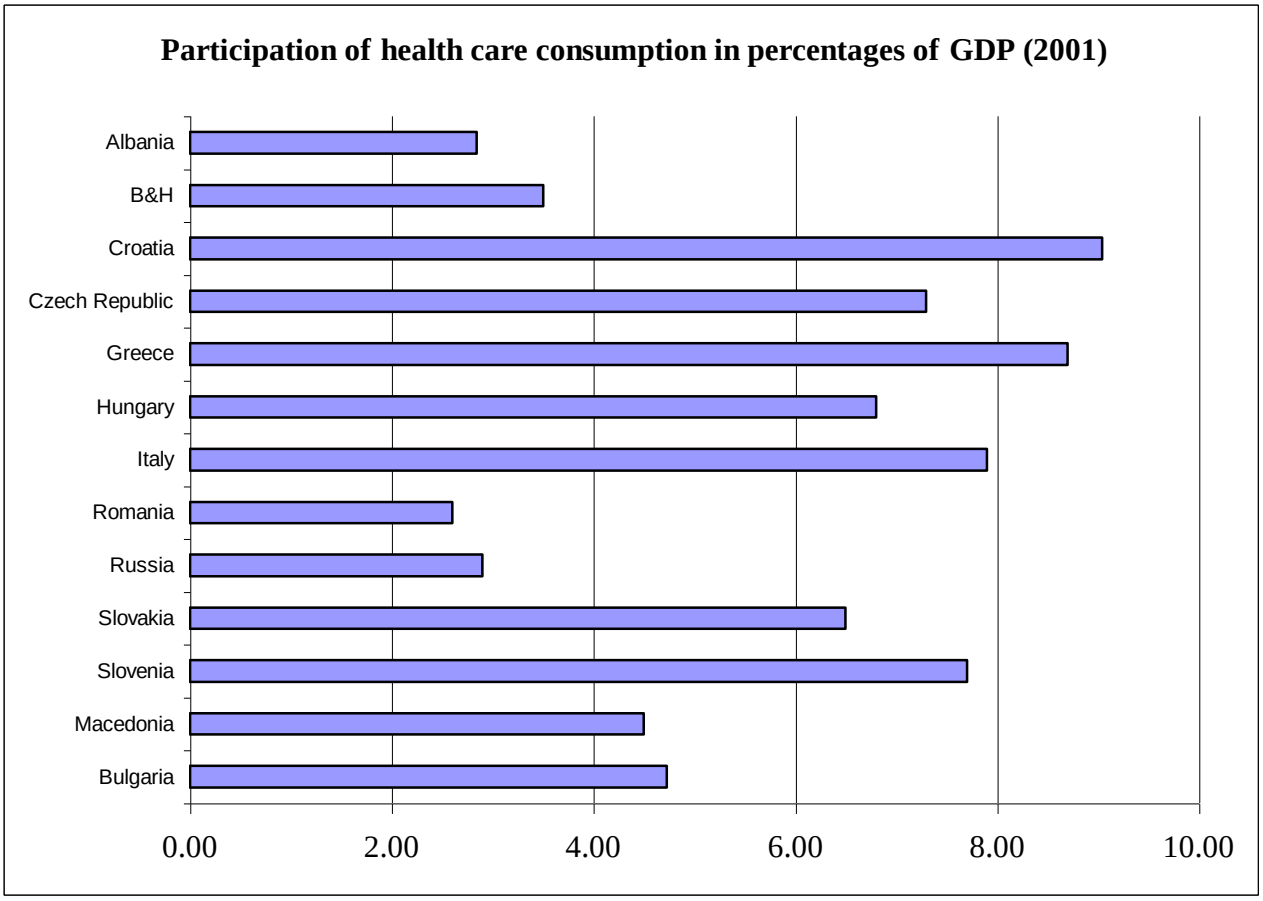
The most common causes of death are: heart disease, lung disease, blood vessels diseases of brain, ischemic heart disease, malignant tumours of throat and lungs, diabetes, the injuries of head, neck, chest and stomach, chronic disease of the respiratory tract, as well as malignant neoplasm of the breast, colon, stomach and anus and liver disease, there were 3,540 or 65% deaths due to the above 10 diagnoses.

2.2. Financing health care

The organization and financing of health care in Montenegro has been based on the dominant role of the public sector to provide and ensure resources for health care and services. Namely, **financing health care is based on the method of compulsory health insurance (German – Bismarck method)**. Contributions are paid according to employee's gross earnings, according to present legal regulations in the amount of 15% of employee's earnings (proportional 50:50 employee and employer), as well as of the self-employed. The Pension and Disabled Persons' Fund assigns resources for pensioners, while the Employment Agency, that is the Budget, pays contributions for unemployment.

According to current health and health insurance Laws, categorization of the population has been carried out on the basis of which rights to health insurance and compulsory contribution payments have been established.

In the structure of the Health Fund's revenues source for the year 2000, contributions on employee and self-employee earnings made up 78%, and contributions for pensioners was 16.6% of total revenue. Revenues from the Budget for the unemployed, from farmers, revenues from interest, from gifts and aid, and other revenues represented less than 5.0% of the total Fund Revenues. Simultaneously, health care spending in Montenegro amounts to 6.1% GDP



In recent years, the socio-economic situation has resulted in the fall of the GDP, growth of unemployment (the rate of unemployment reached a figure of almost 30% of the total active workforce), as well as problems related to financing the Pension and Disabled Persons' Fund, Budget and others. These circumstances caused problems in securing the necessary resources for health care. Additional pressure on health care expenditure increased because of Montenegro's opening and its orientation towards a market economy system (purchasing modern medical equipment and acquisition of the latest, as a rule expensive medicines from abroad).

In recent years the expenditure for medicines and medical equipment in the structure of the Fund's total expenditures have amounted to almost 30% of the total expenditure by the Fund, which is much higher than in many countries. In Montenegro, the lack of national medicines' policy, as well as un unrational procurement of medicines, prescription and consumption of medicines, effectuates the adoption of regulations that should regularize pharmaceutical work.

3. PROBLEM EVALUATION

Health care is a subsystem of the social system whose structure, organization, objectives and functioning are determined by political and economic structure of the State, its economic potential, furthermore, the state of health of the nation, its health problems, tradition, culture as well as other numerous factors.

The Law on Health Care and Health Insurance, which has been in force since 1990, was passed for a system of socio-economic relations based on self-management. The values of this system were public property, self-management and state decentralization, and the general characteristics of its relation to health care was the absence of all State controlled mechanisms in conducting health policy, social principles that allowed the largest volume of health care rights and public property that did not commit entities in health care to efficiency, resulting in a long financial crisis.

The recent problems faced by health care have left unavoidable consequences. The lack of clear objectives and development strategies on a Republic level have made possible for hospital care to dominate capacities and resources because consumers mostly received services in hospital care, as primary health care was unable to solve most health care needs.

During the transition period, health care, like the whole of Montenegro, was exposed to hardship: sanctions and war in its vicinity. Contrary to the traditional method in which ownership of health care institutions was exclusively publicly owned, in accord with social changes, all public institutions were proclaimed state owned, and simultaneously private practice was introduced. Financing health care has remained predominately in the domain of public financing and citizens' participation.

With regard to management, the focus was given to a centralized model by centralizing resources and decision-making. It should be emphasised that in spite of the numerous problems, basic health care resources were preserved, the material base for operations were considerably advanced, and health services provided health care to citizens of the Republic and numerous displaced persons appropriately. However, lack of adequate mechanisms in management of the health system, firstly institutional mechanisms, made influence on the gap between resources and the needs for health care.

Quality-analyses dealing with the socio-economic approach to the health care system in Montenegro are very rare. In a numerous international comparative analyses of the health care system there are almost no relevant data which refers to our country.

The state of health of the Montenegrin population, measured according to health indicators, is on the level with countries of Eastern and Central Europe. However, values for the most frequently used health care indicators lag behind the values of Western European countries.

Quality health care as a parameter for efficiency of the health care system has not been explored in health care institutions. The reasons for improving the system of control may be found in a lack of professional standards, non-developed information system, as well as the lack of a complete evaluation of the health care programs.

The spontaneous development of the private sector has been one of the ever-present problems, which as yet has not been integrated in the health system and is not controlled, so it is difficult to objectively evaluate the extent to which it contributes to improving the state of health of the population of the Republic.

Principal health care problems in Montenegro are:

- **The health system, although organized on the basis of primary health care does not function in a coordinated and integrated manner;**
- **Health institutions primarily aim to offer curative protection to citizens, and much less as prevention for the entire population;**
- **There is a gap between established rights in health insurance and financial abilities to provide for them; Unrealistic expectations of the health care system by citizens and health care employees**
- **Inadequate method of allocating resources with the priorities and health care levels;**
- **Inadequate payment method for health care services and unclear methods for financing health care institutions;**
- **Health care is not programmed in accordance with the needs, priorities and specific needs, particularly at local level;**
- **Large number of non-medical employees and inadequate composition of health care workers, particularly in specific segments of healtcare;**
- **Lack of a national medicines' policy and the unrational use of medicines;**
- **Health care management is not suitable for the modern concept of health system organization, especially in view of systems planning;**
- **Record keeping and the reporting system regulated by law are of poor quality and quite outdated;**
- **Lack of quality health information system and other mechanisms for better management;**
- **No level of the health care system carries out control of the scope and the quality of registered data;**
- **System control and development of quality health care is not developed;**
- **Insufficient motivation to provide quality services and employees are poorly paid;**
- **Existence of informal payments**
- **There is an evident stagnation of the state of health of the population, parallel with a decrease of social and living standards.**

4. DEVELOPMENT STRATEGY

The development strategy for health care in Montenegro is based on health policy, and it implies the definition of necessary activities within health care, in order to complete the adopted objectives of health policy until the year 2020.

Starting point

Health represents one of the most important assumptions for the populations' quality of life. Prior to establishing the documents that refer to the health care system development strategy and health insurance in Montenegro, one must go by the fact that the health of the Montenegrin population is

of vital interest for the State and that it is the most important assumption for the country's fast political and economical development. The starting point for developing this document is the Constitution of Montenegro, as the highest legal act and documents of the United Nations and other organizations of which Montenegro and Serbia are members as well as other suggestions made by international organizations and institutions. Therefore the starting point for this document, among others, includes:

- **Universal Declaration on Human Rights of the United Nations;**
- **World Health Organization's Declaration on the Responsibility of Member States of WHO for Population Health;**
- **European policy and "Objectives for Health in the 21st Century" – WHO;**
- **Charter of Ljubljana;**
- **Conference on primary health care in Alma Ati;**
- **Constitution of the Republic of Montenegro;**
- **Other documents and suggestions made by international organizations and institutions.**

"Promoting and maintaining good health of people, is the foundation for continued economic and social reform and it contributes to a better quality of life and world peace" (World Health Organization - WHO).

Resolution 31.42 WHO advised all countries to strengthen the processes to define health policy, in accordance with possibilities and socio-economic opportunities; Formulating priority health and health related programs; preferential allocation of available resources, according to defined priorities and providing health care through an integrated health system.

With the aim to carry out WHO views and to consolidate the most important directions for health development during the following period, The Ministry of Health for the Republic of Montenegro suggests the Development Strategy, as well as the planning document for development of health and new health policy.

Strategy defines the elements of planning activities, which shall be carried out in the health system, with the aim to undertake political, economic, social, scientific, expert, management, and legislative measures which should reform the health system.

The strategy for health reform opens up the process of necessary reform of the health system in Montenegro, which shall provide better quality health care, improve health and improve the state of health of the population.

Reform is a component part of the total changes of the society that shall encompass all-important elements of the health system and other systems that are closely related to health, social first of all.

The development strategy represents the base for consolidating:

- Strategy: New public health care
- The plan for health care in the Republic;
- Master plan for health resources;
- Human resources development plan;
- Action Plan for achieving health objectives;
- Special strategies in the area of mental health, prevention of mass non-infectious diseases, HIV – AIDS prevention and tuberculosis.

The above-mentioned documents shall establish in detail the activities, bearers, priorities and criteria for evaluation plans. The planning documents that have been mentioned should provide for carrying out health reforms.

4.1. Reasons for reform and change to the health care system

The problems present in the health system during the previous period are the reasons why appropriate health policy should be established in order to solve the most acute problems in:

- **Primary health care** has been formally constituted for many years, as a support system to health care in the Republic. Analysis of the primary health care system indicates that according to quality and efficiency of the primary health care system, it falls behind in fulfilling its basic functions. Legally and programs favored primary health care in the present period has not had the role of primary subject of the system, because development policy instruments did not secure adequate support for affirmation of the primary health care system. Particularly evident are delays in providing working conditions, financial support and policy with regard to specialist training, which dominantly relies on specialization. Medical centres, organized according to the principle of accessible primary care in every municipality, were not integrated within the local community and aimed at preventative health programs; also there was no functional connection to higher levels of the health system. In medical centers doctors were not continuously trained for all-inclusive problem-solving of the populations' health problems, and there was no motivation for their commitment.
- **Productivity and efficiency,** a problem that reflects system weakness on all levels, and especially primary health care. Hyper-production of services in primary health care has not resulted in better health care, because over 60% of beneficiaries were referred to higher level services: polyclinic services, differentiation of diagnostic tests and hospital treatment, which caused enormous expenditure and put pressure on these establishments. Excessive use of services had been conditioned by incompletely equipped medical centers, inept personnel to solve the most frequent problems and the lack of a system to refer beneficiaries to chosen doctors.
- **Work quality,** the most sensitive issue and problem in health care, primarily due to lack of objective mechanisms for quality evaluation. Questioning the citizens' standpoint has shown dissatisfaction with the quality of service, as well as the conditions in which these services are offered, especially when using hospital services. Differences in technical equipment and the conditions where services are offered were the most frequent reasons for dissatisfaction, while the doctors quality of work was valued by personal dealings with patients, with an emphasis to understanding low wages of health care personnel.

4.2. ***Reform objectives***

The general concept for health care system reform shall be based on promoting primary health care, which should be prepared to provide better quality health care services on a local level, aimed at the family, and shall represent the center of the Republic health care system, as a whole.

The general objective of the reform is to bring the health system to a state of optimal functioning in order to, within the framework of available resources, achieve the highest positive effect on the condition of health of the population of Montenegro.

The general objectives are:

- **. Developing health policy that shall guide citizens to become aware of their own decisions and health responsibility and consequences thereof**
- **Improving health care in the most acceptable and equal manner**
- **Developing a health care system, harmonized with European health care development trends,**
- **Increasing efficiency of the health care system through rational and accessible resources,**
- **Improving quality of services,**
- **Applying modern health care technology and**

- **Financially stable system.**

The health care system of Montenegro, although autonomous in relation to other health systems, shall endeavour in the process of reform to harmonize changes in accordance with Millennium development objectives and global trends for development of European health through:

- **Decreasing maternal mortality,**
- **Decreasing death rate of children to the age of five,**
- **Preventing spread of HIV-AIDS and other diseases,**
- **Charter of protection of patient's rights: in which patients shall be highly responsible for their own health,**
- **Cooperation to improve potential health risks and environmental risks,**
- **Approach to health and poverty: with emphasis on health problems which are caused by poverty,**
- **Improving efficiency: providing higher primary health care and care at home, as well as better integration between first and second health care level;**
- **Advantage of cost-effective methods in medical technology: higher proportion of expenditure for promotion and prevention of disease and improving quality of treatment.**

4.3. Vision of health care

The health system in Montenegro must ensure protection and improvement of health for the entire population of Montenegro by way of a series of continual activities and measures directed at preventing infectious diseases and treatment and rehabilitation of ill persons. The health system must remain equally accessible to all citizens of Montenegro and in this manner the principle of equality shall be respected.

The function of public health will have significant importance with an emphasis on prevention of chronic non-infectious diseases, such as cardiovascular disease, smoking and consequences of smoking, protection and promotion of the health of mothers, children and the elderly.

In primary health care, each citizen shall be registered with his/her chosen doctor, who shall follow the patients state of health and requirements, refer the patient to higher levels of health care and be motivated by the payment system to provide better quality work.

Financing for health service shall be provided by the Fund for Health Insurance which shall carry out contribution payments from compulsory health insurance. All citizens are obliged to pay contributions for compulsory health insurance, and the State shall be responsible to pay contributions for the category of citizens who do not pay contributions.

The Health Insurance Fund shall provide financing for the general package of health services, while the remaining services, as well as differences in prices paid for by the insured through participation systems, shall be the subject of voluntary health insurance.

Providing health services shall include the private sector by way of possible contracts to provide health services to persons insured with the Fund's compulsory health insurance. The payment method will ensure fair distribution of resources and payment for completed services through introducing the primary health care capitation system and points' payment or diagnostic categories in secondary and tertiary and health care.

Planning mechanisms and macro level management shall be introduced, and through the decentralisation process the role of management in health institutions shall strengthen, and instruments for evaluation of plans and programs at all levels shall be established.

The quality of health services shall be improved by way of introduction of continued education for health workers, their licensing and the accreditation of health institutions, as well as developing clinical protocol.

Bringing into effect an integral health information system shall be one of the primary priorities in health, in order to provide quality support for better management, improving quality of work and technological development.

4.4 Key principles of reform

Health policy, which has the aim to carry out health system reform, shall proceed from the following general principles:

- **Universality**
- **Equality**
- **Accessibility**
- **Quality ,and**
- **Efficiency**

The existing socio and economical relations represent limiting factors to carrying out reform successfully, especially in the area of health insurance and health care rights. However, in health care there are significant possibilities and scope, which should provide rationalization through existing resources, in order to achieve assumptions for faster and better quality development of health care in Montenegro.

The major part of the reform process shall begin with activities in health care institutions, management at every level of health and health care workers whose engagement shall depend on the established degree of achieved objectives.

The Ministry of Health shall by way of instruments of health policy provide conditions for:

1. **Strengthening primary health care – general package of services,**
2. **Sources of financing and development of a new health insurance system,**
3. **Advancement of the payment system for health services and programs through the system of contract services based on capitation, budgeting and other payment methods,**
4. **Privatisation in the health system – regulating the private sector,**
5. **Defining the role of the State in carrying health policy: Government, Health Council and the Ministry of Health,**

6. **Rationalization of public health,**
7. **Integration of the private sector in the health system.**

4.5. Activities in health system reform

The health system in Montenegro shall develop in the framework of existing public health institutions, through restructuring and integration of resources into private property.

To achieve the established objectives of health policy for the Republic of Montenegro, it is necessary to carry out radical reform of health insurance and health care system.

During carrying out of reforms all citizens of Montenegro shall be provided with equal access to basic health care and quality services, while the private and state sector shall be gradually provided with equal possibilities to carry out health care.

Through the reform process the introduction of planning and management of the health care system shall occur, restructuring of existing health capacities, and the reform itself shall spread over all areas of the system. In order to carry out and provide quality reform, priorities shall be defined, and reform shall be carried out gradually. It shall be possible to supplement the reform plan during the process of carrying out reforms so as to achieve the best effect.

4.5.1. Strengthening preventative **and** *primary health care*

The experience of countries in transition has shown that the health systems of those countries were aimed at secondary and tertiary health care, while primary health care was generally poorly developed, inadequately paid, and doctors at this level, rather than carry out the role of entrance guard for the health system, as they were supposed to solve most of the problems in the primary contact with citizens, actually referred citizens to higher level health services, which are also more expensive. Every health system, which is turned towards secondary and tertiary health care, is simultaneously an expensive system. Also, it is important to emphasise that strengthening preventative and primary health care does not only achieve solving most health problems at a primary level, which also means less expensive treatment, but may also considerably influence and decrease the numbers of persons who are ill from the most common diseases and by doing so significantly influence the positive state of health of the population. By introducing the institution chosen doctor in primary health care, most of the needs of citizens shall be met at a primary level, and protection of the most vulnerable categories of persons, shall have special priority in the Ministry of Health policy.

4.5.2. Restricting increase of health expenditure

In all countries of the world due to advancement in technology, the emergence of new and expensive medicines and the ageing population are causing constant increases to health expenditure. For this reason, all countries of the world are carrying out a number of measures in order to limit this increase, introducing control of expenditure and reducing health system activities to within its abilities. For this reason, it is necessary to prevent increased expenditure, prevent creation of new losses, in the Health Insurance Fund, as well as in health institutions, accelerate payments and strictly control contribution payments, establish a stimulating and regular payments

system for health services and assessment of work performance, establish management principles in health care in order to stimulate independent activities of the most important health institutions. Particular attention must be paid to controlling the use of medicines in stationary health institutions by establishing a Unit dose system. Limitation of increase to health expenditure applies to both the state and the private sector.

4.5.3. Financing system and health institution payment methods

It is necessary to consider methods for financing health institutions. This particularly refers to resources that the Montenegrin Budget has to provide for health care of non-insured persons. The Fund for Health Insurance has to undertake the function of controlling the contribution payment for health insurance in order to secure collection of resources in the assigned framework. Considering that the rate for employee contributions is among the highest in Europe it represents a huge burden on the economy. It is due to this reason that there is a developed sector of grey economy. In harmony with macro economic policy, consideration should be given to reducing the rate of contributions while simultaneously expanding the base contribution payments, this requires a clear definition of what constitutes employee salary and a fierce battle against grey economy.

The Fund's existing payments method for health services is not good because theoretically, it represents a payment system "compensation for service", and in practice, it is some kind of inaccurately defined budget. As a basis for this, an accurately defined general package of health services must be defined that shall be provided to citizens by the State, as there is no such country wealthy enough to provide all services. The next step is clearly separating primary from secondary and tertiary health care in all health institutions.

It is necessary to clearly divide the relations between the Budget and Fund resources for health insurance. The State provides basic health care and universal cover for the population in the following manner: all persons who pay contributions and persons who are insured through them are eligible to basic health care in that manner.

Key to success of the reform is that all persons should settle their obligations. This also refers to companies that are required to pay contributions without exception. Strengthening financial discipline and a system to control contribution payments is vitally important for the success of reform.

The method for payment of primary health care should be **capitation** with the contracting between the Fund for Health Insurance and health institutions (medical centres) for every chosen doctor in primary health care who has been selected by a minimum number of citizens and agreement between the Fund and private doctors who meet legally defined requirements for work and have been selected by a minimum number of citizens as their chosen doctor.

4.5.4. Health information system

The health information system in Montenegro is insufficiently developed, although there is a clear requirement for timely collection, aggregation and data processing related to the health system. The reason for developing a health information system lies in the requirement to collect and process the data that is necessary as support for the management, planning and decision-making process.

Development of an information system shall provide development and improvement of the health system, and shall provide sustainable financing for the health system and provide statistical data.

In order to provide development of the health care information system it is necessary to:

- Establish standards with regard to data structure and the manner of transfer throughout Montenegro;
- Establish an electronic citizen's health card as a central element for medical documentation;

- Forming communication infrastructure necessary for data exchange;
- Enabling access to data by different participants in the health system according to the defined levels of access.

In order for the health information system to function efficiently, the data must only be entered at the location where data occurred. Safety procedures must be specifically defined in order to provide safety and privacy of data. Stable financing for maintenance of such a developed information system must be provided.

4.5.5. Human rights and ethics in health care

In many countries in transition over the previous period there has been significant degradation of the health system, medical profession, as well as ethics in health. It is necessary to commence a number of measures with the objective to strengthen ethics in health care, and guarantee human rights to citizens. Practically, from the declarative guarantee of human rights, as well as rights to health care, with the situation being as it is, now is the time to exercise these rights.

In this respect it is necessary to strengthen the awareness of health as one of the basic human rights, as well as the awareness of a patient's rights to a timely and exact information with regard to his/her state of health and active participation in his/her treatment. For this reason it is necessary to develop guidelines for citizen's awareness about personal rights in the framework of health care and by way of a well designed media campaign to acquaint citizens with these. Also, it is necessary to inform citizens with regard to new treatment methods and modern accomplishments in the field of medicine. Much work has to be carried out to improve the way doctors and medical personnel communicate with citizens. It is necessary to allow citizens to make complaints about health services by introducing the institution of ombudsman who shall beside human rights participate in protecting citizen's rights in this area.

4.5.6. National Medicine Policy

All nations of the world are facing increased expenditures for medicines necessary to treat citizens. The expenditure increase for this purpose is first of all related to introducing new, principally expensive medicines. At the same time, countries in transition are facing increased expenditure due to inadequate control of prescription medicines by doctors and consumption of medicines, both prescription medicines and medicines consumed in stationary health institutions.

In order to carry out national medicine policy the following processes need to be regulated:

- **Establishing institutional framework (laws and other regulations);**
- **Registration of medicines and medicinal products;**
- **Quality control and researching medicines and medicinal products;**
- **Control of production and internal and external trade;**
- **Control of maximum price of medicines.**

In principle there are two basic methods to control prices: 1. Limiting maximum price of medicines; 2. Limiting profit for the pharmaceutical industry. Most countries resort to limiting maximum prices for medicines in two ways: 1. of foreign origin; 2. calculative.

Establishing the Positive medicine list and introducing reference prices

Establishing the Positive list of medicines and establishing reference prices for medicines from such list represent a powerful mechanism to control and reduce expenditure for medicines. The existing Positive list of medicines must firstly be reduced in accordance with the essential list of medicines of the World Health Organization and appropriate with the economic opportunities of the Health Fund.

Introducing principles of good prescription practice and clinical protocol

Introducing principles of good prescription practice and clinical protocol represent a very important mechanism to control expenditure of medicines. In many countries a large number of antibiotics are over-prescribed, even when they are not necessary which not only has a negative influence due to increasing the expenditure for medicines, but it also has a negative influence on developing resistant layers of the cause of disease, and for this reason further use of new, stronger and more expensive types of antibiotics.

Control of prescriptions and issuing of prescription medicines and use of medicines in stationary health institutions

Finally, expenditure for medicines that are at the expense of the Health Fund as well as those in pharmacies and hospitals may be considerably reduced by possibly introducing a system of monitoring prescriptions and issuing medicines with a prescription and consumption of medicines while in hospital . The fact alone that introducing control of prescription medicines and issuing of medicines at pharmacies is sufficient to decrease the consumption of medicines. However, it is necessary to introduce a system and design a number of measures in order to influence doctors to reduce the number of prescription medicines. As far as consumption of medicines in hospitals is concerned, it is necessary to introduce a unit dose system, firstly as a pilot project in one hospital, and afterwards in the remaining health institutions.

5. DIRECTIONS FOR REFORM

I INSTITUTIONAL REFORM:

<u>Objective:</u> health care administration training, health care institutions on a national and primary level for more efficient management of the health care system

Tasks:

a) Legal instruments

Adopting the Law, this will define the general principals of health care system and health care system organization, directed at increasing efficiency and quality, exemplary of principals in democratic countries which will provide conditions to improve medical care and services and stable functioning of health care as a whole:

- **Law on Health**
- **Law on Health Care Insurance**

- **Law on Compulsory Records in the Field of Health Care**
- **Law on Medicines and Medicinal Products**
- **Renewed Law of the former Federation on food safety and health ecology**

b) By-law regulation shall regulate activities of institutions and entities in the health care system in an objective and standardized manner, in order to ensure equal rights for utilizing health care, optimal working conditions and an adequate system of the quality control of health care services.

- **Regulations in the field of production, turnover and medicine control,**
- **Lists of medicines and guidelines for acquisition and use of medicines,**
- **Elementary set of measures for heath care,**
- **Book of Regulations on conditions for providing health care,**
- **Book of Regulations on the manner of exercising health care rights,**
- **Book of Regulations on obtaining health care abroad,**
- **Book of Regulations on participation of the insured in health care expenses,**
- **Book of Regulations on expert control in health care institutions**
- **Book of Regulations on good manufacturing and distribution practice and trade in medicines**
- **Categorization and accreditation of hospitals and other health care institutions,**
- **Network of health care institutions**

c) **Expert standards** are instruments that shall establish distribution of work, the catalogue of knowledge and skill which have to be achieved by different profiles of health care workers. Application of standards will ensure criteria for quality control, for expert assessment of individuals, for adequate evaluation and rewarding, as well as carrying out measures for patient security during the process of providing health care and services.

Through the fulfilment of the **Project expert standards**, it is necessary to establish the following expert standards for:

- *Diagnostic, therapeutic and rehabilitation procedures,*
- *Clinical guidelines,*
- *Laboratory methods,*
- *Procedures with patients from entry to exit of the system,*
- *All "hotel" type services of health care institutions,*
- *Contents and methods of quality control, evaluation, planning and programming,*
- *Procedure for carrying out different health care programmes for disease prevention, changing bad health habits and protection measures for groups at risk,*
- *Products that are used in health care,*
- *Facilities and their components used in health care purposes.*

II REFORMS OF ECONOMIC RELATIONS IN HEALTH CARE

Objective: Establishing: stable sources to finance health care, equal types of ownership; abolishing monopoly and affirmation of market principles in certain segments of the system; introducing, other than compulsory, voluntary health care insurance and changes to payment methods for health care services.

Tasks:

a) The Analysis of economic relations and financial flows in health care should point out at availability of total health care resources, problems in obtaining resources and efficiency of their use. In this context it is necessary to carry out the following:

- **Program of rationalizing medicine expenditure,**
- **Program of rationalizing in stationary institutions,**
- **Program of rationalizing non-medical personnel,**
- **Program control of sick leave,**
- **Project organization of the system for financing and paying for health,**
- **Project criteria for priority selection in investment decision-making, and**
- **Project standardizing expenditure in health activities.**

b) Project improving payments for health care services should provide change to the system of economic relations and rational health care while assuring stimulation of quality and affirmation of the medical profession.

c) Master Plan for health resources should provide decentralization in development planning of total health capacities necessary to achieve objectives in health reform. The Master Plan for the Republic shall:

- Confirm network and capacities of all necessary resources in health care,
- Provide restructuring and rationalization of public health resources, in particular hospital capacities,
- Provide conditions to introduce modern management structure in hospitals and increase work efficiency,
- Develop work organization of public hospital in Montenegro,
- Provide conditions for system categorization and hospital accreditation.

In order to develop the Master Plan, Network of Health Resources shall carry out and make the following:

- **Register of Public Health Institutions Property,**
- **Register of Private Health Institution Property,**
- **Analysis of Hospital Capacity Use,**
- **Pilot Study for Medical Centres,**
- **Geriatrics' Project**

c) **Project for development of health care organization structure** shall provide development of primary health care, directing resources and reorientation of the entire health system, to increase consumption of service potential in primary health care.

The project shall encompass:

- **Systems' analysis of primary health care,**
- **Home care project**
- **Reorganization of emergency medical assistance,**
- **Education and training of personnel by way of the middle-term Human Resource Plan,**

- **Pilot project for organization of prevention centres: diet counselling service, smoking and other health problems.**

d) **Project development of health care information system** shall provide standardization of information and use of information and improved management at all levels of health care. In that sense the following shall be established:

- **Basis for development of an information system**
- **Information system for the Health Insurance Fund**
- **Pharmaceutical information system**
- **Illness Registry: cancer registry, diabetes registry and others**
- **Hospital information system**
- **Registry of targeted groups in primary health care.**

III REFORM ATTITUDE TOWARD HEALTH

Objective: Changing the attitude towards health as a basic human right and promotion of health; establishing ethic and citizen relations through affirmation of the medical profession and strengthening public awareness of health; increasing professionalism and training for health care personnel

Tasks:

a) **New Public Health Project** shall be directed at increasing the quality of health of the population, to change attitudes towards health, providing a healthy and safe living environment, promoting healthy life styles and strengthening personal responsibility for own health. Training personnel and organizational development, shall provide conditions for professional and scientific affirmation of public health institutions. Projects for prevention of leading diseases shall be developed with support from international subjects, with expert coordination by the Public Health Institute.

b) **Ethical Norms Project** should provide the establishing of specific code of ethics for health care workers, code of responsibility for work and quality of health care services, on the one side, and more responsibility for citizens to look after their own health. This requires development of the following:

- **Code of ethics for health care personnel**
- **Guidelines for citizen's rights in the field of health and health care**
- **Rules of behavior between doctors - patients**

c) **Human Resources Management Project** shall define the condition in the field of protection of personnel, middle-term requirements, as well as education that is intended to advance skills and knowledge of health professionals. The plan should define changes to contents and methods of educating health workers, in particular the medical technician field – nursing. This shall be achieved by continued training of health care workers engaged in the visiting-nurse services, home care, and hospital care, protection for elderly persons and persons with special needs.

- **Development of Personnel Plan,**
- **Programs for expert training of nursing personnel.**

6. CARRYING OUT REFORMS

In the framework of reforms all segments of the health system shall be included, from organization and work manner of the Ministry of Health, health institutions network and its functioning, private sector health, work manner and organization of the Health Fund, financing methods for health care, payment methods, monitoring and control…

Bearers of reform of the health care system and health insurance are: The Ministry of Health of the Republic of Montenegro, Health Insurance Fund and Public Health Institute of Montenegro, with active participation from all health and other institutions. In order to carry out the reform it is necessary to include international institutions and organizations, especially: IMF, World Bank, World Health Organization, ICRC and others.

Carrying out reforms shall encompass carrying out short and long-term measures that shall be based on projects.

The Ministry of Health retains all functions so far of health system management and introduces modern organizational structure. The **Republic Health Council** shall be institutionalised and shall provide systems management on an expert and policy level.

219. Strategija očuvanja i unapređenja reproduktivnog zdravlja

Vlada Republike Crne Gore
Ministarstvo zdravlja
Republička komisija za reproduktivno zdravlje

STRATEGIJA
OČUVANJA I UNAPREĐENJA
REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA

Septembar, 2005. godine

1. UVOD

Milenijumskim razvojnim ciljevima UN-a (2000) zaštita zdravlja majki i djece utvrđena je kao globalni cilj koji obezbjeđuje socijalnu pravdu, dostizanjem univerzalnih principa ljudskih prava. Svih osam milenijumskih ciljeva su, direktno ili indirektno, povezani sa zdravljem majki i djece, a 4. i 5. cilj direktno su povezani sa smanjenjem smrtnosti djece i unapređenjem zdravlja majki. Gubitak više od 10 miliona djece do jedne godine života u svijetu za godinu dana, pokrenuo je široku međunarodnu intervenciju na smanjenju maternalne smrtnosti i smrtnosti odojčadi.

Zdravlje majki i djece je najveći izazov u unapređenju sistema zdravstva, kao dijela javnog zdravlja, kroz održavanje i poboljšanje pružanja zdravstvene njege. Skupština Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 57. zasijedanje, 2004. godine) usvojila je «Globalnu strategiju reproduktivnog zdravlja», sa ciljem da se ubrza progres na postizanju milenijumskih razvojnih ciljeva, a u cilju poboljšanja seksualnog i reproduktivnog zdravlja populacije svake zemlje. Cilj strategije je da pospješi globalno smanjenje maternalnog i perinatalnog mortaliteta i smrtnosti majki i djece. Na globalnom nivou utvrđeni su opšti stavovi u deklaraciji WHO - Zdravlje za sve, zaključcima međunarodne «Konferencije o populaciji i razvoju» (ICPD, Kairo,1994. godine), «Četvrte konferencije o ženama» (Peking, 1995. godine) na koje su sve zemlje dužne da odgovore.

Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje svim vladama zemalja evropskog regiona, međuvladinim i nevladinim organizacijama i institucijama da u okviru zdravstvene politike posebno mjesto imaju stavovi i politika unapređenja zdravlja majki i djece. Rezolucija WHO obavezuje zemlje članice da razvijaju i jačaju svoje programe za reproduktivno i seksualno zdravlje i to na sljedeći način:

1. da procijene svoje potrebe vezane za reproduktivno zdravlje i razviju dugoročne vodiče, rukovodeći se principima WHO, sa posebnim osvrtom na jednakost polova u perspektivi onih kojima će to služiti. Sve aktivnosti je potrebno staviti u okvir međunarodno priznatih ljudskih prava.

2. da jača kapacitete zdravstvenih radnika koji će na human, plemenit i kulturan način prepoznati potrebe za reproduktivnim zdravljem pojedinca, posebno vodeći računa o uzrastu (mladi, adolescenti), poboljšati sadržaj kursa i metodologiju za obuku zdravstvenih radnika u oblasti reproduktivnog zdravlja i ljudske seksualnosti, obezbijedi podršku i uputstva pojedincima, roditeljima, nastavnicima i drugim subjektima u ovim oblastima.

3. da nadgleda i ocjenjuje proces, kvalitet i efikasnost programa za reproduktivno zdravlje, kao dio regularnog monitoringa, što predstavlja napredak za sve strategije u zdravstvu.

Strategija reproduktivnog zdravlja je oblast posebne brige Svjetske zdravstvene organizacije u evropskom regionu. Razlozi za akciju SZO su postojanje neprihvatljivog raskoraka u statusu reproduktivnog zdravlja kod stanovništva u zapadnoj, centralnoj i istočnoj Evropi. U zapadnoevropskim zemljama stopa mortaliteta je ispod 2 na 1000 živorođene djece. U okviru Evropskog programa – Solidarnost za zdravlje u evropskom regionu poboljšanju u oblasti reproduktivnog dat je izuzetan značaj. Procesi socijalne i ekonomske tranzicije dovode do povećanja nezaposlenosti, siromaštva, dezintegracije socijalnih mreža, a zemlje koje se suočavaju sa tranzicionim problemima smanjuju budžete za socijalni i zdravstveni sektor, što najviše utiče na zdravlje stanovništva, posebno vulnerabilnih grupa, među kojima su djeca i majke najznačajnije. Zemlje u tranziciji se istovremeno suočavaju sa problemima u zaštiti zdravlja adolescenata, seksualnih zloupotreba, zaštite reproduktivnog zdravlja izbjeglica i raseljenih lica i ostalih grupa, koje moraju biti pod pažnjom zdravstvenih i drugih vlasti širom Evrope. Zbog toga se naglašava da nacionalne strategije za

unapređenje reproduktivnog zdravlja moraju biti osmišljene i kompatibilne sa usvojenim dokumentima Svjetske zdravstvene organizacije –evropskog regiona u svakoj od pedeset dvije zemlje članice Evrope.

Imajući u vidu navedene preporuke, rezolucije i stavove svih međunarodnih subjekata, pojavila se potreba za stvaranjem okvira kojim bi se formulisala politika i strategija za različite zdravstvene programe, kako bi svi bili međusobno usklađeni i omogućili bolju regionalnu saradnju na svim nivoima, a sve u funkciji očuvanja i unapređenja zdravlja. Zbog toga se pored Strategije razvoja zdravstva, kao globalnog dokumenta razvijaju posebne strategije za prioritetne oblasti javnog zdravlja, među kojima je i reproduktivno zdravlje. Unapređenje zdravlja majki i djece predstavlja prioritet u svim strateškim dokumentima Vlade Republike Crne Gore.

Strategija očuvanja i unapređenja reproduktivnog zdravlja ima za cilj da:

1. **obezbijedi implementaciju ciljeva zdravstvene politike, posebno u oblasti zdravlja trudnica i odojčadi kroz primjenu mjera prevencije**
2. **smanji perinatalnu smrtnost novorođenčadi za 50%**
3. **obezbijedi svom stanovništvu poboljšanje zdravlja u oblasti reproduktivnog zdravlja uključujući i seksualno zdravlje i**
4. **smanji razlike i nejednakosti u reproduktivnom zdravlju.**

2. OBJEKTI I METE REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 1994. godine) **definiše reproduktivno zdravlje kao stanje zdravlja koje se odnosi na reproduktivne odnose, funkcije i sisteme u svim životnim dobima**. Sadržina definicije podrazumijeva da su ljudi sposobni da vode odgovoran, zadovoljavajući i siguran život i da imaju slobodu da odluče da li, kada i koliko djece žele da imaju. Implicitno je pravo muškarca i žene da o ovome budu informisani, da imaju pristup sigurnim, efikasnim, dostupnim i prihvatljivim metodama regulacije plodnosti, prema svom izboru, kao i da im se obezbijedi odgovarajuća usluga zdravstvene njege koja će im omogućiti bezbjednu trudnoću i rađanje zdravog i željenog djeteta.

Međunarodno prihvaćena definicija reproduktivnog zdravlja utvrđena na konferenciji (ICPD, Cairo, 1994. godine) uključuje i oblasti seksualnog zdravlja (odgovoran, zadovoljavajući i bezbjedan seksualni život); reproduktivne slobode (pristup informacijama, metodama i uslugama) i sigurno materinstvo (bezbjedna trudnoća, rađanje zdravog djeteta).

U kontekstu utvrđenih definicija je i definicija seksualnog zdravlja koje podrazumijeva pozitivan pristup ljudskoj seksualnosti u cilju seksualne zdravstvene njege na pozitivnim osnovama, kojima se unapređuju životni i personalni odnosi (WHO, 1975. godine). Smatra se da je seksualno zdravlje integracija somatskih, emotivnih, intelektualnih i socijalnih aspekata seksualnosti koji pozitivno obogaćuju i povećavaju personalnost, komunikaciju i ljubav.

Oblast unapređenja reproduktivnog zdravlja u Crnoj Gori, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, za period do 2010. godine, obuhvata sljedeće objekte i mete:

polje odluka o reproduktivnom zdravlju
polje sigurnog materinstva
polje seksualnog zlostavljanja i nasilja
polje kontrole STD/HIV-a
trafiking ženama
rak dojke
polje seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata

relacija sa izbjeglicama i raseljenim licima
relacije sa migrirajućim stanovništvom i
relacije sa starijim ljudima.

2.1 Polje odluka o reproduktivnom zdravlju

2.1.1. Objekat 1

Povećati informisanost pojedinaca i parova o pravu na slobodno odlučivanje o broju i vremenu rađanja djece, kako bi se promovisao cilj da svako dijete bude željeno.

Način sprovođenja:

- zakonske propise iz ove oblasti uskladiti sa medjunarodno priznatim dokumentima o zaštiti reproduktivnog zdravlja
- koncept reproduktivnog prava inkorporirati u školski nastavni plan i program, kao i u vanškolske aktivnosti mladih
- 75% stanovništva bi trebalo da bude upoznato sa metodama planiranja porodice i kontracepcije
- ustanove koje pružaju usluge (tipa namjerni abortus) trebalo bi da imaju i savjetodavni kabinet o kontracepciji i
- dvojaka zaštita (od infekcije i trudnoće) mora biti prihvaćena i praktikovana od onih koji su izloženi riziku.

2.1.2. Objekat 2

Smanjenje broja namjernih abortusa

Način sprovođenja:

- abortus, kao alternativu u planiranju porodice ograničiti
- uključiti planiranje porodice u programe primarne zdravstvene zaštite i
- ukloniti legalne prepreke za izbor kontraceptivnih sredstava.

2.1.3. Objekat 3

Poboljšati pristup kontraceptivnim uslugama

Način sprovođenja:

- kontraceptivna sredstva povećati u okviru pozitivne liste ljekova
- kontraceptivne usluge su sastavni dio obima prava u paketu usluga primarne zdravstvene zaštite
- pravila koja obezbjeđuju pouzdanost i anonimnost kontraceptivnih usluga poštovati i usvojiti u praksi i
- napraviti programe zdravstvene zaštite koji garantuju da godine (adolescenti), pol, lični status, etnička pripadnost, poznavanje jezika, visina doprinosa i ostali kriterijumi, ne predstavljaju prepreku za pružanje usluge onima kojima je potrebna.

2.1.4. Objekat 4

Širenje obima kontraceptivnih opcija

Način sprovođenja:

- svaki izabrani ginekolog ili služba mora da bude sposobna da ponudi najmanje tri različita kontraceptivna metoda
- izabrani ginekolozi i ginekološke službe moraju ponuditi korišćenje hitne kontracepcije i
- moraju se znati kontraindikacije pri korišćenju svih oblika kontracepcije.

2.1.5 . Objekat 5

Uključiti pripadnike muškog pola

Način sprovođenja:

- ukinuti legalne barijere za sterilizaciju muškaraca i
- omogućiti liječenje muškog infertiliteta koje je u porastu.

2.2 Polje sigurnog materinstva

2.2.1. Objekat 1

Smanjiti stopu mortaliteta i morbiditeta majki.

Način sprovođenja:.

- niska stopa (10-20) u periodu pet godina smanjenje za 20%
- srednja stopa (21-40) smanjenje za 30%
- visoka stopa (više od 40) smanjenje za 40%
- redukovati morbiditet i mortalitet majki, kao posledicu namjernog abortusa
- povećati procenat trudnica koje su tokom trudnoće praćene od strane ginekologa najmanje na 98%
- povećati procenat porođaja kojima su prisutni zdravstveni profesionalci na najmanje 98%
- smanjiti prevalencu anemije kod trudnica
- obezbijediti jednaku dostupnost zdravstvene zaštite žena, posebno u okviru primarne zdravstvene zaštite
- obezbijediti potpunu zaštitu žena na primarnom nivou, organizovanjem tri regionalna centra za reproduktivno zdravlje i to: u sjevernom, središnjem i južnom regionu i
- regionalni centri bi trebali da obuhvate svih deset polja reproduktivnog zdravlja.

2.2.2. Objekat 2

Redukovati stopu perinatalnog i neonatalnog mortaliteta

Način sprovođenja:

- niske stope (manje od 10) smanjiti za 20%
- srednje (od 10-19) smanjiti za 30%
- visoke stope (20 i više) smanjiti za 40%
- povećati procenat beba koje doje do 6 mjeseci od 60%
- obezbijediti organizaciju svih akušerskih odjeljenja za «baby friendly» način rada i
- povećati procenat stanovništva koji je upoznat sa osnovnim problemima vezanim za trudnoću i porođaj.

2.3. Polje seksualnog zlostavljanja i nasilja

2.3.1. Objekat 1

Smanjiti seksualno zlostavljanje i nasilje kao i njihove posljedice.

Način sprovođenja:

- sprovoditi mjere programa prevencije nasilja nad ženama utvrđene nacionalnim dokumentima
- stvoriti bazu podataka o seksualnom zlostavljanju i nasilju
- osnovati ustanovu za žrtve nasilja nad ženama u kojima mogu dobiti pomoć i zaštitu i
- obezbijediti adekvatne mehanizme za sankcionisanje nasilja nad ženama.

2.4. Polje kontrole polno prenosivih bolesti i HIV-a

2.4.1. Objekat 1

Smanjiti incidencu i prevalencu polno prenosivih bolesti

Način sprovođenja:

- smanjiti incidencu sifilisa
- smanjiti prevalencu od izlječivih polno prenosivih bolesti na manje od 10% populacije i
- obezbijediti efektivan tretman najmanje 80% slučajeva polno prenosivih bolesti.

2.4.2. Objekat 2

Smanjiti incidencu i prevalencu HIV/AIDS-a

Način sprovođenja:

- dosljedno sprovoditi mjere utvrđene Strategijom prevencije HIV/AIDS- a
- omogućiti dvostruku zaštita kod žena korišćenjem kondoma i upotrebom kontraceptiva u najmanje 30% populacije
- testiranje HIV-a je obavezno za sve trudnice tokom antenatalne njege i
- smanjiti incidencu prenosa HIV-a od majke na dijete tretiranjem HIV pozitivnih trudnica.

2.4.3. Objekat 3

Smanjiti incidencu i prevalencu raka grlića materice

Način sprovođenja:

- napraviti skrining program za rano otkrivanje raka grlića materice
- postići da najmanje 90% ženske populacije koristi preventivne usluge na nivou primarne zdravstvene zaštite, u okviru obima prava i
- omogućiti savremene dijagnostičke metode ranog otkrivanja karcinoma u svim domovima zdravlja.

2.4.4. *Objekat 4*

Unaprijediti zdravlje kod ukupnog stanovništva po pitanju polno prenosivih bolesti i HIV/AIDS-a

Način sprovođenja:

- uključiti u obrazovne programe obuku o polno prenosivim bolestima i HIV/AIDS-u
- obezbijediti vršnjačku edukaciju za programe prevencije ovih bolesti i
- uključiti medije u aktivnosti na promociji reproduktivnog zdravlja.

2.5. Polje trafikinga ženama

2.5.1. Objekat 1

Pojačati mjere prevencije trafikinga i obezbijediti zaštitu za žrtve trafikinga.

Način sprovođenja:

- sprovoditi mjere nacionalnog akcionog plana za borbu protiv trgovine ljudima
- raditi kampanje za javno informisanje zajednice o trafikingu i
- zaštititi žrtve trafikinga.

2.6. Rak dojke

2.6.1. Objekat 1

Ojačati i podržati projekte snimanja i ranog otkrivanja raka dojke i raditi na širenju znanja kod žena za samopregledom.

Način sprovođenja:

- postići da najmanje 90% žena iz rizične grupe obavi pregled jedanput godišnje
- promovisati mamografiju u dijagnostičke svrhe
- obezbijediti standardizaciju opreme za dijagnostiku na nivou domova zdravlja i regionalnih centara za reproduktivno zdravlje
- obezbijediti skrininge rizičnih grupa i mogućnost utvrđivanja patologije dojke i
- formirati edukativne programe za žene.

2.7. Polje seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata

2.7.1. Objekat 1

Edukovati adolescente o svim oblastima seksualnog I reproduktivnog zdravlja

Način sprovođenja:

- edukaciju o seksualnom I reproduktivnom zdravlju uključiti u nastavni plan I program srednje škole i
- razvijati obrazovni program vršnjačke edukacije o seksualnom I reproduktivnom zdravlju za ciljne grupe omladine van škole.

2.7.2. Objekat 2

Osigurati lako korišćenje zdravstvenih servisa za mlade

Način sprovođenja:

- formirati centre za mlade –YFS (Youth Friendly Servicies), na svakih 100.000 korisnika I savjetovališta za mlade u svim domovima zdravlja
- servisi za mlade moraju biti pouzdani I prilagođeni uslugama za mlade uključujući psihološku podršku u okviru zdravstvenih usluga i
- mlade ljude uključiti aktivno u sve edukativne programe vezane za poboljšanje seksualnog I reproduktivnog zdravlja.

2.7.3. Objekat 3

Smanjiti neželjenje trudnoće i polno prenosive bolesti kod omladine

Način sprovođenja:

- potrebno je da se najmanje 75% mladih ljudi štiti od trudnoće i polno prenosivih bolesti tokom svog prvog seksualnog kontakta
- da se najmanje 90% mladih ljudi štiti od trudnoće i rizika bolesti tokom sledećih seksualnih kontakata i
- redukovati stopu trudnoća kod tinejdžera za najmanje 30% od dostupnih podataka
- obezbijediti bolju evidenciju u vezi neželjenih trudnoća u svim zdravstvenim ustanovama.

2.8. Polje izbjeglica i raseljenih lica

2.8.1. Objekat 1

Zaštitita reproduktivnog zdravlja kod izbjeglica

Naćin sprovođenja:

- izbjegličkoj populaciji obezbijediti usluge reproduktivnog zdravlja na nivou prava utvrđenih obimom usluga i u svim hitnim slučajevima, uključujući lijekove i kontraceptivna sredstva i
- organizovati savjetovanja o reproduktivnom zdravlju i seksualnom zlostavljanju, kao i svim oblicima nasilja, posebno u romskoj populaciji u izbjegličkim kampovima.

2.9. Polje migranata

2.9.1. Objekat 1

Smanjiti nejednakost u obezbjeđivanju mjera za zaštitu reproduktivnog zdravlja između migranata i rezidentnog stanovništva

Način sprovođenja:

- organizovati korišćenje usluga zaštite reproduktivnog zdravlja bez religioznih, rasnih, kulturoloških ili jezičkih barijera i
- zajednice migranata informisati na adekvatan način o pravima na zdravstveno osiguranje i organizaciji zdravstvenog sistema zemlje u kojoj borave, kao i načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite.

2.10 Polje brige o starim ljudima

2.10.1. Objekat 1

Poboljšati seksualno zdravlje starih ljudi

Način sprovođenja:

- informisati žene i muškarce o emocionalnim, fizičkim, hormonalnim promjenama, tokom procesa starenja i omogućiti im da se spriječe komplikacije povezane sa ovim procesom i
- grupama sa slabim socijalnim statusom obezbijediti privilegovan tretman u rješavanju komplikacija nastalih usljed hormonskih promjena.

3. ANALIZA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA STANOVNIŠTVA

Na osnovu rezultata popisa iz 2003. godine, od ukupnog broja stanovništva u broju od 620.145, stanovništvo ženske poulacije iznosi 314.920 (Monstat, 2004). Od ukupnog broja ženske populacije žensko fertilno stanovništvo čini 25,28% ukupnog stanovništva Crne Gore, odnosno 156.786 žena u dobi od 15 –49 godina života, koje predstavlja optimalno reproduktivno doba. Visoko učešće ženske populacije i značaj u ukupnom zdravlju stanovništva zahtijevaju posebne aktivnosti zdravstvene službe na unapređenju reproduktivnog zdravlja.

Zdravstvena zaštita žena se, kao dio zaštite reproduktivnog zdravlja, obezbjeđuje na nivou primarne zdravstvene zaštite u 24 organizacione jedinice domova zdravlja, sedam ginekološko - akušerskih odjeljenja opštih bolnica i Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra. Istovremeno, dio ove zdravstvene zaštite se pruža u 11 privatnih ambulanti.

U toku 2003. godine, broj posjeta dispanzerima za žene u domovima zdravlja iznosio je 91.300 posjeta, u savjetovalištima 3800 posjeta i 21.300 patronažnih posjeta.

U odnosu na prethodne godine, broj posjeta u organizacionim jedinicama javnih zdravstvenih ustanova je u padu, što je posljedica smanjenja broja trudnoća i porođaja.

Broj posjeta ljekaru - 1993	Broj posjeta ljekaru -2002	Index 02/93	Prosjek posjeta na dan - 93	Prosjek posjeta na dan - 02	Index 02/93
144.000	**124.700**	**91,1**	**26,8 posjeta**	**15,2 posjeta**	**56,7**

Zdravstvenu zaštitu na primarnom nivou obavljalo je 80 zdravstvenih radnika, od čega 33 ljekara specijalista ginekologa. Najveći broj posjeta su obavile žene u dobi od 20-29 godina života: 11.608, a zatim u dobi od 30-39 godina i to 11.405 posjeta. Broj posjeta u savjetovalištima za trudnice u 2003. godini iznosio je 25.500 posjeta.

Pregled broja liječenih u bolnicama u 2003. godini

Bolnica	***Ispisani bolesnici***	***% liječenih***
OB Bar	***1297***	***10,31***
OB Berane	***1597***	***12,69***
OB Bijelo Polje	***1079***	***8,58***
OB Kotor	***802***	***6,37***
OB Nikšič	***1727***	***13,73***
OB Plevlja	***637***	***5,06***
OB Cetinje	***758***	***6,03***
Klinički centar	***4683***	***38,66***

Bolnička odjeljenja za ginekologiju i akušerstvo broje 324 postelje, odnosno 0,58 postelja na 1000 stanovnika. Broj liječenih pacijentkinja zbog bolesti i pacijentkinja zbog porođaja iznosio je 11.084 u 2003. godini. Zdravstvenu zaštitu na ovom nivou je obezbjeđivao 41 ljekar specijalista ginekolog, sedam na specijalizaciji i 184 medicinska tehničara.

Prema indikatorima vitalne statistike u Crnoj Gori, 2003. godini je:

ukupan broj živorođenih – 8345

boj živorođenih muških - 4350

boj živorođenih ženskih - 3995

uupna stopa fertiliteta - 1,52

Na osnovu podataka zdravstvene statistike broj umrle djece starosti od 0-6 dana iznosio je 43, a broj umrlih od 0-6 dana (težine1000 i više grama) 42.

U 2003. godini nije zabilježen nijedan slučaj maternalne smrtnosti prema kliničkim podacima.

Perinatalna, neonatalna i postneonatalna smrtnost odojčadi u Evropi u 1999. godini i Crnoj Gori u 2001. i 2002. godini[2]

	Stope smrtnosti odojčadi		
	Perinatalna	**neonatalna**	**postneonatalna**
Evropa	**5,42**	**3,88**	**2,29**
Evropska unija	**3,10**	**3,06**	**1,64**
Crna Gora (2001)	**13,51**	**11,2**	**4,52**
Crna Gora (2002)	**10,2**	**8,2**	**2,8**

Crna Gora u odnosu na zemlje Evrope ima veoma visoke stope smrtnosti odojčadi. Mortalitet odojčadi predstavlja indikator na koji utiču ekonomski, socijalni i zdravstveni uslovi. Posljedice višedecenijske krize posebno su ostavile traga na visoke stope mortaliteta odojčadi. Nakon 2000. godine stopa smrtnosti opada što ukazuje na pozitivne trendove u zaštiti zdravlja majki i djece.

Najveći broj umrle odojčadi je u periodu od 0 do 6 dana (prva nedjelja) života i u poređenju sa evropskim prosjekom izuzetno je visok.

Vanbolnički morbiditet

Pregled oboljenja i stanja u vezi trudnoće, rađanja i babinja u Crnoj Gori u 2003. g

Dijagnoze	**Šifre – MKB Code ICD-10**	**Broj slučajeva**
Abortus spontaneous	**003**	**274**
Abortus medicalis	**004**	**1088**
Druge trudnoće sa pobačajem	**002,005-008**	**97**
Povišeni pritisak u trudnoći, porođaju porođajnom periodu	**010-016**	**230**
Prevremeno odvajanje posteljice, nisk usađena posteljica i predporođajno krvarenje	**044-046**	**35**
Briga trudnice u vezi pola i amnionske duplje	**030-043,047,048**	**739**
Otežani porođaj	**064-066**	**19**
Hemothagia post partum	**072**	**32**

[2] *Izvor podataka: Health for all Database, WHO, Copenhagen i Institut za zdravlje R Crne Gore (podaci za Crnu Goru)*

Druge komplikacije trudnoće i porođaja	**020-029,060-063 067-071, 073-075,081-084**	**1965**
Partus spontaneus simplex	**080**	**2454**
Komplikacije u babinjama i drugim stanjima	**085-099**	**751**

Dostupnost podataka o reproduktivnom zdravlju u Crnoj Gori je nedovoljna, jer ne postoje odgovarajući protokoli. Prisutna je neujednačenost kriterijuma za praćenje indikatora o reproduktivnom zdravlju. Zvanična zdravstvena statistika evidentira epizode u liječenju, tako da se ne može dobiti prava slika o zdravstvenom stanju pojedinaca, ili pak o kvalitativnim indikatorima zdravlja u toj oblasti. Iz tih razloga je za potrebe Strategije urađeno istraživanje uz primjenu anketnog metoda, koji obuhvata relevantne parametre za ocjenu stanja.

3.1. ANALIZA ISTRAŽIVANJA

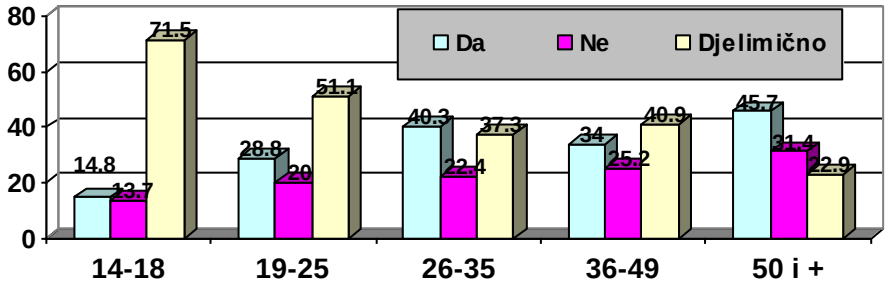
Za potrebe analize problema u vezi reproduktivnog zdravlja obavljeno je istraživanje na uzorku od 697 žena u četiri grada i to: Nikšiću, Pljevljima, Andrijevici i Bijelom Polju.

Starosna dob ispitanica se kretala od 14 do 60 godina života i to: od 14-18 godina 39,7%, 19-25 godina 13,1%, 26-35 godina 19,2%, 36-49 godina 23% i 50 i više godina 5%. Od 697 anketiranih žena, 47,1% je neudato, 47,6% je u braku, 4% su razvedene a 1,1% su udovice.

Rezultati ankete:

- 68,9% ispitanica je odgovorilo potvrdno na pitanje da li znaju što je reproduktivno zdravlje.
- Na pitanje gdje dobijaju informacije vezane za reproduktivno zdravlje 27,3% ispitanica nije odgovorilo, 30,6% ih dobija u dispanzeru za žene (u domovima zdravlja), 11,9% od prijatelja, 15,4% preko Interneta i iz časopisa, a 14,9% iz drugih izvora.
- Na pitanje kada treba uraditi ginekološki pregled, 41% ispitanica je odgovorilo po potrebi, 43,3% jednom godišnje, svega 2,5% jednom u dvije ili jednom u pet godina i 11,9% kad ima zdravstvenih problema.
- Što se tiče upotrebe kontraceptivnih sredstava dobijeni su sljedeći rezultati:
    - 13,9% je koristilo kondom
    - 8,2% je koristilo spiralu
    - 4,7% je koristilo kontraceptivne pilule
    - 6,6 % je koristilo neko od ostalih kontraceptivnih sredstava i
    - 20,5% koristi ostale metode.
- Na pitanje koje je optimalno vrijeme za rađanje, 94,5% ispitanica misli da je to starost od 21-30 godina, dok svega 1,9% misli da je to u razdoblju od 15-20 godina. Istovremeno 3,4% misli da je to od 31-45 godina.
- 27,3% ispitanica smatra da su muškarci dovoljno uključeni u planiranje porodice, 19,5% da nijesu, a više od polovine 51,9% misli da su muškarci samo djelimično uključeni u planiranje porodice.

Mišljenje po dobnim grupama da li su muškarci dovoljno uključeni u planiranje porodice, izraženo u procentima

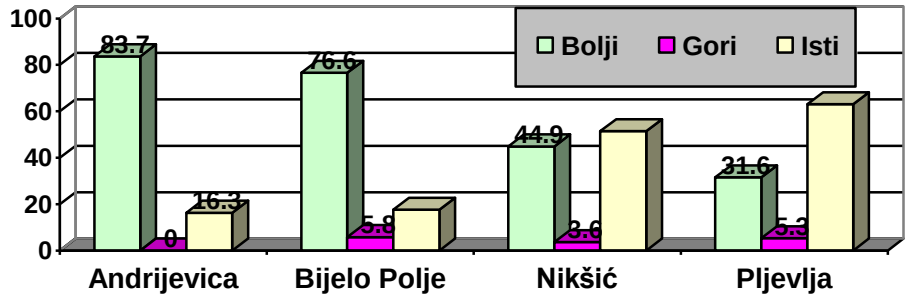


- U dijelu ispitivanja dostupnosti zdravstvene zaštite žena 21,8% čeka na pregled kod ginekologa oko 10 minuta, 31% čeka po pola sata, a 19,5% čeka sat i više. Što se tiče mogućnosti da se pregled obavi u jednom danu, 44,8% ispitanica je odgovorilo da može, a 30,1% da ne može da obavi kompletan pregled u jednom danu.
- 22,8% ispitanica je izjavilo da se neprijatno osjeća kad ih vide da čekaju ispred ginekološke ordinacije, a 54,5% da im to ne smeta.
- 51,5% ispitanica ima strah/nelagodu pri odlasku na ginekološki pregled, dok je svega 27,8% reklo da straha/nelagode nema.

- 63,3% ispitanica obavijesti nekog od članova porodice o odlasku na ginekološki pregled (16,5% ne obavještava, 20,2% nije odgovorilo).
- Stavovi o seksualnom ponašanju mladih reflektuju se u stavu da 79,8% ispitanica misle da mladi prerano stupaju u seksualne odnose, a svega 16,2% misle da je to na vrijeme.
- 72,3% misli da mladi nijesu dovoljno informisani prije stupanja u prvi seksualni odnos, dok svega 25% misli da jesu.
- 23,5% ispitanica su prve informacije o seksualnosti i polnim odnosima dobile od majke, 1,4% od oca, 15,8% od drugarice, 1,4% od druga, 5,6% od mladića, a čak 27,4% iz časopisa, 6,2% u školi, 12,2% iz ostalih izvora.
- 49,9% je izjavilo da je u osnovnoj školi moglo da sazna sve što je u vezi sa menstruacijom, pubertetom, polnim razvojem (48,% da nijesu), dok je nešto veći procenat ispitanica, 61,5%, izjavilo da je o tome moglo da se informiše u srednjoj školi (35,3 % da nijesu).
- Samo 26,4% ispitanica je nekada bilo na sistematskom pregledu žena (70,6% nije nikad), a distribucija žena po dobnim grupama koje su ikad bile na sistematskom pregledu je prilično ujednačena (manje više trećina žena u svim dobnim grupama je bila na sistematskom pregledu, jedino odstupa najmlađa dobna grupa od 14 do 18 godina gdje je svega petina ispitanica nekad bila na sistematskom pregledu).
- Zapanjujuće je da čak 81,5% ispitanica nikada nije uradilo Papanikolau test, dok je svega deseti dio (9,6%) uradilo test prije godinu dana, 3,2 % prije dvije i 4,6% prije tri godine. Od 195 ispitanica starijih od 35 godina, njih 115 (58,9%) nije nikada uradilo Papanikolau test, a svega 34(17,4%) je taj pregled uradilo prije godinu dana.
- 88,2% ispitanica nije nikada uradilo mamografski pregled, 4,7% ga je obavilo prije godinu dana, 1,9% prije dvije i 3,2% prije tri godine (ovakav rezultat je posljedica i starosne strukture ispitivane grupe žena, jer je 72% ispitanica mlađe od 35 godina). Od 195 ispitanica starijih od 35 godina njih 149 (76,4%) nije nikada uradilo mamografski pregled, a svega 14 (7%) je taj pregled uradilo prije godinu dana.
- Zabrinjavajuće je da 42,6% ispitanica nije nikad obavilo ginekološki pregled, dok je 35,3% to obavilo prije godinu dana, a 5,9% prije 2 godine, 13,3% prije 3 i više godina.
- Od ispitivanih žena 53,7% se nije porađalo, 9,9% je rodilo 1 dijete, 16,5% je rodilo 2 djece, a 19,9% je rodilo troje ili više djece.

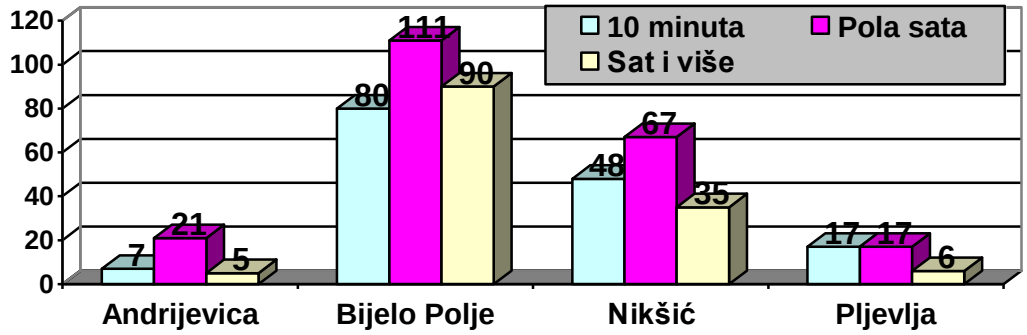
- U istoj grupi žena, 86,2 % nije nikada imalo namjerni prekid trudnoće, 5,7% je imalo 1, 4,3% je imalo 2, a 3,3% 3 ili više namjernih prekida trudnoće.
- U istoj grupi žena, 83,8 % nije nikada imalo pobačaj, 10,8% je imalo 1, 3,9% je imalo 2, a 1,6% 3 ili više namjernih prekida trudnoće.
- 61,3% ispitanica misli da je kvalitet usluga u privatnim ordinacijama bolji u odnosu na državne, 25,1% misli da je kvalitet isti, dok svega 4,4% misli da je gori.

Stavovi prema kvalitetu usluga u privatnim ordinacijama u odnosu na državne po opštinama u procentima

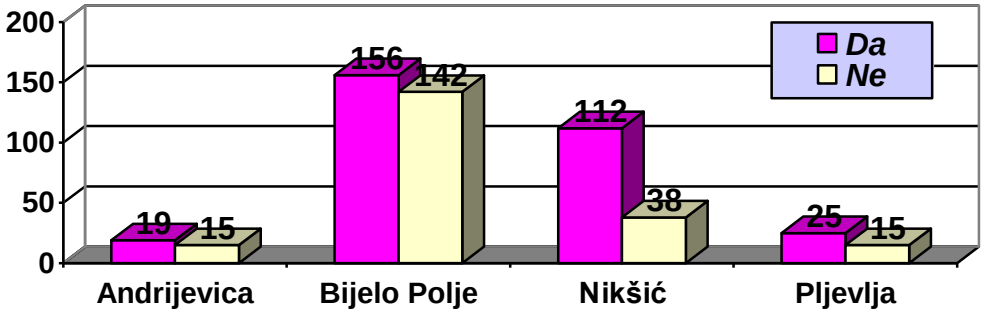


- Dostupnost ginekološke službe po opštinama

Koliko dugo čekate na pregled kod ginekologa?



Da li uspijevate da u istom danu obavite kompletan pregled?



3.2. INDIKATORI ZA REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE

Važnost praćenja indikatora o reproduktivnom zdravlju je izuzetno velika, posebno ako se ima u vidu da se ciljevi unapređenja zdravlja i zdravstvenog stanja u svim oblastima moraju pratiti i analizirati na objektivan i standardizovan način.

Zbog neadekvatnosti praćenja podataka zvanične zdravstvene statistike za potrebe ove strategije, urađena je analiza potrebnih indikatora koji su dostupni, kao i onih koji se ne prate.

	Indikator	**Definicija**	**Komentar**	**Izvor**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
1	Stopa mortaliteta majki (Maternal mortality ratio)	Broj umrlih žena zbog uzroka povezanih sa trudnoćom i porođajem, u toku trudnoće ili 42 dana nakon porođaja na 100 000 živorođenih u toku jedne godine.	Ne preporučuje se izračunavanje ovog indikatora kod populacija manjih od 500 000 ili nešto iznad toga (što se odnosi i na nas), jer daje iskrivljenu sliku. Preporučujem **Broj umrlih žena zbog** …	Institut za zdravlje Crne Gore	0	2	0		
2	Mortalitet majki usled namjernih abortusa		Nema podataka						
3	Prevalenca pouzdanih kontraceptivnih sredstava	Procenat žena starosti 15-49 godina starosti koje koriste (ili čiji partneri koriste) neko od pouzdanih kontraceptivnih sredstava (pilula, spirala, lokalna hemijska sredstva, kondom, dijafragma)	Nema rutinskih statističkih podataka. Potrebno posebno istraživanje	UNICEF, Istraživanje višestrukih pokazatelja zdravstvenog stanja i ponašanja žena i djece, 2000.	30.7				
4	Prevalenca anemije u trudnoći		Nema podataka						
5	Stopa perinatalnog mortaliteta	Zbir mrtvorođenih i umrlih odojčadi u prvih sedam dana od rođenja podijeljeno sa ukupno rođenim (živorođeni+mrtvorođeni) * 1000		MONSTAT, Statistički godišnjak 2003			10.76		
6	Stopa neonatalnog mortaliteta	Broj umrle odojčadi do 28 dana od rođenja na 1000 živorođenih		MONSTAT, Statistički godišnjak 2003			8.12		
7	Incidenca sifilisa	Broj prijavljenih slučajeva sifilisa A 50 – A 53		IZZ, Statistički godišnjak 2002. o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj		2	4		

				zaštiti u RCG					
8	Incidenca HIV/AIDS-a	Dosad u 2005, novoregistrovanih slučajeva je 4 dosad		Institut za javno zdravlje, Centar za epidemiologiju , 2005				6	2
9	Prevalenca HIV/AIDS-a								31
10	Incidenca karcinoma grlića materice	Broj registrovanih slučajeva u vanbolničkoj službi u 2003. god. je 138, a u bolničkoj službi su liječene 83 žene		IZZ, Statistički godišnjak 2003. o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u RCG, Centar za statistiku i informacione sisteme					
11	Prevalenca karcinoma grlića materice		Odnosi se na broj žena sa dijagnozom *Neoplasma malignum cervics uteri C53* registrovanih u vanbolničkim službama	IZZ, Statistički godišnjak 2002. o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u RCG			111		
12	Incidenca i prevalence STI		Nema podataka						
13	Stopa trudnoće kod adolescentkinja		Nema podataka, ali može da se uzme proxy indikator **Broj živorođenih od majki starosti 15-19 godina** ili **Specifična stopa fertiliteta kod žena 15-19 godina starosti**			19.2	422		
14	Stopa ukupnog fertiliteta (Total fertility rate)	Prosječan broj živorođene djece po ženi koja je na kraju svog perioda rađanja		UNICEF, Nacionalni izvještaj o realizaciji Svjetskog samita za decu, 2001	1.87 (1998)				
15	Opšta stopa fertiliteta	Broj živiročenih, bez obzira na starost majke, na 1000 žena fertilnog perioda (15-44)	Rutinski statistički podaci	MONSTAT, Statistički godišnjak 2003		52.6			
16	Specifična stopa fertiliteta kod žena 15-19 godina starosti	Broj živorođenih od strane djevojčica od 15-19 godina starosti na 1000 djevojčica uzrasta 15-19 godina	Rutinski statistički podaci	MONSTAT, Statistički godišnjak 2003		19.2			
17	Prevalenca kontracepcije	Procenat žena starosti 15-49 godina starosti koje koriste (ili čiji	Nema rutinskih statističkih podataka. Potrebno	UNICEF, Istraživanje višestrukih pokazatelja	52.7				

		partneri koriste) bilo koje kontraceptivno sredstvo	posebno istraživanje	zdravstvenog stanja i ponašanja žena i djece, 2000.					
18	Prevalenca djece sa malom tjelesnom masom na rođenju (ispod 2500g)	Procenat živorođenih sa tjelesnom masom manjom od 2500 grama.	Rutinska zdravstvena statistika						
19	Procenat akušerskih i ginekoloških prijema zbog povrede genitalija		Nema podataka						
20	Procenat prijema radi abortusa		Nema podataka						
21	Prevalenca neplodnosti kod žena		Odnosi se na broj žena sa dijagnozom *Sterilitas feminae* N97 registrovanih u vanbolničkim službama	IZZ, Statistički godišnjak 2002. o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u RCG			648		
22	Prevalenca uretritisa kod muškaraca		Nema podataka						
23	Prevalenca HIV-a kod trudnica	Broj registrovanih HIV+ trudnica	Nema registrovanih	IZZ			0		

3.3. OCJENA STANJA

Na osnovu prezentovanih podataka u oblasti zaštite reproduktivnog zdravlja u Crnoj Gori, u dosadašnjem periodu mogu se dati sljedeće ocjene:

1. Ukupni kapaciteti za obezbjeđenje usluga u oblasti zaštite reproduktivnog zdravlja razvijeni su na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, u optimalnim kapacitetima. Ispitivanja stavova o dostupnosti zdravstvene zaštite ukazuju na visok stepen pružanja usluga, istog dana, nakon obraćanja zdravstvenoj službi.
2. U oblasti primarne zdravstvene zaštite postoji evidentna neujednačenost u dostupnosti po opštinama u kapacitetima za pružanje usluga reproduktivnog zdravlja. U pojedinim opštinama je evidentan višestruko veći broj ginekologa i drugih zdravstvenih radnika koji učestvuju u pružanju zdravstvene zaštite. Razlike u geografskoj distribuciji nijesu u vezi sa nivoom ekonomske razvijenosti opština.
3. Prevencija i zaštita trudnica nije organizovana u skladu sa standardima i postupcima za praćenje trudnoće.
4. Prevencija u oblasti reproduktivnog zdravlja je na zanemarljivom nivou, a posebno je evidentno zaostajanje u mjerama za prevenciju karcinoma grlića materice i odsustva korišćenja standardnih dijagnostičkih metoda.

5. Ispitivanje stavova građana ukazuje da se prevenciji karcinoma dojke i cerviksa ne poklanja dovoljna pažnja, jer oko 88% ispitanica nikada nije uradilo mamografiju, a 81,5% Papanikolau test.
6. Usluge službi dispanzera za žene i specijalističkih ambulanti u bolnicama, ne koristi 42,6% ispitanika.
7. Nepoznata je stopa abortusa zbog izostanka dostave podataka iz privatnog sektora, što ukazuje na potrebu sistematske edukacije o posljedicama abortusa na reproduktivno zdravlje, posebno mlađe populacije.
8. Zaštita seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata nije organizovana kroz savremeni pristup informacijama o ovoj problematici i na prihvatljiv način za mlade.
9. Indikatori za praćenje reproduktivnog zdravlja nijesu adekvatni za kvalitetno praćenje zdravlja.
10. Neadekvatna je edukovanost kadra za savremeni način i pristup problemu koji uvažava nove stilove života i rada.
11. Ne postoji dovoljno istraživačke djelatnosti i jedinstvenih indikatora potrebnih za kvalitetnu evaluaciju i monitoring.
12. Ne postoji jedinstvena baza podataka za praćenje, kako pacijenata tako i njihovih partnera, i nedovoljne su aktivnosti sa vulnerabilnim kategorijama (djeca, adolescenti).

4. REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE U EVROPI

1. Kratak pregled:

Upadljiva karakteristika zdravstvene scene u Evropi je kontrast u zdravlju i statusu zdravstvene njege između zemalja tržišne ekonomije zapada i zemalja tranzicione ekonomije istoka. Ovaj raskorak je vidljiv i u oblasti reproduktivnog zdravlja. Nesklad je refleksija, prije svega, ekonomskih problema u centralnoj i istočnoj Evropi koje su pratile političke promjene i čiji je rezultat negativni ekonomski rast u većini ovih zemalja. U zdravstvenom sektoru kao cjelini razlike su veoma izražene, posebno ako se uporede podaci o očekivanom trajanju života, koji u zemljama zapadne Evrope iznosi 80 godina, a u Rusiji 60 godina života. Veoma su izražene razlike u opštim stopama smrtnosti, kao i mortalitetu odojčadi. Indikatori o reproduktivnom zdravlju ukazuju na relativno visoku smrtnost majki i novorođenčadi, visoki rastući broj polno prenosivih bolesti i visoku stopu abortusa u poređenju sa niskom prevalencom korišćenja kontraceptivnih sredstava. U okviru ove disproporcije tereta lošeg zdravlja, jedna određena grupacija stanovništva spada u rizičnu grupu:

a. Prva grupa za koju postoji najveća briga su adolescenti. Povećanje slučajeva polno prenosivih bolesti utiče na grupu u najvećem obimu. Rastući broj zaposlenih u pornografskoj industriji takođe pripada ovoj grupi i predstavlja rizičnu grupu koja širi epidemiju HIV/AIDS-a.
b. Migranti su druga populaciona grupa sa visokim rizikom od reproduktivnog morbiditeta.Neželjena trudnoća je uobičajena pojava, sa prisutnim rizikom od namjernog abortusa i njegovih komplikacija. Migranti su takođe pod rizikom od seksualno prenosivih bolesti i HIV/AIDS-a, dok su neki prisiljeni na seksualni odnos bez zaštite. Stopa nasilja nad ženama je visoka, uključujući i seksualno zlostavljanje (silovanje).

2. *Programske oblasti:*

a. Mortalitet kod majki (NMR)

Stopa mortaliteta majki u EU je ispod 10, dok je stopa mortaliteta u mnogim nezavisnim državama (NIS) 40 na 100 000 novorođenih beba. I pored toga što je abortus legalizovan u mnogim evropskim zemljama, mnoge žene ne mogu koristiti servise za zaštitu. Otežavajuća je

činjenica nemogućnost korišćenja osnovne ginekološke njege, kao i slab kvalitet pružanja usluga, što vodi većoj smrtnosti majki, a koja se, inače, može izbjeći. Opšta stopa mortaliteta majki u Evropi ima trend poboljšanja u posljednjoj deceniji, ali su razlike između zemalja i dalje značajne.

b. Perinatalni i neonatalni mortalitet.

Perinatalni mortalitet u Evropi varira od 5 do 20 na 1 000 rođenih beba. Neonatalni na 1000 živorođenih kreće se od 6 do 21 u novim nezavisnim državama zemalja istočne Evrope, od 3 do 7 u centralnoj Evropi (CCEE) i od 2 do 5 u zemljama zapadne Evrope.

c. Namjerni abortus

Zemlje centralne i istočne Evrope imaju najveću stopu namjerno izazvanih abortusa u svijetu. U Ruskoj federaciji se npr. obavi 2,8 miliona abortusa godišnje. To je broj koji je zvanično prijavljen, ali se smatra da je on znatno veći, na što ukazuju istraživanja sprovedena od strane WHO u Jermeniji. Na osnovu rezultata tog istraživanja stopa namjernih abortusa bila je pet puta veća od stope koju je zvanično objavilo Ministarstvo zdravlja.

Uvidom u podatke i rezultate različitih istraživanja, opšti je zaključak da se broj abortusa na 100 živorođenih beba u periodu od 1980 - 1998. godine u Evropi smanjuje i ima opadajući trend.

d. Kontracepcija

Visoka stopa abortusa pokazuje nizak nivo znanja o modernim kontraceptivnim sredstvima, ograničen pristup kontracepciji i loš kvalitet usluge. Moderna kontracepcija je veoma malo dostupna velikom dijelu stanovništva u centralnoj i istočnoj Evropi. Stopa kontracepcije u Evropi kreće se od 10 do 70% (lo% Albanija, 15% Slovačka, 17% Litvanija, 20% Ukrajina, 55% Poljska, 70,5% Slovenija, 88% Hrvatska).

e. Seksualno reproduktivno zdravlje adolescenata

Adolescenti postaju veoma mladi seksualno aktivni, ali pravilna seksualna edukacija i zdravstvene usluge nijesu adekvatno obezbijeđene. Ovo je vrlo važno pitanje u svim zemljama Evrope. Stopa trudnoća kod adolscenata kreće se između 12-25 (na 1000 žena starosne dobi od 15 do19 godina) u većini zemalja Evrope. U Velikoj Britaniji iznosi 47, a u Ruskoj federaciji 102.

f. Polno prenosive infekcije (STIs)

Broj slučajeva polno prenosivih bolesti u većini zemalja centralne i istočne Evrope je alarmantno porastao. Posebno brine povećanje broja oboljelih od sifilisa, npr. 262 na 100 000 stanovnika u Ruskoj federaciji u 1997. godini, u Kazakstanu 245, dok je taj broj u zemljama zapadne Evrope 0,7. Polno prenosive infekcije su poseban problem kod adolescenata gdje je stopa inficiranih veća nego u čitavoj populaciji.

g. HIV/AIDS

Godišnji izvještaji o novim slučajevima zaraženim HIV virusom u zemljama istočne Evrope dramatično raste od 1995. god. Tako je 1999. g. u Ruskoj federaciji bilo 120 slučaja na 1 000 000, a u Ukrajini 115.

h. Rak materice

Humani papiloma virus igra ključnu ulogu u genezi raka grlića materice. Usljed nedostatka programa skeniranja stanovništva, stopa mortaliteta, koji je povezan sa rakom materice, u zemljama centralne i istočne Evrope je značajno porasla.

i. Neplodnost

Prevalenca neplodnosti u istočnoj Evropi i u novim nezavisnim zemljama procijenjena je od WHO za 1991. godinu na 10%. Takvu prevalencu imaju i zemlje zapadne Evrope. Međutim, nedavna posmatranja i istraživanja postavila su niz pitanja, kao što je uticaj značajnog porasta seksualno prenosivih bolesti i postabortivnih komplikacija tokom devedesetih godina prošlog vijeka koje utiču na neplodnost. Pitanje problema neplodnosti možemo posmatrati kao svojevrsnu ekološku katastrofu. U ovoj oblasti ne postoji dovoljan broj podataka, zbog čega se iniciraju nova istraživanja i usvajanje standardizovanog pristupa u tretiranju neplodnog para. U tom pravcu se u većini zemalja preduzimaju koraci u procjeni i u upravljanju ovim problemima.

j. Izbjeglice i raseljena lica

Ratovi u evropskim zemljama posljednjih deset godina izazvali su povećanje broja izbjeglica i raseljenih lica. To se najčešće odnosi na žene i djecu. Tokom kriza i ratova tradicionalna humanitarna pomoć sastojala se u snabdijevanju hranom, obezbjeđivanju skloništa i prevenciji zaraznih bolesti. Očuvanje i unapređenje reproduktivnog zdravlja ovih grupa bilo je u drugom planu, zbog čega je neophodno uložiti dodatni napor i fokusirati ga na potrebe očuvanja i poboljšanja reproduktivnog zdravlja ovih grupa.

k. Migranti

U zapadnoj Evropi između 5-10% stanovništva čine migranti. Njihove potrebe iz domena reproduktivnog zdravlja su često hitnije od istih potreba domicilnog stanovništva. Ovi zaključci su izvedeni na osnovu indikatora u posmatranim zemljama.

l. Seksualno zlostavljanje, nasilje nad ženama, trafiking ženama

Ovo su problemi koji su prisutni u svim zemljama pa i u stabilnim sistemima razvijenih država. Pogoršanje socijalnih i ekonomskih uslova u velikom dijelu Evrope dovelo je do povećanja broja nasilnih seksualnih odnosa, prostitucije i trafikinga ženama.

lj. Seksualno i reproduktivno zdravlje starijih ljudi

U svim zemljama Evrope procenat starijih ljudi raste. Zdravstveni sistem bi u cjelini, a u okviru njega sistem SRH, trebalo da odgovori njihovim potrebama. To obuhvata probleme vezane za menopauzu, andropauzu, te maligne bolesti reproduktivnog sistema koje se javljaju u kasnijim godinama.

5. STRATEGIJA REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA

Osnovni elementi strategije reproduktivnog zdravlja stanovništva u narednom periodu biće usmjereni na sljedeće oblasti:

1. **Jačanje promovisanja zdravlja**
2. **Jačanje zdravstvenog sistema i kvaliteta usluga**

3. **Izgradnja partnerstva**
4. **Istraživanje**

1. Jačanje promovisanja zdravlja

Saglasno principima Otavske rezolucije (1986. godine), ciljevi promovisanja zdravlja su povećanje sposobnosti građana da kroz informacije i edukaciju steknu i održe ponašanje koje će promovisati njihovo reproduktivno zdravlje. Najveći značaj u promociji zdravlja daje se obrazovnom sistemu, porodici, zajednici, kao i subjektima zdravstvenog sistema, posebno na primarnom nivou.

Načini promovisanja zdravlja:

Promjene orijentacije u zdravstvenom sistemu

Zdravstveni radnici, menadžeri u zdravstvenom sistemu, oni koji formiraju pravila u zdravstvu, nastojaće da usmjere zdravstveni sistem u pravcu ostvarenja boljeg reproduktivnog zdravlja populacije. Posebna pažnja se usmjerava na promociju zdravih stilova života, prevenciju i zaštitu zdravlja.

Jačanje akcija u zajednici

Lokalna zajednica u saradnji sa nevladinim organizacijama biće inicijator u donošenju odluka o prioritetima, planiranju i implementaciji Strategije. Kapaciteti zajednice (ljudski i materijalni) bi posebno trebali da promovišu samopomoć i socijalnu podršku. Lokalna zajednica bi trebala da bude nosilac akcija na unapređenju zdravlja građana na svojoj teritoriji.

Kreiranje podržavajućeg okruženja

Stvaranje klime u kojoj će samopomoć postati praksa, uz sva uvažavanja kulturološkog nasljeđa.

Razvoj odgovarajuće javne politike

Izgradnja novog pristupa sistemu javnog zdravlja na svim nivoima i sektorima usmjerena je na promociju reproduktivnog zdravlja, kao jedan od veoma važnih segmenata ukupne javno zdravstvene politike.

2. Jačanje zdravstvenog sistema i kvaliteta usluga reproduktivnog zdravlja

Unapređenje sistema zdravstva i obezbjeđenje kvaliteta usluga ostvariće se kroz

reformu zdravstvenog sistema, a posebno u dijelu primarne zdravstvene zaštite. Izabrani ginekolozi, u svakoj opštini, treba da omoguće jednaku dostupnost ove vrste zdravstvene zaštite. Organizovanje tri regionalna centra za reproduktivno zdravlje i savjetovališta za mlade u domovima zdravlja, omogućiće visok nivo obuhvatnosti zdravstvenim uslugama i kvalitet programa iz oblasti unapređenja reproduktivnog zdravlja.

2.1.Reforme zdravstvene njege

Posebna pažnja će se usmjeriti na usluge u savjetovalištima za mlade, trudnice, planiranje porodice, rano otkrivanje karcinoma. Planiranje porodice će obezbijediti savjetovališta za seksualno prenosive bolesti. Nove promjene u organizaciji i pristupu zdravstvene zaštite u oblasti reproduktivnog zdravlja zahtijevaju dodatne edukacije osoblja za pružanje usluga, a posebno sestara.

2.2. Zakonske reforme

Efikasnost pružanja usluga zaštite i unapređenja reproduktivnog zdravlja zavisiće od zakonodavnog okvira. U cilju zaštite ljudskih prava i obezbjeđenja etičkih principa potrebno je postaviti norme, posebno u oblasti asistiranih reproduktivnih tehnologija i obavljanja prekida trudnoće.

2.3.Korišćenje i kvalitet usluga

Osnovni princip za obezbjeđenje kvalitetnih usluga je poštovanje etičkih načela i prava na bezbjednost, privatnost i pouzdanost, uz obezbjeđenje usluga za ranjive grupe. Poštovanje ovih principa, savremena organizacija kapaciteta na primarnom nivou i obuka kadra za rad u pristupu okrenutom ka zajednici, garantuju kvalitet usluga i bolju zdravstvenu zaštitu.

2.4. Informacija, edukacija i komunikacija

Iskustva o uvođenju edukacije o reproduktivnom zdravlju u školama, kao i upotreba tehnologija masovnih komunikacija, uključujući i elektronske medije, trebalo bi da budu sredstva za širenje i unaprjeđenje znanja u zajednici. Komunikacija sa ciljnim grupama i njihovo uključivanje u sve faze razvoja i implementacije je ključni faktor efikasnosti.

2.5.Izgradnja kapaciteta – obuka profesionalaca

Kontinuirana edukacija zdravstvenih profesionalaca predstavlja garanciju za novi kvalitet u pružanju zdravstvene zaštite. Programi edukacije osoblja na primarnom nivou zdravstvene zaštite su potrebni ukoliko se žele ostvariti ciljevi u poboljšanju reproduktivnog zdravlja.

2.6. ***Jednakost polova***

Ravnopravnost polova i zajedničko uključivanje u probleme reproduktivnog zdravlja predstavljaće ključ u realizaciji zadataka iz ove oblasti.

2.7.Monitoring i evaluacija

Ustanovljenje nacionalnog sistema za monitoring u implementaciji strategije predstavlja značajan uslov za određivanje i praćenje postignutih ciljeva u ovoj oblasti. Periodični pregledi i skrining

programi u zaštiti reproduktivnog zdravlja daće uvid u efikasnost sprovedenih pristupa, potrebu za njihovom promjenom i izmjenom politike u ovoj oblasti.

3. Izgradnja partnerstva

3.1. Javni sektor – međusektorska saradnja

Mnogo je dokaza koji govore da je formalno obrazovanje ključ koji daje sigurnost jednakog statusa za žene. Edukacija obezbjeđuje jasan prilaz mladim ljudima u periodu kada su oni ranjivi i spremni za prihvatanje svih uputstava o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. U ovoj oblasti je neophodno obezbijediti veći stepen integracije i partnerstva domova zdravlja, centara za socijalni rad i školskih ustanova na nivou lokalne zajednice.

3.2.Privatni sektor

Nevladine organizacije i privatni sektor su važni partneri tako da i ovi resursi moraju biti uključeni u Strategiju reproduktivnog zdravlja.

4. Istraživanje

Za poboljšanje zdravlja i njege u ovoj strategiji ključni elemenat je znanje. Trebalo bi stvoriti dobar zdravstveno - naučni sistem koji će obezbijediti:

a. *podizanje nivoa znanja*
b. *upravljanje znanjem*
c. *finansiranje istraživanja i*
d. *stvaranje kapaciteta za istraživanja.*

6. PLAN IMPLEMENTACIJE

Za sprovođenje Strategije reproduktivnog zdravlja (SRH)

Reproduktivni izbor

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da poveća znanje populacije o reproduktivnom izboru i pravima**	**2. Da umanji namjerne abortuse**	**3. Da poboljša korišćenje usluga za planiranje porodice i pristup kontracepcijskim sredstvima**	**4. Da obezbijedi širok obim sigurnih kontraceptivnih opcija**	**5. Da uveća učešće i odgovornost muškaraca**
Reforma zdravstv. sistema	Uključuje reproduktivni izbor u nacionalnoj i regionalnoj politici reforme zdravstvenog sistema	Da uključi planiranje porodice u politiku i programe primarne zdravstvene njege	Da integriše planiranje porodice, STI, HIV politike i programe	Da razvije održive politike o dostupnosti kontraceptivnih sredstava za sve kojima treba	

Zakonske reforme	Uključuje kontraceptivna sredstva u listu osnovnih ljekova	Normativno regulisanje svih vidova kontracepcije (npr. sterilizacija žene/muškarca, kontracepcija u hitnim slučajevima)	Uklanjanje zakonskih prepreka korišćenja usluga za maloljetnike	Održavanje ili poboljšanje zakonske mogućnosti korišćenja sigurne usluge abortusa	Izabrani ginekolozi u PZZ pružaju usluge za kontracepciju
Kvalitet servisa	Poboljšanje korišćenja integrisanjem kontracepcije sa PZZ uslugama	Poboljšanje povezanosti integrisanjem kontraceptivnih usluga, usluga za abortus i STD/HIV usluga	Poboljšanje kvaliteta davanjem savjeta klijentima. Poboljšanje kvaliteta usluga za abortus u skladu sa činjenično zasnovanim principima	Uključivanje ili jačanje servisa za mlade	
Informativno-edukativna Kampanja	Uključivanje ili proširenje reproduktivnih prava i edukacija o kontracepciji u školama, univerzitetima , NGO i drugim odg. ustanovama	Uključivanje ciljnih grupa na svim nivoima razvoja IE&C aktivnosti	Korišćenje medija u IE&C kampanjama	Uključivanje PZZ u edukaciju o kontracepciji, posebno savjetovališta za mlade	Zastupanje prava za slobodni i informisani reproduktivni izbor
Obuka stručnjaka	Razvoj/jačanje nacionalnih i regionalnih centara za obuku u planiranju porodice. Uključivanje redovne resertifikacije ljekara	Uključivanje planiranja porodice u nastavni plan u medicinskim srednjim školama i univerzitetima	Edukacija i obuka izabranih ginekologa i medicinskih sestara o predmetu reproduktivnog izbora	Uključivanje u obuku i savjetovanje u nastavni plan srednjih škola. Postaviti standarde obuke stručnjaka	
Jednakost polova	Informisati žene o njihovom zakonskom pravu na izbor	Fokusirati edukaciju o reproduktivnom zdravlju u školama i van nje, i dječacima i djevojčicama	Direktna javna edukacija o reprod. zdravlju i korišćenje usluga od žena i muškaraca	Osigurati da usluge reprod. zdravlja budu dostupne i relevantne i za žene i za muškarce	
Monitoring i evaluacija	Usvojiti/implementirati međunarodno prihvaćene (WHO) definicije i klasifikacije	Razvijati validan i pouzdan nacionalni sistem za nadgledanje napredovanja u porodičnom planiranju	Poboljšati kvalitet i kompletnost izvještaja o abortusima, STI, AIDS.	Uvesti periodična nadgledanja slučajeva abortusa, kontracepcije i sa tim povezanim predmetima	

Bezbjedno materinstvo

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da umanji mortalitet i morbiditet kod majki**	**2. Da umanji perinatalni i neonatalni mortalitet i morbiditet**	**3. Da poveća znanje o trudnoći i rođenju djeteta u populaciji**	**4. Da umanji broj nesigurnih abortusa**

Reforma zdravstv. sistema	Da zdravlje majki i djeteta postane prioritet u finansiranju zdravstva	Da se akcenat pomjeri sa njege u cilju liječenja na preventivnu njegu	Da se institucionalizuje saradnja između različitih nivoa njege	
Zakonske reforme	Da se kreira zakonski okvir za odgovornosti različitih medicinskih profesionalaca i za različite nivoe akušerske i perinatalne njege	Da se kreira ili poboljša zakonski okvir za porodiljsko odsustvo I zaštitu trudnica od povreda na radu	Da se zakonom regulišu eventualni uslovi za treće dijete	
Kvalitet servisa	Postaviti, ojačati i nadgledati standarde za dobru praksu. Osigurati korišćenje i optimalnu upotrebu osnovne opreme i neonatalne njege	Korišćenje tehničkih (WHO) uputstava u standardizovanim procedurama	Promovisanje antenatalnih konsultacija i obezbjeđivanje njihove dostupnosti	Kreiranje sistema nadgledanja za maternalni peri i neonatalni mortalitet i morbiditet. Uvođenje novih sigurnih tehnika za izvođenje abortusa
Informacije, edukacije, kampanje i zastupništvo	Kreiranje centara za informisanje o zdravlju majki. Obezbjeđenje posebnih informacija za ranjive grupe (adolescenti, manjine, migranti)	Uključuje sigurno materinstvo u zdravstvenu edukaciju u školama	Uključivanje NGOs i IE&C u sigurno materinstvo. Razviti politiku za promovisanje zdravlja majke i djeteta. Promovisati i edukovati dojenje	Promovisati zdrav način života za trudne žene
Obuka stručnjaka	Identifikovati potrebe za obukom profesionalaca	Poboljšati obuku profesionalaca na svim nivoima, uključujući PHC	Uvesti redovnu resertifikaciju medicinskih stručnjaka	Obuka servisa koji vrši abortus u korišćenju novih sigurnih tehnika abortusa, post abortus njega i planiranje porodice
Jednakost polova	Poštovati stav žena prema procedurama u klinici. Uključiti partnere u prenatalnu njegu i porođaj			Kreirati okruženje koje podržava dojenje
Monitoring i evaluacija	Razviti validan i pouzdan nacionalni sistem za nadgledanje napretka u bezbjednom materinstvu	Usvojiti/ugraditi međunarodno prihvaćene (WHO) definicije i klasifikacije	Nadgledanje anemije i Rti kod trudnica	Nadgledanje patologija kod trudnica prema rezultatima nacionalnih ispitivanja

Kontrola STI/HIV/AIDS

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da umanji incidencu i prevalencu kod STI**	**2. Da umanji incidencu od HIV infekcija**	**3. Da umanji incidencu raka materice**	**4. Da poveća znanje o činjenicama koje su vezane za STI/HIV**

Reforma zdravstv. sistema	Da se u razvoju politike visok prioritet daje: 1. svijesti o porastu i prevenciji 2. lako korišćenje usluga u PZZ 3. integracija prevencije od STI/HIV/AIDS	Da se umanji odvojenost dijagnosticiranja i tretmana STD (polno prenosive bolesti) u institucijama	Gdje je moguće i izvodljivo da se hospitalizacija STD pacijenata zamijeni vanbolničkom njegom	Ujediniti HIV/STD u sveobuhvatnosti RH. Ugraditi pouzdane sisteme za pronalaženje partnera i prijavljivanje usluga
Zakonske reforme	Uklanjanje prepreka da se STD usluge integrišu u reproduktivno zdravlje			Uključuje pravo klijenata (pouzdanost, anonimnost, bilježenje partnera, itd.) na zakonske mjere u slučaju STI/HIV/AIDS
Kvalitet servisa	Korišćenje uputstava WHO u upravljanju STD/HIV/AIDS pacijentima. Poboljšati kvalitet snimanja raka materice	Da se uvede nacionalno uputstvo za sve medicinske specijaliste i za sve tipove zdravstvene njege. Da se spriječi transmisija sa majke na fetus	Promovisanje antenatalnih konsultacija i obezbijediti njihovu dostupnost	Uključiti IE&C u uređenje zdravstvene njege
IE&C i zastupništvo	Podići svijest o riziku od STD/HIV u generalnoj populaciji pomoću medija. Posebnu pažnju usmjeriti na visoko rizične grupe	Stimulisati ljude da preuzmu odgovornost da zaštite svoje i seksualno zdravlje svog partnera	Uključiti i Ministarstvo prosvjete i Ministarstvo zdravlja u javnu edukaciju	Uključiti ciljne grupe u razvoj IE&C aktivnosti. Koristiti edukaciju za prevenciju od STI/HIV
Obuka stručnjaka	Implementirati stalnu edukaciju onih koji pružaju uslugu o razvoju novih medicinskih dostignuća u oblasti HIV/AIDS	Obezbijediti odgovarajuću obuku za one koji pružaju usluge u savjetovanju i adresirati promjene ponašanja	Obezbijediti obuku kroz PZZ za izabrane ginekologe i specijaliste u bolnicama neonatologe i druge	Obezbijediti adekvatnu obuku za upravljanje slučajevima STI/HIV. Obučiti PZZ zdravstvene radnike da prepoznaju rak materice
Jednakost polova	Fokusirati edukaciju sigurnog seksa u i van škola i dječacima i djevojčicama. Ohrabriti i omogućiti da maloljetnica odbije seksualni odnos bez upotrebe kontraceptivnih sredstava	Direktna javna edukacija za prevenciju od STI/HIV i korišćenje servisa od strane žena i muškaraca	Akcentirati odgovornost muškaraca za sve preventivne aktivnosti, promovisati zaštitu protiv STI/HIV (korišćenje kondoma) i za žene i za muškarce	Osigurati da STI/HIV/AIDS servisi budu relevantni i dostupni za žene i za muškarce. Pružiti posebnu pažnju ženama u slučaju zlostavljanja, koje su možda zaražene
Monitoring i evaluacija	Razviti validan i pouzdan nacionalni sistem za nadgledanje napretka za kontrolu HIV/AIDS	Usvojiti/ugraditi međunarodno prihvaćene (WHO) definicije i klasifikacije	Sistematsko korisćenje monitoringa za poboljšanje programa snimanja za rak materice i za upravljanje slučajevima	Inicirati istraživanje zasnovano na ponašanju u slučaju rizika od STI/HIV. Zahtijevati registraciju STI/HIV slučajeva od svih provajdera zdravstvene njege (uključujući privatni sektor.

Seksualno zlostavljanje i nasilje

Oblast SRH i ciljevi	**Da se reducira seksualno zlostavljanje, nasilje i njihove posljedice**		
Reforma zdravstv. sistema	Da se stvori savjetodavna/terapeutska podrška kao i sigurna skloništa za žrtve seksualnog zlostavljanja i nasilja	Da se obezbijedi adekvatna koordinacija svih aktivnosti koje su vezane za seksualno zlostavljanje i nasilje	
Zakonske reforme			
Kvalitet servisa	Kod zdravstvenih ustanova edukovati osoblje i razvijati osjećaj za prepoznavanje signala zlostavljanja	Garantovati psihološki i medicinski / zakonski odgovarajuće tretiranje slučajeva zlostavljanja	
Informacije **Edukacija** **Kampanja i zastupništvo**	Podići svijest javnosti o seksualnom zlostavljanju i nasilju	Informisati i edukovati ljude o mogućnostima za izbjegavanje zlostavljanja	Informisati ljude o postojanju mogućnosti za dobijanje podrške u slučajevima zlostavljanja
Obuka stručnjaka	Obezbijediti specijalnu obuku za savjetovanje žrtava seksualnog zlostavljanja i nasilja		
Jednakost polova	Osigurati takav pristup koji će respektovati pol žrtve seksualnog zlostavljanja i nasilja		
Monitoring i evaluacija	Stvoriti bazu podataka o seksualnom zlostavljanju i nasilju	Uključiti činjenice o seksualnom zlostavljanju i nasilju u SRH pregledu	Koristiti rezultate istraživanja i monitoring nad seksualnim zlostavljanjem i nasiljem u cilju podizanja svijesti, prevenciji i upravljanje slučajem

Trafiking ženama

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da se pojačaju preventivne mjere protiv trafikinga ženama**	**2. Da se zaštite žrtve od trafikinga**
Reforma zdravstv. sistema	U okviru Centara za reproduktivno zdravlje tretirati sve žrtve nasilja i seks trafikinga	Saradnja zdravstvenog, socijalnog sektora, policije i NGO
Zakonske reforme		
Kvalitet servisa	Da se podrži NGO koje se bave ovim problemom	Da se obezbijedi optimalna sigurnost za žrtve koje žele da svjedoče na sudu

IE&C i zastupništvo	Da se informišu žene i zajednica o riziku da se postane žrtva trafikinga	
Obuka stručnjaka	Senzibilizacija zdravstvenih radnika sa problemom trafikinga	Odgovarajući protokoli za postupanje prema smjernicama WHO
Jednakost polova		
Monitoring i evaluacija		

Rak dojke

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da se stimuliše snimanje i rano otkrivanje**	**2. Da se kod žena stimuliše samoispitivanje**
Reforma zdravstv. sistema	Da se intergiše adekvatan sistem snimanja za rak dojke	
Zakonske reforme		
Kvalitet servisa	Da se redovno uradi mamografija kod žena sa visokim rizikom	Da se organizuje psihološka podrška kod pacijenata oboljelih od raka
IE&C i zastupništvo	Da se žene informišu i edukuju o raku dojke Posebni programi i edukacija stanovništva	Da započnu ili ojačaju obrazovne aktivnosti za žene da se nauče da same ispitaju svoje dojke
Obuka stručnjaka	Obuka PZZ zdravstvenih radnika u otkrivanju patologije dojke	Obuka medicinskih stručnjaka za davanje savjeta, što je osjetljivo na uticaj raka dojke na seksualno zdravlje
Jednakost polova	Naučiti muškarca na koji način da pruži podršku svojoj partnerki u slučaju raka dojke	
Monitoring i evaluacija	Sistematski koristiti monitoring za poboljšanje programa snimanja i upravljanja slučajevima	

Adolescenti

Oblast SRH i ciljevi	**1. Da se adolescenti informišu i edukuju o svim relevantnim aspektima seksualnosti i reprodukcije**	**2. Da se obezbijedi lak pristup servisima za mlade**	**3. Da se smanji nivo neželjenih trudnoća, abortusa i STI**

Reforma zdravstv. sistema	Da se u organizacije aktivno uključe mladi ljudi i da implementiraju SRH aktivnosti za mlade	Da se SRH aktivnosti integrišu u sveobuhvatne zdravstvene i socijalne programe za mlade ljude (uključujući sportove, kulturne aktivnosti itd.)	Stvoriti partnerstvo između Vlade i NGO inicijativa adresiranjem potreba koje ima SRH za mlade ljude
Zakonske reforme			
Kvalitet servisa	Da se organizuju YFS u okviru domova zdravlja kao podrška SRH za mlade	Da se u tim centrima stvori atmosfera koja se dopada mladim ljudima	Da se obezbijedi savjetovanje koje je povjerljivo i koje saosjeća sa potrebama mladih ljudi
IE&C i zastupništvo	Da se uključi ili poboljša seksualno obrazovanje u i van škola, korišćenjem interaktivnih metoda, kod mladih ljudi koji još nisu postali seksualno aktivni. Da se na kreativan način iskoriste mediji (internet) u obezbjeđivanju SRH informacija za mlade ljude	Da se SRH edukacija fokusira na znanje, vrijednostima i na izgradnju vještine ponašanja. Da se obezbijede servisi gdje se velike grupe mladih ljudi mogu sresti	Da se razviju i distribuiraju SRH IE&C materijali za različite starosne grupe
Obuka stručnjaka	Da se obuče zdravstveni i prosvjetni radnici u prepoznavanju SRH potreba kod mladih ljudi	Da se započne edukacija roditelja za praćenje seksualnog razvoja mladih ljudi. Da se za mlade ljude zastupaju seksualna i reproduktivna prava	Da se započne edukacija roditelja za praćenje seksualnog razvoja mladih ljudi
Jednakost polova	Uključuje pitanje polova u IE/&C aktivnostima za mlade ljude	Da se fokusira edukativni rad sa djevojčicama na jačanje njihovog samopouzdanja i njihove spremnosti da pregovaraju i vještine za donosenje odluka	Da se razviju edukativne aktivnosti koje će se fokusirati na SRH potrebe i na odgovornost dječaka
Monitoring i evaluacija	Da se započne ili poboljsa nacionalni monitoring za slučajeve trudnoće kod adolescenata, abortusa i STI	Da se implementiraju kvalitativna istraživanja o seksualnom ponašanju i percepciji kod mladih ljudi (uključujući dječake) i upotreba rezultata za razvoj i poboljšanje servisa za mlade i IE&C	

Izbjeglice i raseljena lica

Oblast SRH i ciljevi	**Da se SRH zaštiti kod izbjeglica i raseljenih lica**
Reforma zdravstv. sistema	Da se napravi plan za pripremanje sveoubuhvatnih SRH usluga, kojima će biti obezbijeđeno pružanje usluga i integracija u PZZ
Zakonske reforme	Poštovanje prava izbjeglica u ostvarivanju zdravstvene zaštite, zasnovano na instrumentima međunarodnog i humanitarnog prava
Kvalitet servisa	Da se obezbijede SRH usluge za hitne slučajeve u ranim stadijumima izbjeglištva, korišćenjem "paketa usluga". Da se obezbijede servisi koji su osjetljivi prema kulturnim vrijednostima izbjeglica

IE&C i zastupništvo	
Obuka stručnjaka	Da se obuče pomoćni radnici među izbjeglicama u primjeni "Terenska uputstva za RH u situacijama izbjeglištva" posebno kod marginalnih grupa
Jednakost polova	Da se obrati posebna pažnja na mogućnost pojave trauma kao posljedica seksualnog i drugog vida nasilja
Monitoring i evaluacija	Da se koristi "Pristup u 8 koraka" u "terenskom uputstvu za RH u situacijama izbjeglištva" za nadgledanje i monitoring

Populacija migranata

Oblast SRH i ciljevi	**Da se uklone razlike u SRH statusu između migranata i rezidentnog stanovništva**	
Reforma zdravstv. sistema	Da se migranti uključe u planiranje SRH promotivnih programa	Da se SRH predmeti uključe u socijalno orjentisane programe za nove imigrante
Zakonske reforme	Da se uklone zakonske i administrativne prepreke za (nelegalne) migrante kako bi mogli koristiti SRH usluge	
Kvalitet servisa	Da se izvrši revizija i smanjivanje kulturoloških barijera za SRH servise	Da se ispoštuju drugačiji sistemi vrijednosti tokom SRH savjetovanja i tokom pružanja usluga
IE&C i zastupništvo	Da se obezbijedi kulturološki odgovarajući SRH i IE&C materijali na jeziku migranata	Da se posebna pažnja pruži IE&C potrebama adolescentnih migranata
Obuka stručnjaka	Da se obuče zdravstveni radnici među migrantima za SRH savjetovanje i pružanje usluga	
Jednakost polova	Da se aktivno adresiraju svi tipovi diskriminacije polova u populaciji migranata, što je kršenje međunarodno usvojenih prava na polnu jednakost	
Monitoring i evaluacija	Da se "matična zemlja" uključi kao varijabla u monitoringu i sistemu za ocijenjivanje	Da se iniciraju istraživanja u SRH oblasti među migrantskim grupama i da se rezultati iskoriste za poboljšanje IE&C i usluga

Populacija starih ljudi

Oblast SRH i ciljevi	**Da se poboljša seksualno zdravlje starih ljudi**	
Reforma zdravstv. sistema	Da se sprovedu hormonalni i drugi tretmani za stare ljude koji su dostupni grupama sa malim primanjima	Da se organizuju programi snimanja za patologiju prostate za stare muškarce
Zakonske reforme		
Kvalitet servisa	Da se obezbijede servisi koji će fokusirati specijalne potrebe seksualnog zdravlja za stare ljude	
IE&C i zastupništvo	Da se žene i muškarci edukuju i informišu o uticaju procesa starenja na seksualno zdravlje i na mogućnosti prevencije	Da se muškarci edukuju da prepoznaju znake patologije prostate
Obuka stručnjaka	Ukjlučuje implikaciju seksualnog zdravlja pri starenju u medicinskom nastavnom planu	Da se PHC radnici obuče da na jedan osjećajan način savjetuju stare ljude o seksualnom zdravlju
Jednakost polova	Da se adresiraju potrebe i žena i muškaraca u programima za seksualno zdravlje	
Monitoring i evaluacija	Da se stimulisu istraživanja za utvrđivanje posljedica po seksualno zdravlje kod starih ljudi i efektivnost preventivnih intervencija	Da se rezultati istraživanja iskoriste za poboljšanje seksualne zdravstvene njege kod starih ljudi

Ministarstvo zdravlja, zdravstvene ustanove i nevladine organizacije su na prvom mjestu odgovorne za realizaciju Plana implementacije Strategije. Očuvanje i unapređenje reproduktivnog zdravlja zahtijeva vladinu međuresorsku saradnju i uspostavljanje mreže i utvrđivanje mehanizama za potrebnu koordinaciju.

Ministarstvo zdravlja u saradnji sa Institutom za javno zdravlje i nacionalnom komisijom razvijaće operativne programe u skladu sa definisanim prioritetima. Međunarodna podrška za realizaciju i sprovođenje Strategije treba da se odvija kroz:

- program saradnje Evropske unije uključujući PHARE, TACIS i druge
- bilateralni program saradnje istok – zapad
- međunarodno operativni specijalizovani NGOs
- mrežu ustanova i organizacija, uključujući škole, zdravstvo, univerzitete, istraživačke centre
- asocijacije profesionalaca koji rade zajedno na polju SRH
- evropsku Asocijaciju ginekologa i akušera i
- evropsku Asocijaciju babica.

7. RESURSI ZA POBOLJŠANJE REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA

Programom iz Kaira procijenjeno je da bi USA trebalo da izdvoji 18,5 miliona dolara u 2005. godini i 21,7 miliona dolara u 2015. god. za zemlje u razvoju, kao i zemlje čije su ekonomije u tranziciji, radi implementacije strategije o reproduktivnom zdravlju. Procijenjeno je da za program akcija dvije trećine troškova treba da obezbijedi sama država. U mnogim zemljama privatni sektor je važan činilac u obezbjeđenju resursa, kao i nevladine organizacije koje uglavnom obezbjeđuju usluge

koje inače ne bi mogle da se koriste (npr. asocijacije za planiranje porodice). Različite komponente reproduktivnog zdravlja i programi u ovoj oblasti mogu imati različite resursne osnove i veze sa javnim sektorom. Na primjer, sakupljanje podataka teško da se može povjeriti privatnoj praksi ili nevladinom sektoru.

Reproduktivno zdravlje je prioritetna oblast zdravstvenih mjera i, saglasno zakonu, ima prioritet i u finansiranju iz sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i sastavni je dio obima i standarda zdravstvenih usluga.

Dio programskih aktivnosti koje se odnose na mobilizaciju zajednice i uključivanje ostalih sektora u realizaciji Strategije, može se obezbijediti kroz zajedničke projekte i aktivnosti unutar subjekata drugih sistema, posebno kada je u pitanju komponenta edukacije.

7.1. MONITORING I EVALUACIJA

Napredak u implementaciji Strategije i postizanju cilja zahtijeva da ista bude postavljena na regularnim osnovama, uz indikatore statusa u datom vremenu i prostoru. Svjetska zdravstvena organizacija je predložila 17 indikatora na globalnom nivou. Strategijom su definisani indikatori prilagođeni uslovima i nacionalnim indikatorima. Evaluacija je periodična sistematska analiza iskustava. Ona omogućava da se program identifikuje, preispita i predlože budući pravci. Cilj je da se kroz različite programske aktivnosti utvrdi obim postignutih rezultata i postave novi istraživački ciljevi. Postoji više metoda za evaluaciju programa. Svjetska zdravstvena organizacija od 1993. godine predlaže brze metode evaluacije (REM) gdje pružaoci zdravstvenih usluga, sa različitih nivoa, rade zajedno na brzoj i sveobuhvatnoj procjeni situacije (taj metod se primijenjuje u nekoliko zemalja za programe planiranja porodice, oblast zdravlja majke i djeteta). Evaluacija programa je kritična komponenta plana Strategije i trebalo bi da je od početka dizajnirana u program, uz korišćenje globalnih i nacionalnih indikatora.

OBRAZLOŽENJE

Reproduktivno zdravlje je važan segment zdravlja kome Svjetska zdravstvena organizacija i ostale međunarodne organizacije poklanjaju značajnu pažnju kroz razne programe i aktivnosti u sklopu zdravstvene politike svake zemlje.

Unapređenje politike reproduktivnog zdravlja je složen proces koji obuhvata brojne segmente društvene infrastrukture, a ne samo sistem zdravstva. Intersektorski pristup problemu reproduktivnog zdravlja je neophodan uslov uspjeha reformi u ovoj oblasti.

Ministarstvo zdravlja Republike Crne Gore, prateći savremene tendencije i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije, iniciralo je niz programa koji su objedinjeni u dokumentu Strategija očuvanja i unapređenja reproduktivnog zdravlja. Strategija ima za cilj da se aktivnosti zdravstvenog sistema i drugih sektora usmjere na unapređenje i zaštitu reproduktivnog zdravlja. Organizovano djelovanje u oblasti javnog zdravlja i zaštita vulnerabilnih kategorija, posebno majki i djece, jeste doprinos realizaciji milenijumskih ciljeva i preporuka Svjetske zdravstvene organizacije. Polazeći od preporuka i obaveza utvrđenih međunarodnim dokumentima, Ministarstvo zdravlja je formiralo Komisiju za reproduktivno zdravlje kao stručno tijelo koje je dalo doprinos u izradi Strategije očuvanja i unapređenja reproduktivnog zdravlja u Republici Crnoj Gori.

Vodeći se preporukama Svjetske zdravstvene organizacije Strategija obezbjeđuje liječenje i zdravstvenu brigu u okviru primarne zdravstvene zaštite, pruža liječenje u zajednici, obrazuje i uključuje zajednicu, porodicu, korisnike, uspostavlja nacionalnu politiku i zakonodavstvo, razvija stručni kadar, obezbjeđuje edukaciju i reedukaciju, integriše zdravstveni sektor sa ostalim sektorima, vrši monitoring stanja reproduktivnog zdravlja u zajednici i podržava istraživanja.

Strategija razrađuje ciljeve i definiše korake za realizaciju predviđenih ciljeva na unapređenju i zaštiti reproduktivnog zdravlja. Posebna pažnja posvećena je podizanju nivoa svijesti stanovništva o reproduktivnom zdravlju. Postojeći nizak nivo zdravstvene zaštite u oblasti reproduktivnog zdravlja, utvrđen na osnovu ankete koja je sprovedena, kao i prikupljenih podataka o dostupnim indikatorima, ukazuje na postojanje problema koji bi organizovanim djelovanjem svih relevantnih subjekata u zajednici trebalo da budu prevaziđeni. Postojeći sistem brige o reproduktivnom zdravlju ima svojih prednosti i nedostataka, jer se uglavnom bazira samo na zdravstvenu službu, bez učešća drugih sektora koji značajno mogu da djeluju u prevenciji bolesti. Primjenom principa iz ove strategije navedeni problemi treba da se otklone. Reforma i jačanje reproduktivnog zdravlja pratiće reformu cijelog sistema zdravstva, započetog reformom primarne zdravstvene zaštite, koja i ovom Strategijom dobija na važnosti kroz organizovanje novog modela izabranih ginekologa, savjetovališta za mlade i centara za reproduktivno zdravlje. Sistem promjena je sinhronizovan kako bi se obezbijedilo bolje zdravlje stanovništva u svim njegovim segmentima i povećala dostupnost i kvalitet usluga, što nameće neophodnost intersektorske saradnje u domenu reproduktivnog zdravlja.

220. Strategija bezbjedne krvi

VLADA REPUBLIKE CRNE GORE

MINISTARSTVO ZDRAVLJA

STRATEGIJA BEZBJEDNE KRVI

April, 2006.

UVOD

Unaprijeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite jedan je od vodećih izazova za većinu zdravstvenih sistema, a posebno za oblast javnog zdravlja.Transfuzijska djelatnost je oduvijek imala svoje posebno mjesto u sistemu zdravstvene zaštite. Zbog prirode ljekova proizvedenih iz ljudske krvi, od koje zavisi bezbjednost transfuzijskog liječenja, EU je donijela preporuke, koje predstavljaju ne samo zahtjev struke već moralni i etički imperativ. Malo je područja u medicini koja su posljednjih decenija doživjela toliko promjena kao transfuziologija. Zbog svog značaja i izuzetnog razvoja, WHO, CoE i EU svojim zakonodavnim tijelima posebnu pažnju poklanjaju unaprijeđenju, bezbjednosti i kvalitetu transfuziološkog liječenja.

Prema Direktivama EU, obezbjeđivanje krvi i krvnih komponenata, kao lijeka humanog porijekla, predstavlja nacionalni interes. Savremeni sofisticirani sistem transfuziologije se zasniva na međusobnoj saradnji stručnjaka različitih profila, integraciji nauke, tehnologije i javnog zdravlja. Maksimalna sigurnost davalaca krvi, bolesnika i zdravstvenog osoblja, stalni su izazov za sve učesnike u procesu transfuzijske djelatnosti.

Pored toga što se rizici transfuzijskog liječenja smanjuju na minimum, ova oblast se permanentno suočava sa mnogo izazova i nepoznatih rizika. Zato je potrebno uvesti sistem kontrole kvaliteta kojim se osigurava dosljedna proizvodnja u skladu sa standardima, kojima se rizik od grešaka svodi na minimum i uspostavljaju savremeni standardi u transfuziologiji. Oblici unaprijeđenja kvaliteta čiji je cilj smanjenje grešaka, povećanje bolesnikove bezbjednosti, povećani kvalitet usluga i smanjenje troškova, rješenja su koja predstavljaju obavezu i izazov.

WHO i CoE kroz zakonske regulative sve više insistiraju na unaprijeđenju kvaliteta u transfuzijskoj djelatnosti, sa ciljem da se postigne povjerenje bolesnika, ali i cjelokupne javnosti u sigurnost transfuzijskog liječenja.

Osnovno načelo obezbjeđenja dovoljnih količina bezbjedne krvi na principima dobrovoljnog, anonimnog, neplaćenog davalaštva, iz sopstvenih potencijala, predstavlja osnovu transfuziološke djelatnosti. Dobra organizacija transfuziološke službe, zasnovana na načelima bezbjednosti, pruža kvalitetno transfuzijsko liječenje dostupno svakom građaninu. Implementacija sistema kontrole kvaliteta u zdravstveni sistem Crne Gore jedna je od temeljnih odrednica cjelokupnog zdravstvenog sistema, a prioritet u ostvarivanju ovog cilja je bezbjedna krv.

Cilj donošenja ove strategije je uspostavljanje savremenog sistema bezbjedne krvi u Crnoj Gori.

Ministarstvo zdravlja Crne Gore je, prepoznajući suštinu i važnost problematike bezbjedne krvi, odlučilo da obezbjeđenje krvi, kao lijeka za liječenje svojih građana, utvrdi kao prioritet zdravstvene politike i istovremeno nacionalni prioritet.

U tom pravcu 2003. godine je osnovana Republička komisija za transfuziju krvi – na osnovu člana 15 Zakona o državnoj upravi («Sl. list» RCG, br.38/2003), kao stručno savjetodavno tijelo pri Ministarstvu zdravlja, sastavljeno od svih predstavnika koji učestvuju u ovom procesu, sa zadatkom da sistematski pristupi osmišljavanju i realizaciji Programa bezbjedne krvi.

U cilju realizacije programskih aktivnosti u ovoj oblasti, formirana je Radna grupa za izradu Zakona o snabdijevanju krvlju sa zadatkom izrade nacrta Zakona o snabdijevanju krvlju, u skladu sa Direktivama EU 2002/98.

Komisija je sačinjena od predstavnika Ministarstva zdravlja, Fonda zdravstva, Republičkog Crvenog krsta, Ministarstva prosvjete i nauke, ljekara specijalista transfuziologa, ljekara kliničara koji primjenjuju krv i predstavnika DD krvi

Zadaci ove komisije su:

- učešće u izradi Zakona o snabdijevanju krvlju

-obavljanje stručno-konsultativnih poslova u oblikovanju politike i strategije snabdijevanja krvlju, krvnim komponentama, derivatima krvi i ljekovima iz krvi

- predlaganje organizacije transfuziološke službe na republičkom nivou u cilju uvođenja propisanih standarda u proces obezbjeđenja sigurne krvi za potrebe liječenja pacijenata, kao i rezervi krvi u vanrednim situacijama

- planski i kontinuirani rad na podizanju i popularisanju dobrovoljnog davalaštva krvi i

- predlaganje godišnjih planova snabdijevanja krvlju, krvnim komponentama, derivatima krvi i lijekovima iz krvi.

Rad Komisije je u nadležnosti Ministarstva zdravlja Crne Gore.

2. ANALIZA POSTOJEĆEG STANJA

Na osnovu popisa, broj stanovnika Crne Gore iznosi 620.145 (Monstat), a broj raseljenih i izbjeglih lica 31.217. Populacija stanovništva starijeg od 18 do 65 godina starosti je 60%. Grupa stanovništva starijeg od 65 godina čini 12,1% ukupnog stanovništva. U ukupnom broju stanovništva seosko stanovništvo je 38%, a gradsko stanovništvo 62%.

U zdravstvenom sistemu Crne Gore organizovano je 30 javnih i 269 privatnih ustanova koje uključuju i apoteke kao zdravstvene ustanove. Uprkos postojanju velikog broja privatnih ustanova, javni sektor je dominantan kada je u pitanju pružanje zdravstvenih usluga. Javne zdravstvene ustanove, u okviru mreže ustanova, organizovane su na primarnom, sekundarnom i tercijernom nivou.

ORGANIZACIJA TRANSFUZIOLOŠKE SLUŽBE U CRNOJ GORI

Službe za transfuziju krvi organizovane su u okviru javnih zdravstvenih ustanova na sekundarnom nivou i pokrivaju potrebe cjelokupne populacije. Sve službe obavljaju rad preko devet transfuzioloških jedinica lokalizovanih pri bolnicama, od kojih je osam kabineta za transfuziju krvi (manjeg kapaciteta sa ograničenim obimom posla) pri opštim i specijalnim bolnicama i Centar za transfuziju krvi pri Kliničkom centru u Podgorici. Centar za transfuziju u Kliničkom centru je najveća i najopremljenija jedinica koja vrši ulogu referentne transuziološke ustanove za Crnu Goru.

Transfuziološke jedinice se nalaze u organizacionoj i finansijskoj nadležnosti opštih bolnica i specijalne bolnice za traumatologiju i ortopediju u Risnu. Različiti nivoi organizovanosti i opremljenosti transfuzioloških kabineta, uslovi rada, neujednačenost obima i složenosti poslova glavna su obilježja postojeće transfuziološke službe u Crnoj Gori.

Na teritoriji Crne Gore godišnje se prikupi oko 14 000 jedinica krvi (80% od porodičnih – namjenskih davalaca i 20% od dobrovoljnih – nenamjenskih davalaca krvi). Od ukupnog broja, Centar za transfuziju u Kliničkom centru u Podgorici godišnje obradi oko polovinu ukupnog broja uzetih jedinica krvi , dok je preostali broj raspodijeljen na osam kabineta.

ORGANIZACIJA I STRUKTURA TRANSFUZIOLOŠKE SLUŽBE

- Centar za transfuziju krvi KC Podgorica 1
- Kabineti za transfuziju krvi u okviru opštih bolnica 7
- Kabinet za transfuziju krvi pri Specijalnoj bolnici – Risan 1

2.1.NAČIN FINANSIRANJA

Osnovu sistema finansiranja u zdravstvu predstavlja Zakon o zdravstvenom osiguranju. Zakonom su utvrđene stope doprinosa koje uplaćuju poslodavci, zaposleni i druge kategorije osiguranika. Fond za zdravstveno osiguranje, koji je zadužen za upravljanje šemom zdravstvenog osiguranja, finansira javne zdravstvene ustanove i prava osiguranih lica. Ukupan budžet za finansiranje svih prava iz zdravstvenog osiguranja iznosi oko 6,5% DBP ili 165€ po glavi stanovnika. Način finansiranja zdravstvenih usluga u oblasti transfuziologije je sljedeći:

- Službe za transfuziju krvi se finansiraju u okviru bolnica iz sredstava Republičkog Fonda za zdravstveno osiguranje.
- Ne postoje sredstva namjenski opredijeljena za transfuziološku djelatnost iz Budžeta ili drugih izvora.
- Kadar, oprema, reagensi i potrošni materijal se finansiraju iz sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje opredijeljenih za bolnicu.

2.2. ZAKONSKA REGULATIVA

U Crnoj Gori ne postoji Zakon o transfuziji krvi , a transfuziološka djelatnost se sprovodi najvećim dijelom prema propisima bivše Jugoslavije – »Zbirka propisa o Službi za transfuziju krvi« - 1995. godina:

«Zakon o proizvodnji i prometu lekova » – Sl. list SRJ br. 18/93

»Pravilnik o uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene delatnosti – uslovi u pogledu kadrova – Sl.list SRJ br. 99/92

» Uredba o prikupljanju rezervi krvi« - Sl. list SRJ br. 36/93

» Stručno metodološko i doktrinarno uputstvo za rad u Službi transfuzije krvi« - Sl. list SRJ br. 36/93

» Pravilnik o uslovima za prikupljanje, obradu i preradu ljudske krvi, njenih sastojaka i derivata – Sl. list SRJ br. 36/94

» Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti koje ugrožavaju celu zemlju« - Sl. list SFRJ br. 51/84 i 63/90

» Odluka o planu mreže zdravstvenih ustanova –Sl. list SRJ br. 50/92

U okviru institucionalne reforme, koja je prva faza reforme zdravstva, usvojeni su novi zakoni kojima se stvara okvir za funkcionisanje zdravstvenog sistema i to:

»Zakon o zdravstvenoj zaštiti« Sl. list RCG br. 39/04

»Zakon o zdravstvenom osiguranju« Sl. list RCG br. 39/04

»Zakon o lijekovima » Sl. list RCG br. 80/04

»Zakon o medicinskim sredstvima« Sl. list RCG br . 79/04

»Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti« Sl. list RCG br. 32/05

Novim Zakonom iz oblasti transfuziologije, odnosno bezbjedne krvi, stvoriće se neophodna zakonska infrastruktura za transfuzijsku djelatnost.

2.3. SADAŠNJE STANJE U SLUŽBAMA ZA TRANSFUZIJU KRVI

a) PROSTOR

Postojeći prostor u kome se obavlja transfuzijska djelatnost u Crnoj Gori je neujednačen, kako sa aspekta zahtijevane tehnologije, tako i sa aspekta zahtijevanih standarda.

Transfuzioloških službe u Crnoj Gori smještene su u neadekvatnom prostoru u okviru bolnica kojima pripadaju. Standardi u vezi prostora za obavljanje transfuziološke djelatnosti nijesu ispoštovani u pogledu kvadrature, tehničkih riješenja i lokacije. Pojedini kabineti su smješteni u podrumskim prostorijama ili barakama.

b) OPREMA

Postojeća oprema u kabinetima za transfuziju krvi je zastarjela (15-30 godina i više). Stvara poteškoće u svakodnevnom radu i onemogućava uvođenje propisanih standarda u proces rada, kao i uvođenje novih metoda. Zbog starosti opreme, većina aparata je prevaziđena i više nije u nadležnosti proizvođača u pogledu servisiranja. Osim toga, postoji i nedostatak osnovne opreme u mnogim kabinetima, što za posljedicu ima neadekvatnu primjenu krvi i krvnih komponenata , odnosno neadekvatno transfuziološko liječenje.

c) KADAR

Od ukupno 1139 zaposlenih ljekara u zdravstvu Crne Gore, u oblasti transfuziologije rade sljedeći kadrovi:

-12 ljekara specijalista transfuziologa

-37 tehničara - transfuzera sa petim (V) stepenom stručne spreme

-7 medicinskih tehničara opšteg smjera i laboranata

-1 referent za DD krvi

Kadar u transfuziološkoj službi u Crnoj Gori, zbog postojeće organizacije službe (usitnjenosti), posebno među srednjim kadrom, velikim dijelom je neadekvatno iskorišćen. To znači da je u Centru za transfuziju krvi, gdje je obim i složenost posla najveća, osoblje vrlo opterećeno, dok se u pojedinim službama pojavljuje višak kadra.

Zbog neatraktivnosti specijalizacije transfuziologije (vrlo težak i odgovoran posao, niski lični dohoci, nemogućnost rada u privatnoj praksi, opterećujuće radno vrijeme zbog prisustva samo jednog transfuziologa u većini službi i sl.) ljekari ne pokazuju interesovanje za ovu granu medicine.

U Crnoj Gori, u oblasti vaspitno-motivacionog rada i regrutovanju dobrovoljnih davalaca krvi (u vrlo važnoj oblasti u obezbijeđenju bezbjedne krvi) radi samo jedna osoba – referent za dobrovoljno davalaštvo, koja slijedeće godine odlazi u starosnu penziju.

Takođe se i veliki broj medicinskih tehničara – transfuzera sa V stepenom, osposobljenih za rad u transfuziji krvi, nalazi pred penzijom.

d) USLUGE U TRANSFUZIOLOŠKIM SLUŽBAMA

Obim i složenost posla, odnosno transfuzioloških procedura u kabinetima za transfuziju krvi u Crnoj Gori veoma je nejednak, zbog različite opremljenosti pomenutih službi.

Procedure koje su generalno zastupljene su:

- prikupljanje i obrada krvi – rad sa davaocima krvi, imunoserološka obrada (ABO/Rh,screening), testiranje na krvlju-prenosive bolesti (HIV,HBV, HCV i Sifilis), priprema komponenata krvi, rad na terenu
- imunoserološka obrada uzorka krvi odjeljenjskih i ambulantnih pacijenata – KG ABO/Rh, DAT, IAT
- testiranje uzorka krvi odjeljenjskih i ambulantnih pacijenata na transmisivne bolesti
- interreakcija – priprema krvi za pacijenta
- izdavanje krvi i krvnih komponenata
- Rh prevencija trudnica
- identifikacija iregularnih antitijela i
- rad KG za lične karte.

e) SAVREMENO TRANSFUZIOLOŠKO LIJEČENJE

se sprovodi prema principima usmjerene hemoterapije, što znači nadoknadu pacijentu samo onog dijela krvi koji mu nedostaje primjenom adekvatne komponente ili derivata krvi. U kliničkoj praksi postoji samo 2 % indikacija za primjenu cijele krvi.

f) PRIPREMA KOMPONENATA KRVI u službama za transfuziju

- Centar za transfuziju krvi – Klinički centar Podgorica - 98% jedinica krvi
  - Deplazmatisani i koncentrovani eritrociti
  - Oprani eritrociti
  - SSP
  - CP
  - ST
- Opšta bolnica BAR
  - Deplazmatisani eritrociti
  - SSP
- Opšta bolnica NIKŠIĆ
  - Deplazmatisani Er
  - SSP

- U ostalim službama za transfuziju krvi – Kotor, Risan,Cetinje, Bijelo Polje, Berane i Pljevlja krv se uglavnom primjenjuje kao cijela krv ili se prema potrebi izdvajaju eritrociti i plazma spontanom sedimentacijom

- U liječenju krvlju u Crnoj Gori primjenjuje se najmanje 46% cijele krvi.

g) BROJ DAVALACA KRVI

Pregled davalaca krvi iznosi 14 000, odnosno 2,13% populacije daje krv. Struktura davalaca je sljedeća: porodični davaoci su 80%, a dobrovoljni 20%.

Prema preporukama SZO i EU, da bi jedna zemlja raspolagala dovoljnim količinama krvi za potrebe svojih građana za svakodnevno liječenje i slučajeve urgentnih stanja i vanrednih situacija, neophodno je da procenat davalaštva krvi bude 4 - 5% populacije.

USTANOVA	BR.STANOVNIKA	BR.DAVALACA	%	DNEVNO
CTK KC	201382	5300	2,63	20
BAR	68150	1197	1,75	5
KOTOR	66236	1103	1,66	4
RISAN *		343		
NIKŠIĆ	88884	1786	2,00	7
CETINJE	33886	465	1,37	2
BIJELO POLJE	70249	1188	1,69	5
BERANE	94598	1291	1,36	5
PLJEVLJA	45223	620	1,37	2

* Kabinet za transfuziju krvi – Risan uzimanje krvi vrši strogo namjenski za potrebe Specijalne ortopedske bolnice od namjenskih davalaca.

2.4. NEDOSTACI POSTOJEĆE ORGANIZACIJE:

- usitnjenost službi za transfuziju krvi
- nepostojanje koordinacije između službi na nacionalnom nivou
- neodgovarajuća zakonska regulativa
- nepostojanje sredstava namjenski opredijeljenih za finansiranje transfuzijske djelatnosti
- mali broj davalaca krvi, ne pokriva potrebe stanovništva
- nepovoljna struktura davaoca krvi (80% - porodičnih davalaca) i
- nepostojanje mobilnih ekipa za rad na terenu.

2.5. PROBLEMI U RADU:

- mali broj davalaca krvi, ne pokriva potrebe stanovništva
- nepovoljna struktura davalaca krvi (80% - porodičnih davaoca)
- neodgovarajući prostor namijenjen transfuziološkoj djelatnosti
- zastarjela i neadekvatna oprema (15-30 godina i više)
- nepostojanje procesa izdvajanja krvi u krvne komponente – neracionalnost
- nemogućnost adekvatnog transfuziološkog liječenja kroz primjenu usmjerene hemoterapije u većini bolnica
- neadekvatan način vođenja dokumentacije i etiketiranje jedinica krvi
- nepostojanje standarda u kliničkoj primjeni krvi i krvnih komponenata i
- neadekvatan način odlaganja infektivnog materijala.

2.6. POSLJEDICE :

- različit obim i kvalitet rada u transfuzioloških službama
- nepostojanje standarda u procesu prikupljanja, obrade i procesiranja krvi u krvne komponente
- nepostojanje sistema kvaliteta i kontrole kvaliteta tokom rada
- odsustvo jednakosti među stanovništvom u dostupnosti bezbjednih i
- efikasnih komponenata krvi i hemoterapije
- neadekvatna opterećenost postojećeg kadra i
- neracionalnost i ekonomska neefikasnost .

ZAKLJUČAK

Na osnovu analize stanja u oblasti transfuzijske djelatnosti i transfuziologije u Crnoj Gori, može se zaključiti da bi postojeća organizacija, uslovi rada i funkcionisanja ove djelatnosti od izuzetnog značaja za zdravlje i zdravstveni sisitem, trebalo da budu unaprijeđeni saglasno savremenim zahtjevima struke i zdravstvene bezbjednosti.

Postojeći problemi ukazuju da je sadašnji sistem pravljenja zaliha krvi neadekvatan, nesiguran i neefikasan .

Postojeća organizacija transfuziologije u Crnoj Gori predstavlja prepreku za uvođenje standarda propisanih Direktivama EU 2002/98, a što može imati za posljedicu nemogućnost obezbjeđivanja dovoljnih količina bezbjedne krvi za potrebe svih građana, racionalnu upotrebu krvi i krvnih komponenata, pravilnu kliničku primjenu istih, kao i finansijsku održivost ovog dijela sisitema zdravstva.

3. PREPORUKE I DIREKTIVE EU ZA USPOSTAVLJANJE STANDARDA KVALITETA I BEZBJEDNOSTI U SISTEMU ZA TRANSFUZIJU KRVI

Prema Direktivama EU obezbjeđenje krvi i krvnih komponenata, kao lijeka humanog porijekla, predstavlja nacionalni interes i u nadležnosti je i obavezi Ministarstva zdravlja, odnosno države.

DIREKTIVE EU

Parlament EU i ekspertski tim transfuzione medicine Savjeta Evrope donijeli su osnovne Preporuke i Direktive o ulozi Ministarstva zdravlja, odnosno države u oblasti transfuzije krvi.

Cilj donošenja direktiva je obezbjeđenje bezbjedne krvi za potrebe stanovništva jedne zemlje, na principima dobrovoljnog, neplaćenog davalaštva krvi, obezbjeđenju samodovoljnosti u krvi i krvnim komponentama i zaštiti davalaca i primalaca krvi, a što se reguliše sljedećim aktima:

- Odgovornost autoriteta u zdravstvu na polju transfuzije krvi – Preporuka (88) 4;
- Uspostavljanje standarda kvaliteta i bezbjednosti za prikupljanje, testiranje, obradu, čuvanje i distribuciju ljudske krvi i krvnih komponenata – Preporuka 2002/98;
- Zaštita zdravlja davalaca i primalaca na polju transfuzije krvi – Preporuka (95) 14;
- Pravila bolničke i kliničke optimalne primjene krvi i krvnih produkata – Pr eporuka (2002) 4;
- Uvođenje procedura inaktivacije patogena u krvnim produktima – Preporuka (2003) 11;
- Preporuka o pripremi, upotrebi i osiguranju kvaliteta krvnih komponenata – Preporuka (95) 15.

Direktivama EU 2002/98, odlučeno je da preporuke eksperata EU, koje su evropske zemlje usvojile kao nacionalne standarde, dobiju svoj zakonski oblik i budu pretočene u jedinstveni Zakon o transfuziji krvi, odnosno Zakon o obezbjeđenju sigurne krvi i krvnih produkata za potrebe svojih građana. Donošenje ovog Zakona predstavlja jedan od uslova za ulazak u evropsku integraciju.

U cilju priprema za međunarodnu integraciju Pakt stabilnosti, Svjetska zdravstvena organizacija i Savjet Evrope pokrenuli su projekat »Bezbjedna krv«, kako bi se zemlje Balkana uključile u proces standardizacije i prilagođavanja evropskim normama u ovoj oblasti.

4. PROJEKAT »BEZBJEDNA KRV«

Na osnovu Dubrovačke deklaracije (2001. godine) započeti su programi Pakta stabilnosti za jugo-istočnu Evropu uz podršku Svjetske zdravstvene organizacije. U svrhu realizacije ciljeva «Dubrovačke povelje» započeto je sedam projekata u oblasti zaštite zdravlja vulnerabilne populacije, unapređenju pristupa i promovisanju regionalne saradnje zemalja potpisnica deklaracije.

Projekat »Bezbjedne krvi«, jedan je od projekata koji je započet u novembru 2004. godine, potpisivanjem saglasnosti Ministarstva zdravlja Crne Gore o pristupanju Projektu. Ovaj Projekat se sprovodi u organizaciji i pod patronatom SP, WHO i CoE u saradnji sa ministarstvima zdravlja pomenutih zemalja. Dosadašnje aktivnosti na projektu u Crnoj Gori nijesu finansirane od bilo kojeg donatora, za razliku od drugih zemalja u kojima su uložena značajna donatorska sredstva za osposobljavanje transfuzioloških službi.

Ciljevi Projekta »Bezbjedna krv« su:

1. Postizanje samodovoljnosti u obezbjeđivanju sigurne krvi i krvnih produkata kroz:

- povećanje dobrovoljnog i neplaćenog davalaštva krvi
- uvođenje zakonske regulative propisane direktivama EU
- uvođenje sistema kvaliteta i kontrole kvaliteta prema preporukama EU, (propisanih standarda EU u kompletan proces transfuziološkog rada – uključujući i način vođenja evidencije, razvijanje i uspostavljanje kliničkog interfejsa, hemovigilance).

2. Regionalna jednakost kvaliteta i sigurnosti krvi kao uslov za buduću integraciju, ulazak u EU i međunarodnu saradnju.

U okviru aktivnosti na Projektu pripremljen je »Izvještaj o politici obezbjeđenja krvi, organizaciji transfuziološke službe i dostupnosti«. Takođe, izrađen je »Izvještaj o kontroli kvaliteta u transfuziologiji u Crnoj Gori«. Održana su i dva radna sastanka zemalja zapadnog Balkana na kojima su predstavljena iskustva i postojeće situacije u oblasti zakonske regulative, načina obezbijeđenja krvi, davalaštva, organizacije transfuziološke službe, načina finansiranja i kliničke saradnje.

U prioritetne oblasti strategije borbe protiv HIV/AIDS-a u Crnoj Gori uvrštena je i »Bezbjedna krv« sa ciljem obezbjeđivanja dovoljnih količina bezbjedne krvi namijenjena liječenju pacijenata. Ova strategija je usvojena od strane Vlade Crne Gore i odobrena su određena sredstva od strane Globalnog fonda na konkursu.

Navedene aktivnosti su predstavljale osnovu za izradu strategije.

1. CILJEVI STRATEGIJE

Cilj donošenja Strategije bezbjedne krvi je obezbjeđivanje dovoljnih količina sigurne krvi za potrebe svojih građana iz sopstvenih potencijala, u skladu sa Direktivama EU.

Navedeni cilj će se ostvariti kroz:

1. povećanje nivoa DDK do nivoa samodovoljnosti kreiranjem i primjenom održivog Nacionalnog programa i

2. osnivanjem javne ustanove za transfuziju krvi Crne Gore, kao samostalnog subjekta, na osnovu Zakona o transfuziji, koji će definisati ulogu i zadatke svih subjekata ovog sistema.

Obezbjeđenje (bezbjedne) sigurne krvi podrazumijeva standardizovani proizvod za potrebe svakodnevnog liječenja oboljelih, kao i dovoljnu zalihu krvi za potrebe urgentnih stanja i vanrednih prilika. Postizanjem ovog cilja omogućava se međunarodna saradnja na ovom polju koja predstavlja jedan od uslova za evropsku integraciju.

Realizaciju primarnog cilja moguće je ostvariti kroz ostvarenje specifičnih ciljeva iznijetih u preporukama EU za uvođenje standarda i Direktiva EU u sistem za transfuziju krvi

5.1 SPECIFIČNI CILJEVI

1. Kreiranje i implementacija nacionalnog programa u oblasti transfuzije krvi sa sopstvenim standardima, preporukama i smjernicama za sve segmente bazične transfuzije (motivisanje, regrutovanje i zadržavanje dobrovoljnih neplaćenih davalaca krvi iz nisko-rizičnih populacionih grupa, prikupljanje, testiranje, obrada, čuvanje i distribucija krvi i krvnih komponenata)

2. Kreiranje nacionalne politike u oblasti kliničke transfuzije krvi

3. Uspostavljanje sistema kontrole kvaliteta u transfuziološkom radu

4. Uspostavljanje funkcionalne i koordinisane organizacije službi za transfuziju krvi

5. Razmatranje optimalnog načina finansiranja zavoda za transfuziju krvi

6. Poboljšanje infrastrukture neophodne za unaprijeđenje bezbjednosti krvi i lijekova koji se dobijaju iz krvi
7. Priprema programa kontinuirane edukacije i obuke kadra u službama transfuzije

8. Uspostavljanje savremenog, jedinstvenog informacionog sistema

5.1.1. Kreiranje i implementacija nacionalnog programa u oblasti transfuzije krvi sa nacionalnim standardima, preporukama i smjernicama za sve segmente bazične transfuzije

1. Motivisanje, regrutovanje i zadržavanje dobrovoljnih neplaćenih davalaca krvi iz nisko-rizičnih populacionih grupa

Ovaj specifični cilj od prioritetne važnosti za obezbjeđenje krvi kao lijeka humanog porijekla, zahtijeva kreiranje i primjenu održivog nacionalnog Programa, kroz multidisciplinarni pristup i uključivanje šire društvene zajednice.

To podrazumijeva:

sprovođenje edukativnih, motivacionih i marketinških aktivnosti na polju informisanosti o značaju dobrovoljnog davalaštva krvi (DDK)

regrutovanje DDK iz nisko - rizičnih populacionih grupa i

zadržavanje redovnih DDK.

Osnovne aktivnosti se odnose na:

edukaciju cjelokupnog stanovništva

edukaciju volontera

kontinuiranu nacionalnu kampanju na podizanju svijesti o značaju i kulturi dobrovoljnog davanja krvi

Sprovode se održavanjem edukativnih predavanja i seminara u svim populacionim grupama naročito među omladinom, pripremom i distribucijom promotivnog materijala kao i medijskom promocijom DDK (spotovi, intervijui, plakati, bilbordi, lifleti namijenjeni ciljanim populacijama i distribuirani predviđenom dinamikom).

Nosioci posla su:

- Zavod za transfuziju krvi
- Crveni krst Crne Gore
- Institut za javno zdravlje i
- Mreža zdravstvenih i prosvjetnih ustanova i medija.

Uspješnost ovakvog nacionalnog Programa zahtijeva kontinuiranost u sprovođenju tokom dužeg vremenskog perioda.

2. Prikupljanje krvi

Podrazumijeva pripremu i sprovođenje Programa aktivnosti na prikupljanju krvi u Crnoj Gori.

Programom treba postići:

- obezbjeđenje koordinacije aktivnosti prikupljanja krvi na čitavoj teritoriji Crne Gore
- postepenu zamjenu porodičnih davalaca krvi dobrovoljnim davaocima iz nisko-rizičnih grupa formiranjem mobilnih timova za rad na terenu
- povećanje procenta prikupljene krvi sa 2,13% na 4%, koliko preporučuje SZO
- postizanje veće bezbjednosti prikupljenih jedinica krvi i
- pripremu programa uvođenja donatorske plazmafereze za dobijanje derivata krvi.

U sklopu ovih aktivnosti uslijedila bi i priprema programa brige o dobrovoljnim davaocima krvi kao zdravstvenim saradnicima koji podrazumijeva informisanje o njihovom zdravstvenom stanju i podršci u slučaju pojave zdravstvenih problema.

3.Testiranje krvi

U cilju osiguranja bezbjednosti krvi sve prikupljene jedinice podliježu obaveznom testiranju. U okviru Nacionalne strategije neophodno je formulisati Nacionalni program za testiranje krvi sa standardnim protokolom.

Uporedo treba razvijati protokole za pojedinačne aktivnosti, testiranje, selekciju i evaluaciju screening testova.

Neophodni zahtjevi koji se moraju ispoštovati za adekvatno testiranje su:

- dobro edukovano osoblje
- dostupnost opreme i reagenasa i
- obavezno korišćenje atestiranih testova koji se koriste.

U okviru Programa testiranja krvi neophodno je uspostaviti referentne laboratorije sa preciziranim nadležnostima za rješavanje svih nejasnih rezultata. Neophodno je i uspostavljanje kvalitetne

saradnje sa epidemiološkom službom za praćenje i analizu dobijenih rezultata, kao i formiranje kompjuterske baze podataka za DDK koja ne smije biti šire dostupna.

Standardima se nalaže i osnivanje etičkog komiteta koji obavještava DDK o rezultatima testiranja na prisustvo markera infektivnih bolesti koje se prenose putem krvi.

4. Procesiranje, čuvanje i distribucija krvi

Za ostvarenje ovog cilja neophodno je uspostaviti i organizovati koordinisanu službu za transfuziju krvi na nivou Crne Gore sa pripremljenim Programom za procesiranje, skladištenje i distribuciju krvi – komponenata krvi, čime bi se postiglo:

- obezbjeđivanje adekvatnih količina bezbjedne krvi uz definisanje standarda za pripremu, skladištenje i distribuciju krvi – komponente krvi
- stvaranje uslova (oprema,uslovi rada i vozila) za skladištenje,distribuciju i transport uz pripremu pisanih uputstava za ove aktivnosti, odnosno pisanje standardnih operativnih procedura (SOP)
- postizanje veće bezbjednosti pripremljene krvi, tj. komponente
- određivanje Ustanove zadužene za procesiranje, čuvanje i distribuciju krvi
- preciziranje Programa o načinu i dinamici čuvanja i distribucije krvi

4.1.2. Kreiranje Nacionalne politike u oblasti kliničke transfuzije

Transfuzija krvi/komponenata u oblasti kliničke transfuziologije podrazumijeva kontrolu, održavanje i unaprijeđenje kvaliteta prema preoporukama Svjetske zdravstvene organizacije, što se postiže kroz:

- racionalnu primjenu krvi
- ustanovljavanje vodiča iz oblasti racionalne primjene krvi
- omogućavanje dostupnosti krvi/komponenata
- formiranje bolničkih transfuzijskih komiteta sa zadatkom medicinske kontrole, praćenja kvaliteta kliničke transfuzije u okviru bolnica i razvijanje standarda i indikatora kvaliteta potrebnih za uvođenje sistema kontrole održavanja i unapređenja kliničke transfuziološke prakse.

4.1.3. Uspostavljanje sistema upravljanja kvalitetom

U cilju obezbjeđenja dovoljnih količina krvi/komponenata visokog kvaliteta sa maksimalnom efikasnošću i minimalnim rizikom za davaoca i pacijenta, transfuziološka služba mora imati uspostavljen sistem upravljanja kvalitetom. Ovaj sistem je obavezujući za članice EU prema Direktivi Savjeta Evrope 2002/98/EEC, kojom se utvrđuju standardi kvaliteta i bezbjednosti za testiranje, procesiranje, skladištenje i distribuciju krvi i komponenata krvi.

Direktiva nalaže formiranje kompetentnog regulatornog tijela koje redovno kontroliše sistem kvaliteta i izdaje licence za rad transfuziološkim ustanovama. Sistem podrazumijeva poštovanje principa dobre proizvođačke prakse za lijekove u medicini, kao i uvođenje standarda ISO 9001:2000.

Sistem kvaliteta zahtijeva:

-organizacionu strukturu sa jasno definisanim odgovornostima i ovlašćenjima svih funkcija i vezama među funkcijama

- unaprijed utvrđene i obezbijeđene potrebne resurse u pogledu kadra, opreme i prostora

- sprovođenje svih operativnih procedura u skladu sa principima dobre proizvođačke prakse, usaglašenih sa odgovarajućim propisima

- praćenje, mjerenje i unapređivanje kvaliteta proizvoda i usluga

- dokumentaciju sistema kvaliteta

- implementaciju sistema i

- licenciranje transfuzioloških ustanova.

4.1.4. Uspostavljanje nacionalno koordinisane službe za transfuziju krvi

Obezbijeđivanje dovoljnih količina bezbjedne krvi i komponenata krvi podrazumijeva dobru organizacionu strukturu službe za transfuziju krvi, jer loša organizacija dovodi do neefikasnog i neracionalnog korišćenja inače deficitarnih rezervi krvi, što doprinosi povećanju troškova za transfuziju krvi u okviru nacionalnog budžeta.

Prema preporukama SZO i Direktivama EU vlade zemalja članica trebalo bi da promovišu i podržavaju centralizovanu organizaciju i rukovođenje službom za transfuziju krvi, uvođenje savremenih tehnologija, primjenu uniformne opreme, reagenasa, testova i zamjena za krv, kao i jedinstven informacioni sistem za cijelu službu.

Direktiva EU 2002/98/EC definiše dva tipa ustanova u okviru nacionalne službe za transfuziju krvi:

- ustanove koje se bave DDK i transfuziološkim procedurama koje se odnose na prikupljanje, testiranje, procesiranje, skladištenje, distribuciju, transport i racionalnu primjenu krvi i krvnih komponenata.
- ustanove koje su usmjerene na aktivnosti vezane za pacijenta,odnosno bolničke službe za transfuziju krvi – banke krvi.

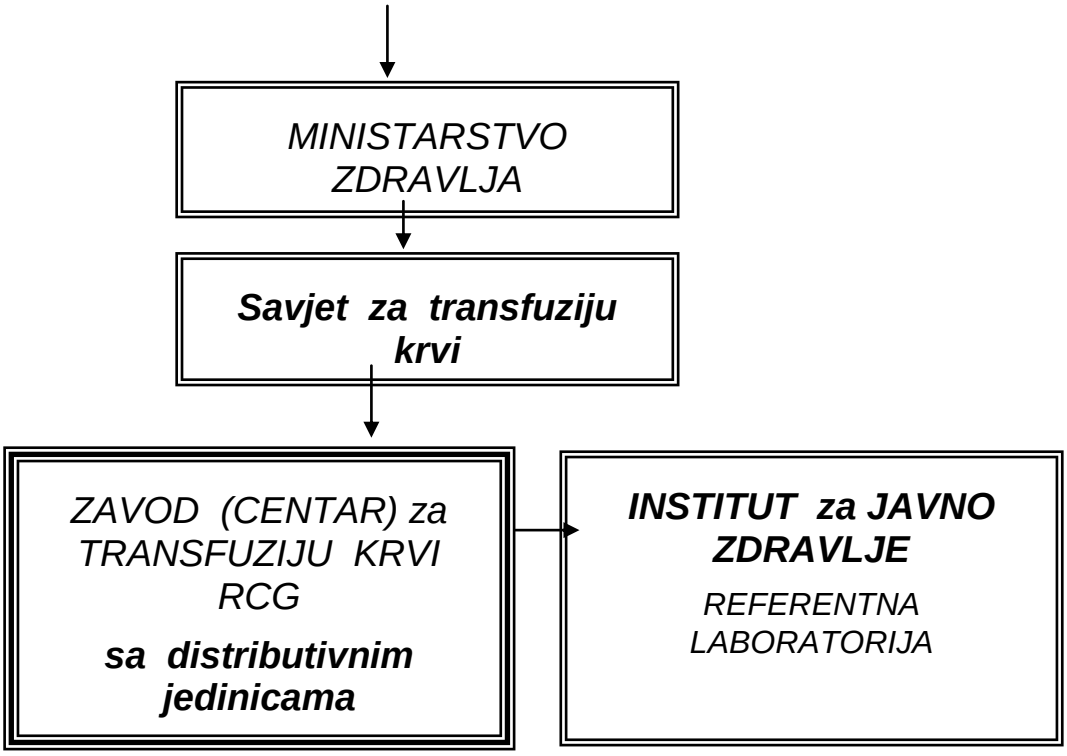
Primjenom Direktive se postiže:

1. mogućnost uvođenja kontrole kvaliteta i konzistentnost procedura
2. mogućnost za optimalno korišćenje resursa i
3. bolje sagledavanje troškova upravljanja i procedura nacionalnog sistema zaliha krvi – rentabilnost i ekonomičnost.

Imajući u vidu broj operacija i ukupan broj od 14 000 prikupljenih jedinica godišnje, oko 21-22 jedinica na 1000 stanovnika (EU u prosjeku 40-50 jed na 1000 stanovnika), preporučljivo je da se funkcije obezbjeđenja krvi konsoliduju u jedno nacionalno tijelo za transfuziju krvi, osnivanjem Zavoda za transfuziju krvi i unaprijeđenjem bolničke funkcije usmjerene na pacijenta, uključujući i kliničku praksu u oblasti transfuzije sa postojećim standardima prakse koji važe u EU.

Organizacija – predloženi model:

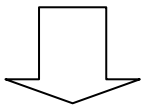
VLADA REPUBLIKE CRNE GORE



Struktura – predloženi algoritam:

Ministarstvo zdravlja

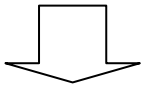
Utvrđivanje politike



Delegiranje ovlašćenja

Vladino tijelo -Savjet

Upravne funkcije

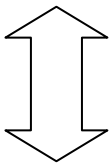


Delegiranje ovlašćenja

ZAVOD - Centar za transfuziju krvi

Operativne funkcije

Proizvođač i dobavljač



Klinički Interfejs

Područne jedinice – banke krvi

Pružanje usluga

Zadaci:

MINISTARSTVO ZDRAVLJA

- Da utvrdi sistem revizije i lincenciranja
- Da obezbijedi usklađenost sistema sa zakonodavstvom i pratećom regulativom

NACIONALNO TIJELO – SAVJET ZA TRANSFUZIJU KRVI

- U nadležnosti Ministarstva zdravlja i odgovorno MZ
- Koordinacija edukacije i obuke osoblja
- Referentni centar za reagense,opremu,procedure,probleme i pitanja
- Koordinacija odnosa sa javnošću u cilju jačanja znanja i svijesti

ZAVOD (CENTAR) ZA TRANSFUZIJU KRVI- OPERATIVNA SLUŽBA

- Lociran u Podgorici, vezan za Klinički Centar i Univerzitet
- Služi kao odjeljenje za obezbjeđenje zaliha krvi

Ovaj bi Centar trebalo da bude odgovoran za:

- praćenje donacija i sakupljanje krvi i plazme
- obradu sakupljene krvi i plazme
- testiranje sakupljenih jedinica
- kontrolu kvaliteta, obezbjeđivanje kvaliteta i oslobađanje obrađenih jedinica – specifikacija komponente
- čuvanje
- logistiku i distribuciju bolnicama jednonedjeljnih zaliha za rad, kvalitetnih, bezbjednih i efikasnih komponenti krvi i
- podršku bolničkim komitetima za transfuziju krvi u vidu ekspertize, kliničkih savjeta o primjeni komponentne terapije i alternativa, koordinisanju evaluacije bolnica u regionu i sakupljanju regionalnih informacija o odgovarajućoj upotrebi krvi i incidence i vrste neželjenih posttransfuzionih reakcija.

Predviđa se stvaranje dostupnog regionalnog skladišta, odnosno distributivnog centra u jednoj od bolnica na sjeveru Crne Gore, kako bi se izbjegli problemi u transportu tokom zimskih mjeseci.

Pored navedenog, zadaci budućeg Centra su:

- obezbjeđivanje interfejsa zajednice sa javnim i potencijalnim donatorima putem uspostavljanja, stimulisanja i koordinisanja programa usmjerenih na jačanje javne svijesti, motivacije i saradnje sa Crvenim krstom
- obezbjeđivanje kliničkog interfejsa sa bolnicama i klinikama putem kliničkih konsultativnih usluga usmjerenih na adekvatno korišćenje krvnih sastojaka i alternativa – klinički savjeti i
- pružanje podrške bolničkim transfuzijama – bankama krvi u sakupljanju i funkcijama usmjerenim na pacijente – imunohematologija i ispitivanje kompatibilnosti.

Zavod (Centar) bi trebalo da bude smješten u prostoru adekvatne kvadrature i rasporeda prostorija, opremljen u skladu sa kriterijumima dobre proizvođačke prakse(GMP). Sjedište Zavoda bi bilo u Podgorici, a područni-regionalni centar za skladištenje i distribuciju na sjeveru zemlje.

S obzirom na nivo i strukturu davalaca krvi u CG (80% porodičnih davalaca krvi), predloženi model organizacije transfuziološke službe, usaglašen sa principima Evropske unije, zahtijeva određeni vremenski period za potpunu implementaciju. Zbog toga neophodno je obezbijediti prelazno rješenje koje u osnovi zadržava postojeće jedinice unutar zdravstvenih ustanova koje će nastaviti da obavljaju iste poslove , ali pod nadzorom Zavoda za transfuziju krvi Crne Gore čije formiranje će uslijediti nakon usvajanja Zakona.

5. Način finansiranja nove organizacije za transfuziju krvi

Rad i funkcionisanje nacionalnih centara za bezbjednu krv predstavlja javni interes i po pravilu se finansira iz sredstava Budžeta. Nova organizacija i funkcije buduće ustanove, koja preuzima funkcije nacionalnog centra za transfuziju krvi, saglasno projektovanim rješenjima i praksom zemalja zapadne Evrope, treblo bi da se finansira iz dva izvora i to: sredstava Budžeta i sredstava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Saglasno tome, Zavod za transfuziju Republike Crne Gore finansiraće se iz sredstava Ministarstva zdravlja – Budžet, za aktivnosti od opšteg interesa u oblasti transfuziološke djelatnosti i sredstava Republičkog Fonda za zdravstvo, za aktivnosti vezane direktno za bolesnika.

6. Poboljšanje infrastrukture neophodne za unapređenje bezbjednosti krvi i komponenata krvi

Kvalitet usluga i proizvoda u transfuziji zavisi neposredno od uslova u kojima se obavljaju aktivnosti. Svaka ustanova mora da definiše, obezbijedi i održava infrastrukturu potrebnu za postizanje standarda kvaliteta. U tom smislu se kao standard zahtijeva odgovarajuća infrastruktura koja obuhvata:

- zgrade, radni prostor i pripadajuću opremu
- procesnu opremu (hardver i softver) i
-usluge podrške (transportne i komunikacione).

Radi obezbjeđenja prostora za rad i funkcionisanje Zavoda- Centra za transfuziju krvi Crne Gore, neophodno je otpočeti sa aktivnostima na izradi projekta, obezbijeđenja lokacije, izgradnje i opremanja Zavoda - Centra u Podgorici. Aktivnosti na pripremi i uvođenju nove organizacije obuhvatiće dogradnju, ili rekonstrukciju transfuzioloških jedinica u opštim bolnicama i specijalnoj bolnici. U realizaciju ovog programa neophodno je uključiti lokalne zajednice.

U pogledu opreme za rad transfuziološke službe nastojaće se da oprema bude unificirana, (zbog prednosti u servisiranju i standardizaciji transfuzioloških procedura), što se obezbjeđuje donošenjem jedinstvenog plana za opremanje.

7. Priprema programa kontinuirane edukacije i obuke kadra za transfuziju krvi

Specifičnost i osjetljivost poslova u transfuziološkoj službi zahtjevaju osposobljenost kadra u pogledu obrazovanja, obuke, znanja i iskustva. Stoga će se pripremiti posebni programi kontinuirane edukacije, obuke i obnavljanja stečenih znanja osoblja u svim segmentima transfuziološkog rada.

8. Uspostavljanje savremenog integrisanog informacionog sistema

Informacioni sistem predstavlja važnu komponentu strategije bezbjedne krvi kako bi se postigla efikasnost u radu i dugoročna bezbjednost za davaoce i pacijente.

U ovoj oblasti informacioni sistem, bi trebalo da pokriva sve segmente u procesu rada transfuziološke službe, počevši od selekcije davaoca, registracije, praćenja jedinice krvi od davaoca do krajnjeg korisnika, sve do obezbjeđenja kvaliteta i finansijskog menadžmenta.

Sprovođenje planiranih ciljeva će se odvijati u etapama, dinamikom uslovljenom obezbjeđenjem finansijskih sredstava za svaku pojedinačnu aktivnost , a prema definisanim prioritetima. Ostvarivanje krajnjih ciljeva strategije planira se do kraja 2010. godine.

Prioritetne aktivnosti su:

- donošenje Zakona o transfuziji krvi- jun 2006. godine
- formiranje Zavoda -Centra za transfuziju krvi, sa područnim jedinicama, nakon usvajanja Zakona
- izgradnja ili rekonstrukcija prostora za obavljanje funkcija Zavoda i transfuzioloških jedinica i kompletiranje opreme – jun 2007. godine
- preuzimanje testiranja jedinica krvi na nacionalnom nivou – jun 2007.

221. Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji Ministarstva zdravlja

Pursuant to Article 37, paragraph 2 of the Law on Public Administration (Official Gazette of the Republic of Montenegro, No. 38/03, Official Gazette of the Republic of Montenegro, No. 22/08) upon proposal of the Ministry of Health, at its session held on _____, the Government of Montenegro, hereby issues the

RULEBOOK

ON INTERNAL ORGANIZATION AND JOB DESCRIPTIONS OF THE MINISTYRY OF HEALTH

Article 1

This Rulebook shall lay down internal organization and job descriptions of the Ministry of Health (hereinafter referred to as the Ministry), and shall stipulate organizational units and their competence, work posts, trial work and employment of trainees.

I. ORGANIZATIONAL UNITS AND THEIR SCOPE OF WORK

The Secretary of the Ministry and the Advisor to the Minister shall perform their work outside the internal organizational units.

The organizational units are:

1. **Health Care Sector**
    - 1.1 Department for Outpatient and Primary Health Care
    - 1.2 Department for Inpatient Health Care
    - 1.3 Department for Food Safety
    - 1.4 Department for Health and Sanitary Inspection Activities

2. **Sector for Health Care System Management**
    - 2.1 Department for Development
    - 2.2 Department for Legislative Activities

3. **Sector for Economics in the Health Care System**

3.1 Department of Information Technology, Health Care Investments and Budget

3.2 Department for Health Insurance and Contracting

4. Sector for Quality Promotion and Control

4.1 Department for Institutional Accreditation

4.2 Department for Patients' Rights

5. Sector for Bioethics and Pharmaceutics

5.1 Department for Pharmaceutics

5.2 Department for Bioethics, Genetics and Transplant Programmes

6. Division for European Integration and International Cooperation

7. Drugs Division

8. Office of the Minister

9. Department for General Affairs and Finance

10. Regional Units of Health and Sanitary Inspection

10.1 Regional Unit Podgorica, for municipalities Podgorica, Danilovgrad, and Cetinje

10.2 Regional Unit Nikšić, for municipalities of Nikšić, Šavnik, and Plužine

10.3 Regional Unit Bijelo Polje, for municipalities of Bijelo Polje, Mojkovac, and Kolašin

10.4 Regional Unit Berane, for municipalities of Berane, Plav, Rožaje, and Andrijevica

10.5 Regional Unit Pljevlja, for municipalities of Pljevlja, and Žabljak

10.6 Regional Unit Bar, for municipalities of Bar and Ulcinj

10.7 Regional Unit Herceg Novi, for municipalities of Herceg Novi and Kotor

10.8 Regional Unit Budva, for municipalities of Budva and Tivat

Article 2

1. **Health Care Sector** shall perform activities related to implementation of the health care policy which lays down general principles of the system and organization in the area of primary, secondary and tertiary health care based on the principle of equality in exercising right to health care. It shall monitor reports on health status of the population prepared and submitted by the Institute of Public Health, organize measures for implementation of health

care; it shall monitor the exercise of right to health care, supervise the work of health institutions and supervise the enforcement of the law and regulations for implementation of health care measures. It shall grant its approval to prevention programmes; elaboration of studies and programmes related to work organization and development of health care service; it shall coordinate and monitor the work of the Chamber of Physicians and Chamber of Pharmacists, supervise and inspect the legality of work of chambers and, upon their proposal, lay down the contents and manner of issuing practice permits; it shall conduct measures of inspection control in pursuance of the law, inspect enforcement of the law and other regulations regarding citizens' health care from the Ministry's capacity, reach decisions in second-instance administrative procedure on the rights to health insurance and sanitary inspection.

1.1 Department for Outpatient and Primary Health Care shall perform activities related to preservation and promotion of citizens' health, monitoring health care needs of the population, and organization of institutions on the primary health care level, professional elaboration of systemic and other issues related to monitoring and examination of conditions in primary health care; professional elaboration of issues related to monitoring and examination of conditions in private practice in terms of human resources, scope and content of work, outfitting and keeping up-to-date with medical technology.

1.2 Department for Inpatient Health Care shall perform activities related to system monitoring, organization and development of secondary and tertiary health care; it shall monitor development of secondary and tertiary health care; it shall keep up-to-date with the studies and experiences of developed countries in the field of health care, development and planning of inpatient health care and application of modern technologies. It shall organize supervision of professional activities of secondary and tertiary health care, professional elaboration of systemic and other issues related to monitoring and examination of conditions in the health care service in terms of type and catchments areas of health institutions, private practice, human resources, scope and content of work and outfitting; it shall prepare plans and implement measures for rationalization in terms of system monitoring: it shall analyze the effects of inpatient health care through operation, organization and development, it shall monitor the application of regulations and standards of health care of the population; it shall propose measures for promoting health care quality.

1.3 Department for Food Safety shall perform activities related to elaboration of regulations in this area; adoption of the annual control plan, monitoring plan, plan for crisis management in the area of vegetable food safety after primary production, combined food and other types of food; cooperation with international organizations and competent bodies of other countries; determining the fulfilment of prescribed requirements; issuance of permits or approvals for performing activities to entities dealing with the food of vegetable origin after primary production, combined food and other types of food; keeping records of facilities for production and trade in foodstuffs; elimination of facilities from the registry of approved facilities; drawing up reports in the area of food safety.

1.4 Department for Health and Sanitary Inspection Activities shall perform activities of inspection control over enforcement of the law and other regulations related to the fulfilment of requirements for performing the work of health institutions, the quality of work, organization of work, organizational-legal and status changes of health institutions, manner of keeping and using prescribed medical records. It shall perform supervision over enforcement of the law and other regulations related to prevention and control of communicable diseases, potable water, objects and devices for potable water supply, supervision of food safety in all facilities used for production and trade in foods of vegetable origin after primary processing, combined and other types of food, retailed animal feeds, which have an individual declaration and packaging and general-purpose objects which are

subject to health and sanitary inspection, medical waste and other objects which are subject to sanitary inspection. It shall inspect the enforcement of the law and other regulations on the area of sanitary and hygienic and anti-epidemic protection of people, preventive sanitary inspection of public utilities, supervision of persons employed in these facilities, supervision of production and trade in medicines and poisonous substances, issuance of sanitary permits for locations, construction and reconstruction projects, and permits for putting into operation industrial polluter plants, water supply and sewerage facilities, health and social institution facilities, catering facilities, tourist settlements and transportation means, facilities for disposal of waste water and other substances from built-up areas, industrial plants, health care facilities and residential buildings. It shall prepare information and reports and propose specific measures from its scope of work. It shall perform administrative activities related to inspection control, undertake measures for initiating proceeding before competent bodies against perpetrators of criminal offences, corporate offences and infractions.

Article 3

2. **Sector for Health Care System Management** shall perform activities related to creating health policy, development and promotion of the health care system through components of health infrastructure – resources, management and organization. It shall prepare studies, analyses, studies, information and programmes which shall serve as a professional basis for development and implementation of policy in the area of health care and health insurance. It shall give its opinion on proposals for laws and other regulations, it shall provide its interpretation of regulations in the field of health insurance, perform supervision over legality of work of the Health Insurance Fund. It shall prepare planned documents from its capacity: residency plans, advanced training programmes, development priorities, health institutions network. It shall propose criteria for establishment and operation of health institutions, content and scope of health care (with standards), monitor implementation of resolutions, declarations and conventions in the area of health care. It shall prepare proposals of action plans and programmes intended for protection of vulnerable groups and reduction of inequality in health care. It shall prepare and monitor implementation of the national strategy of public health. It shall coordinate and monitor the work of permanent expert bodies – ministry commissions in charge of developing strategies in priority areas of health care and other appropriate activities; it shall prepare draft laws and other regulations in the area of health care and health insurance, regulate in more detail the manner of providing health care and fulfilment of requirements for establishment and work of health institutions. It shall define professional medical activities related to provision of health care, professional development of health workers and associates, and conditions for performing training programmes and taking professional exams. It shall draw up proposals of programmes and duration of residencies. It shall prepare proposals and coordinate activities of liaison bodies regarding implementation of international agreements on health insurance.

2.1 Department for Development shall perform activities related to creation of health policy, development and promotion of the health care system through health infrastructure components – resources, management and organization. It shall prepare studies, analyses, studies, information and programmes which serve as a professional basis for development and implementation of policy in the area of health care and health insurance. It shall give its opinion on proposals for laws and other regulations; it shall provide its interpretation of regulations in the field of health insurance. It shall prepare planned documents from its capacity: residency plans, advanced training programmes, development priorities, health institutions network. It shall propose criteria for establishment and operation of health institutions, content and scope of health care (with standards), monitor implementation of resolutions, declarations and conventions in the area of health care. It shall prepare proposals of action plans and programmes intended for protection of vulnerable groups and reduction of inequality in health care. It shall prepare and monitor implementation of the national strategy of public health. It shall coordinate and monitor the work of permanent expert bodies – ministry commissions in charge of developing strategies in priority areas of health care.

3. **2.2 Department for Legislative Activities** shall perform activities related to preparation of draft laws and other regulations in the area of health care and health insurance; it shall regulate in more detail the manner of providing health care and fulfilment of requirements for establishment and work of health institutions. It shall define professional development of health workers and associates, and conditions for performing training programmes and taking professional exams. It shall draw up proposals of programmes and duration of residencies. It shall prepare proposals and coordinate activities of liaison bodies regarding implementation of international agreements on health insurance.

Article 4

4. **Sector for Economics in the Health Care System** shall perform activities related to monitoring of the financing and contracting system between public health institutions and the Health Insurance Fund; it shall give its opinion of the Financial Plan of the Fund, give its approval to annual needs balance, submit proposed prices of health care services, monitor the privatization programme in health care; give its opinion of Fund's proposals about concluding contracts on providing health care, participation of insured persons in health care costs; prepare projections of financial assets for health care, estimate budgetary resources for funding specific forms of health care, prepare and monitor implementation of economic policy measures in the health care system; monitor public procurement in public health institutions, adopt capital investment plan and overall expenditure in the health care system in order to attain financial sustainability of the health care system, which relates to promotion and operation of the health care system, preparation, monitoring and implementation of strategy for development of information society; prepare proposals of action plans and programmes for promotion and development of operating the health care information system, define activities for setting up technological and secure information infrastructure in health care bodies and institutions. It shall supervise implementation of electronic files of patients in primary, secondary and tertiary health care.

3. 1 Department for Information Technology, Health Care Investments and Budget shall perform activities related to development of capital investment plan in the health care system, monitor public procurement in public health institutions; prepare projections of financial assets; prepare projections of financial assets for health care, estimate budgetary resources for funding specific forms of health care; prepare proposals of action plans and programmes for promotion and development of operating the health care information system, define activities of setting up technological and secure information infrastructure in health care bodies and institutions. It shall supervise implementation of electronic files of patients in primary, secondary and tertiary health care.

3. 2 Department for Health Insurance and Contracting shall perform activities related to monitoring the financing and contracting system between public health institutions and the Health Insurance Fund; it shall give its opinion of the Financial Plan of the Fund, give its approval to annual needs balance, submit proposed prices of health care services, monitor the privatization programme in health care; give its opinion of Fund's proposals about concluding contracts on providing health care, participation of insured persons in health care costs; prepare and monitor implementation of economic policy measures in the health care system; overall expenditure in the health care system in order to attain financial sustainability of the health care system, which relates to promotion and operation of the health care system.

Article 5

4. **Sector for Quality Promotion and Control** shall perform activities related to promotion of the system of voluntary accreditation of institutions; promotion of accreditation standards at all levels of health care; development and publication of reports on accreditations of health institutions; formulating procedures of admittance to treatment and discharge of patients; monitoring, upgrading, and promotion of quality indicators and work results in health institutions; revision of criteria for placing patients on waiting lists; revision of existing and establishment of new procedures for placing patients on waiting lists; development of guidebooks and procedures for respecting patients' rights; analyses of results on the satisfaction of beneficiaries with provided health services; establishment of clinical protocols and guidelines.

4.1 Department for Institutional Accreditation shall perform activities related to promotion of the system of voluntary accreditation of institutions; promotion of accreditation standards at all levels of health care; development and publication of reports on accreditations of health institutions; monitoring, upgrading, and promotion of quality indicators quality and work results in health institutions; development of guidebooks and procedures for respecting patients' rights; analyses results on the satisfaction of beneficiaries with provided health services; establishment of clinical protocols and guidelines.

4.2 Department for Patients' Rights shall perform activities related to revision of criteria for placing patients on waiting lists; revision of existing and establishment of new procedures for placing patients on waiting lists; development of guidebooks and procedures for respecting patients' rights; analyses of results on the satisfaction of beneficiaries with provided health services; formulating procedures of admittance to treatment and discharge of patients;

Article 6

5. **Sector for Bioethics and Pharmaceutics** shall perform activities from the scope of work of the Ministry related to drafting proposals and analyses for implementation of the national policy in the area of pharmaceuticals and medical devices; participation in preparation and implementation of international agreements and implementation of international cooperation in the area of pharmaceuticals and medical devices; drafting studies of analyses and studies in the area of pharmaceuticals and medical devices; establishment of the national pharmacopeia and magistral formula; establishment of measures for rational consumption of medicines; prescribing more detailed conditions for issuance of permits for medicine marketing, production, control, monitoring of undesired reactions, advertising and marking traditional homeopathic medicines; prescribing the content and the manner of keeping records of issued permits; issuance of permits for import, export and marketing of poisonous substances; keeping the Registry and the List of Poisonous Substances; monitoring of trade and use of poisonous substances; compiling waiting lists for persons who must resort to transplantation of a body part as the only way of treatment, keeping the registry and records of potential body part donors, adoption of documents for application of

the Law on Retrieval and Transplantation of Human Body Parts and the Law on Assisted Reproductive Technologies, keeping a single registry of procedures of assisted reproductive technologies and the registry of collected, selected and stored reproductive cells, application of scientific achievements in biomedicine in health care and treatment; application of gene technology for treatment of medically indicated cases; conducting activities in drafting secondary legislation for implementation of the

6. Genetic Privacy; issuing accreditation for genetic testing laboratories in line with EU standards and prosecution of second instance administrative proceedings in the area of pharmaceuticals and medical devices.

5. 1 Department for Pharmaceutics shall perform activities related to drafting proposals and analyses for implementation of the national policy in the area of pharmaceuticals and medical devices; it shall participate in preparation and implementation of international agreements and implementation of international cooperation in the area of pharmaceuticals and medical devices; drafting studies of analyses and studies in the area of pharmaceuticals and medical devices; establishment of the national pharmacopeia and magistral formula; establishment of measures for rational consumption of medicines; prescribing more detailed conditions for issuance of permits for medicine marketing, production, control, monitoring undesired reactions, advertising and marking of traditional homeopathic medicines; prescribing the content and the manner of keeping records of issued permits; issuance of permits for import, export and marketing of the medicine; keeping the Registry and the List of Poisonous Substances; monitoring of trade and use of poisonous substances and prosecution of second instance administrative proceedings in the area of pharmaceuticals and medical devices.

5. 2 Department for Bioethics, Genetics and Transplant Programmes shall perform activities related to compiling waiting lists for persons who must resort to transplantation of a body part as the only way of treatment, keeping the registry and records of potential body part donors, adoption of documents for application of the Law on Retrieval and Transplantation of Human Body Parts and the Law on Assisted Reproductive Technologies, keeping a unique registry of procedures of assisted reproductive technologies and the registry of collected, selected and stored reproductive cells, application of scientific achievements in biomedicine in health care and treatment; application of gene technology for treatment in medically indicated cases; conducting activities in drafting secondary legislation for implementation of the Law on Genetic Privacy; issuing accreditation for genetic testing laboratories in line with EU standards.

Article 7

6. **Division for European Integration and International Cooperation** shall perform activities from the scope of work of the Ministry related to monitoring the performance of activities and obligations of the Ministry in the process of association and accession to the EU in the area of the health care system; it shall provide information on implementation of the Action Plan for the area of the Ministry, define donation programmes, cooperation with competent authorities and institutions regarding the process of EU accession and monitor activities of these authorities in the process of EU accession; it shall prepare programmes, information and reports from this area; it shall monitor implementation of international resolutions, declarations and conventions in the area of health care, provide submission of national

reports on health upon request of the World Health Organization and other indicators for assessment of the health status in line with international conventions.

Article 8

7. **Drugs Division** shall monitor implementation of aims stipulated by the National strategic response to drugs and the Action Plan; it shall monitor and perform national coordination of multi-sectoral implementation of policy in the area of drugs, so as to provide a comprehensive response to issues from the national level; it shall set up and maintain a national horizontal and vertical contact network; it shall monitor implementation of activities between state bodies, institutions, the local government, the civil sector and drafting of the National programme proposal; it shall participate in drafting legislative acts and other documents and update them so that they comply with international and EU documents and standards. It shall monitor the application of measures from the domain of the health care system, social care, preventive, therapeutic, rehabilitative activities from all line ministries, and activities from the domain of customs and police services, the NGO sector; it shall establish and maintain international cooperation with relevant international bodies, UNODC, EMCDDA, WHO, POMPIDOU group; it shall coordinate drafting of mandatory annual report for EMCDDA and data for REITOX; it shall submit regular and special reports to international organizations and associations; it shall establish and maintain regional and neighbourly cooperation in line with the European drugs strategy; it shall cooperate with international institutions in order to promote therapeutic and rehabilitative activities related to addiction to psychoactive substances; it shall set up and keep a database in the area of drugs in the country; it shall coordinate drafting of the National report; propose members of the Expert Drugs Council which shall be appointed by the Government of Montenegro and assure the implementation of decisions adopted by the Expert Council of the Government; it shall propose measures and activities related to drugs to the Expert Council, and perform administrative activities for the Expert Council.

Article 9

8. **Office of the Minister** shall perform professional, organizational and administrative-technical activities necessary for performing the office of the minister; activities of preparation and execution of internal and external communication; activities related to public relations; communication with the Government of Montenegro and other state administration bodies; organization of meetings and public appearances, creating websites of the Ministry.

Article 10

9. **Department for General Affairs and Finance** shall perform activities related to monitoring laws and other regulations regarding civil servants and employees; it shall prepare general documents of the Ministry and individual documents which stipulate the rights, obligations and responsibilities of employees of the Ministry; it shall execute procedures related to: employment, evaluation, promotion, acknowledgement of capacity, professional development, training of employees, qualifying trainees for independent execution of work; it shall keep single records of human resources and other records in the area of work; it shall prepare statements before the Administrative Court against complaints of civil servants and employees and comply with the rulings passed in administrative dispute; it shall draw up and implement the Budget of the Ministry; it shall draw up the financial plan; it shall use assets promptly and appropriately for purposes stipulated by the Budget and the

financial plan; it shall keep business books, interim statements and annual balance sheets, draw up financial statements and submit data to the Treasury; it shall prepare accounting lists for calculating wages and other income of the Ministry; cash operations and other financial and accounting operations; it shall admit, distribute, keep records and put documents into operation and dispatch them; archive cases; photocopy and reproduce; requisition office material; personally submit summons to hearing and rulings passed in first instance misdemeanour procedure; it shall include posts of drivers and other ancillary affairs.

Article 11

10. **Regional Units of Health and Sanitary Inspection** shall perform regular activities of health and sanitary inspection supervision and control over enforcement of the law and other regulations in the area of sanitary and hygienic protection, epidemiologic supervision in cooperation with the Institute and health institutions, preventive inspection control of facilities under special supervision: health and educational institutions, public transportation means and potential pollutants, industrial plants, facilities for production and trade in foodstuffs and general-purpose objects, facilities and devices for potable water supply, supervision over food safety in all facilities where food of vegetable origin is produced and traded after primary processing, supervision of combined and other types of food and animal feed retailed with an individual declaration and packaging, and general-purpose objects subject to health and sanitary inspection and other facilities which are subject to sanitary inspection, catering facilities, residential buildings, facilities for waste water disposal and inspection of trade in goods, and the movement of people at border crossings and their respective catchment areas.

222. Nacionalna strategija za kontrolu pušenja duvana

NATIONAL COMMISSION FOR TOBACCO CONTROL

THE NATIONAL STRATEGY FOR TOBACCO CONTROL

PODGORICA, JUNE 2005.

GLOSSARY

Terms used in the Strategy and Action Plan correspond to definitions contained in the Frame Convention for tobacco control WHO.

"Tobacco Control" refers to a number of measures implemented to reduce supply and demand of tobacco products, and harmful effects of smoking. The objective is to limit consumption of cigarettes and reduce exposure to smoke in order to improve health of the population.

„Advertising and promotion of tobacco" refers to form of media communication, suggestion or action with an objective to promote tobacco products and resulting in direct or indirect consequence.

"Tobacco products" refer to products fully or partly consisted of tobacco leaves as a basic raw material and are intended for smoking, sniffing, sucking or chewing.

"Sensitive groups" refer to population groups which are, due to their specific features, especially at risk for using tobacco products resulting in significant damages to their health.

INTRODUCTION

Background of the country

The Republic of Montenegro is located in the southern part of the Balkan Peninsula and covers the area of 13812 km^2. One part is located on Adriatic – Mediterranean geographic region, and the other part, through Panonian basin, is linked to Central Europe and therefore the world. Although it is considered to be one of Mediterranean countries, Montenegro is largely mountainous region with as much as 60,5 % of the territory above 1000 m of altitude. The relief of Montenegro has its specific features with clear distinction between three zones (Montenegro is not administratively divided into regions) – southern part of Montenegrin coast, central part and northern region or mountainous region.

Demographic characteristics of Montenegro

According to 2003 census, the Republic of Montenegro has population of 617740, of which 62% in urban areas. Figures from the previous 1991 census, indicate that the Republic of Montenegro has population of 591269, which means that the increase in the number of citizens during this period was at the rate of 104,5.

Table 1: Basic indicators of the natural movements of population in Montenegro in 1991, 2001 and 2002

Indicator	***1991***		***2001***		***2002***	
	Number	***Rate***	***Number***	***Rate***	***Number***	***Rate***
Live born	9606	15,6	8829	13,3	8499	12,8
Total deaths	3970	6,4	5431	8,2	5513	8,3
Still born	108	11,2	129	14,6	92	10,8

Natural growth	5636	9,1	3398	5,1	2986	4,5
Vital index	9606/ 3970	241,7	8829/ 5431	162,6	8499/ 2986	154,2

Since 1950, the territory of Montenegro indicates changes in demographic indicators especially significant for presentation of ageing of population. There is a reduction tendency of live born rate, vital index and increase of expected life span, average age of population and aging index of the population. The figures presented indicate prominent tendency of aging of population as a consequence of fall of fertility rate, natural growth and vital index, and increase of the expected life span.

Wide-spread of smoking

Smoking of tobacco is the most wide-spread addiction of human beings. Reports on global consumption of tobacco indicate that around 1,4 billion of people smoke, and according to tendencies, it is expected that there will be 2,2 billion of people in the world by 2050 who smoke cigarettes. It is expected that 82% of smokers will live in developing countries by 2010 (The Tobacco Atlas, 2002.).

Data of the World Health Organization, Regional Office for Europe, indicate that between 5% - 49% of boys and 5% - 42% of girls of European countries are permanent smokers. For adult men, smoking is present with 32%- 60% of population and 10%-33% of women. Around 28% of the total population of European Union countries smokes - 33% of men and 23% of women. There are more smokers in South-East Europe compared to other parts of the continent. Average consumption of cigarettes in these countries is for 5% higher compared to Central European countries, and 35% higher than in European Union countries (The Tobacco Epidemic in South-East Europe, 2004).

For a number of years, our country held third place in Europe, right behind Greece and Turkey, and position five in the world by number of smokers, which very clearly indicates the massive wide-spread of this disease. The fact that our women smokers held the second place in Europe is concerning.

In 1999/2000, UNICEF sponsored a research on attitudes and behaviour of school children and youth in FR Yugoslavia in respect of addiction. The results showed that, by the number of young smokers, we are ahead of other countries which carried out researches following the same methodology. Our children start smoking as early as being in primary school, very often at the age of 14 (Health behaviour of school children, Belgrade, 1999).

Wide-spread of smoking in Montenegro

Smoking, as socially acceptable model of behaviour, is very much present in our society, at all places and among all age groups. No researches have been carried out so far to investigate presence of smoking among all population categories in Montenegro. In the neighbouring countries, with similar attitudes towards smoking, around 50% of adult male population and 30% of female population smokes. Estimates indicate that Montenegro currently has between 200 000 – 250 000 of smokers (according to estimates of experts from NGO sector – Report of Montenegro Association Against Cancer Disease).

The traditional value related to ban of smoking for Montenegrin women in patriarchal society disappeared as a consequence of globalization and emancipation, so experts estimate that our country is among top European countries by the number of women smokers.
Several researches have been carried out so far on smoking habits among younger population of the Republic. It has been noticed that there is a rising number of smokers among young people, and most of them acquire this habit while still at school age. Experimenting with smoking is a very wide-spread habit among students. All the students who smoke more than one cigarette a day become subject to smoking-related research at school age because in literature they are considered to be smokers (Charlton, 1994). Three quarters of smokers start using cigarettes while being under 18.

A research was carried out in the territory of the Republic of Montenegro, back in 2003 and 2004. following the unique methodology WHO and Canadian Association for Public Health, as well as in around 120 countries in the world.

The results of this research carried out on a sample of more than 2000 testees (elementary school children) between 12 and 15 and somewhat more than 2000 testees of secondary schools, between 15 and 19 proved that smoking-related problem is very much present in these population groups. Every third elementary school student and more than half of secondary school students experimented with tobacco. There is around 4% of permanent smokers among elementary school students and around 20% of secondary school students, which corresponds to results acquired back in 1999, based on a research carried out among the same population groups in Montenegro. The research of 1999, carried out in Montenegro involved population of teenagers between 12 and 18, indicated there was the same number of girls and boys who smoked tobacco. It is interesting that the research (GYTS - Global Youth Tobacco Smoking) involving population of students of elementary and secondary schools, among permanent smokers, indicated there were more boys smokers in elementary schools, whereas in secondary schools, there were more girls smokers. These data indicate that girls start smoking at later age, but when in secondary schools, they use cigarettes more often compared to boys.

The majority of students covered by 1999 research said they had acquired the habit of smoking at the age of 15. When asked how wide-spread is smoking in their environment, the majority of them said that members of their family and their friends smoked quite often. Students who smoke normally said they were not acquainted with harmful effects of smoking and that they were not concerned about diseases caused by tobacco («Research of attitudes and behaviour of school children and youth in respect of addiction, sexuality and diet in the Republic of Montenegro», Podgorica, 1999).

More than half of the smokers among elementary school students, covered by the 2003 research, said they started smoking before they were ten, whereas most of permanent smokers in secondary school started smoking at the age of 15.

Besides, the research data indicate that almost all children continuously exposed to the influence of tobacco smoke, due to their parents, friends smokers, or other smokers visiting their homes and families. These data indicate that children in Montenegro are under serious risk of smoking-induced diseases.

There is a little discussion in schools about harmful effects of smoking, and there is no link between education and health programmes. More than half of testees did not know that smoking has a harmful influence on their health. It is necessary to design education activities that should be incorporated into education programmes to promote non-smoking and prevent smoking-induced diseases, since a school is a place where the largest number of children gathers.

The Law on limited tobacco control use has not been adopted for the period of this resource.

Tobacco and health

According to contemporary scientific findings, smoking is addiction which has been proved to have disastrous effect on health. The harmful influence is cumulative, relatively slow and insensible at first glance. Nicotine is alkaloid, which can be found in the plant Nicotiana tabacum and it is a strong psycho – active substance which causes addiction and tolerance, and when smoker tries to quit using cigarettes, it can also cause abstinential difficulties. As other drugs, it influences brain functions, irritating in the beginning and then depressing. While smoking, nicotine absorbs in the blood stream and affects the brain within seven to eight seconds. Effects it has on organism can be classified to have body and psychological effects. Beside the nicotine, tobacco smoke contains another 5000 harmful chemical substances of which 50 are carcinogenic (cause or assist development of malign tumours). It also has negative effect on all other cells and tissues in organism. (source?)

Analysis of data on how wide-spread is the use of tobacco products explains rising incidence of diseases linked to smoking as the basic risk factor. Harmful content of tobacco smoke kills every year over 3,5 million of people in the world, and in our country 34,7% of total deaths are caused by smoking-induced diseases (Nikolić, 1997). Smokers are affected by diseases more often than others. They are more susceptive, compared to non-smokers, to contagious diseases epidemics, their treatment of other diseases takes longer and they are more often victims of incurable diseases.
Malign neoplasm of lungs appear in 95% of cases as a consequence of smoking, and healing is uncertain, time-consuming and expensive, (surviving five years is only in 15% of cases). The latest data received from Specialized Hospital for Lung Diseases indicated that every year in Montenegro there are 200 newly diseased from lungs cancer (Morbidity Statistics). Given that there is a problem of precise recording of diseases and deaths in Montenegro, and it is not an obligation to perform medical autopsy of all deceased, it is assumed that the number of diseases and lung cancer-induced deaths is even higher than 200 (even up to 300 according to some assumptions). Smoking is significantly linked to appearance of malign neoplasm of a number of other organs (cancer of larynx, mouth and hawse, pancreas, urinary bladder and colon).

Tobacco smoke causes other diseases of respiratory system. Smokers suffer from emphysemas and bronchitis ten times more often compared to non-smokers. Overall harmful effect of tobacco smoke is probably the most lethal in the group of cardio-vascular diseases, which causes the highest morbidity and mortality in our country. Smoking causes the highest number of temporary and permanent harmful effects on heart and blood vessels. Researches indicate that the risk of heart diseases is 1,5- 3 times higher for smokers, whereas the risk of cerebra-vascular insult is even higher and is from 2 - 4 times. Many of these diseases and deaths cases could be prevented by timely and competent anti-smoking activities.

Harmful effects are not only for those who smoke, but also for non-smokers who spend time in closed and smokey space. Here, smoking is considered to be usual and widely accepted model of behaviour, and a large part of population is exposed to passive smoking influence or «second hand smoking». It is considered that non-smokers who are very often in a closed space exposed to tobacco smoke are under twice the risk of lungs cancer, infection of respiratory system and cardio-vascular diseases compared to non-smokers who spend time in a smoke free space. Children and mothers-to-be are especially under risk. Mothers-to-be who smoke or inhale tobacco smoke are under higher risk to suffer complications in pregnancy (miscarriage, still born child, children with less weight or children with a deformity) compared to mothers-to-be who are not exposed to this influence.
Compared to our country, in USA, Scandinavian countries, Great Britain and other economically and civilisation-wise more developed societies, due to awareness of tobacco-related risks, smoking is becoming culturally unacceptable. Smoking is recognized to be health enemy number one, which causes significant economic damages both to individuals and the community.

In 1999, the World Bank published a book («Curbing the Epidemic»), which summarizes data on global increase of tobacco consumption. It has been documented and proved that higher participation of smokers in overall population leads to a rising number of diseased and premature

deaths. By 1999, around four million people had died every year as a consequence of smoking, of which 1,2 million in Europe. If the current trend of smoking continues by 2030, it is estimated that ten million people will die every year. By 2020, smoking will participate as a death cause in the overall mortality structure with 12,3% in the world: 22,7% in former socialist countries, 17,7% in developing countries and 10,9% in developed countries. Smoking is linked with few dozens of various death causes and the most significant are diseases of heart, blood vessels and respiratory system, and various types of tumours. Smoking and health – friendly coexistence is impossible! Around half of the number of people who die from consequences of smoking live in undeveloped countries, and it is assumed that seven of ten deaths by 2030 induced by smoking will happen in developing countries («Curbing the Epidemic»).

The fundamental causes of death in Montenegro are diseases of circulatory system (ischemia heart diseases, cerebra-vascular diseases, hypertension, arteriosclerosis and other), malign diseases and chronic unspecified diseases of respiratory system (asthma, chronic bronchitis, chronic obstructive diseases). Half of the people who died suffered diseases of blood stream, and the mortality rate made 4,4 promils of the total diseases. During the last decade, there has been a rising tendency for specific mortality rate for malign diseases (1,6 promils), and its share in the overall structure of deaths, which was 18,1% in 2002. According to these data and based on the fact that one third of deaths caused by blood stream diseases and lung cancer relate to smokers, and it is assumed that over 1000 of inhabitants die a year from consequences of using tobacco.

Education - preventive activity aiming at control of smoking

Publication of all epidemiological facts and informing population about health consequences of usage of tobacco is one of the measures for education-preventive actions aimed at control of smoking. The objective is to warn smokers, especially young ones, never to light the first cigarette. At the same time, smokers should be motivated to accept the reality and start the treatment of an extremely mean form of addiction. Everybody’s attention should be drawn to the problem of passive smoking, remind non-smokers that they are entitled to have fresh air and remind them that is their human right as free citizens. Nicotine as physiologically active substance causes addiction not less than heroin, but nature of smoking as an addiction is not sufficiently presented or emphasized. In principal, public recognized other types of drugs as dangerous and unacceptable and mostly forbidden and excommunicated in the community. It is very hard to explain and accept that consumption of a substance which is for 70% bigger killer than all the rest together is presented as a harmless pleasure or just a bad habit. This activity is performed in various ways, not only through lectures and media presentations, but also by warnings and publishing visual messages on health dangers on covers of tobacco products. Informing public about health-medical, economic, cultural aspects of using tobacco and presenting smoking as an addiction is the biggest challenge of the Strategy for Tobacco Control. Special responsibility in this segment of Tobacco Control lies on healthcare workers, who should be provided with continuous professional education as a form of assistance to gain appropriate knowledge, promote healthy life styles by non-smoking and they should be involved in stimulating beneficiaries of their services to leave the habit of smoking.

A very little attention was paid so far to education of population as a form of prevention of smoking, stimulating healthy lifestyles and stimulating people to give up a habit of smoking. Effects of these measures proved to be effective around the world in terms of changing people’s awareness, along with other measures like: limiting of supply and demand of tabacco. Emphasize in this Strategy is placed on public-health approach, underlining significance of prevention of smoking and promotion of healthy lifestyles.

Education of population is the most efficient and the worth while method to fight smoking and avoid inhalation of tobacco smoke, a measure to prevent smoking-induced diseases.

Education should start early within a family and the school is a "key point" for preventive measures, since three quarters of smokers start before they are eighteen.

Economic effects of smoking

Economic effects of smoking are not to be neglected. Significant share of funds intended for health protection of the whole population are allocated for meeting health needs, which arise due to smoking-induced diseases. Treatment of diseases, which are almost fully related to risks of smoking, takes a long time; it is very expensive and very often in vain. Treatment of one person suffering from lungs cancer costs several thousands of euros, cardio-surgery operations, re-vascularization of myocardium are extremely expensive everywhere and are related to high level of skills and organization of healthcare services. High number of leave from work is caused by smoking-induced health problems. It is assumed that in USA, treatment of smoking-induced health problems, takes 6-10% of GDP. We do not have data on costs for provision of health services, which are a consequence of smoking.

Fire damages caused by smoking cigarettes are estimated to be millions of euros. Environment is polluted by throwing butts and cigarettes packaging with low bio-dissolving capacity. Chemicals used for treating growing tobacco plants are very often present and pollute stagnant, running and drinking water. Large forest areas are cleared for the needs of tobacco industry (production of cigarettes packaging), which causes land erosion and a number of problems in economy.

Control of tobacco as a civilisation heritage

Awareness about wide-spread of smoking as an addiction, its lethal influence on health, reviewing diverse economic and social aspects of tobacco use is generally human's heritage. At the end of 20^{th} Century, this led to neglecting of smoking as outdated, primitive and unwanted model of behaviour. A number of activities related to limiting tobacco use through reduction of market supply, demand, as well as damages caused by tobacco designed a number of effective measures known as control of tobacco.

These measures can be classified as:

a. Measures to help reduce demand of tobacco

-
- Information campaign:
  - Spreading information on influence of smoking on health;
  - Health warnings on packaging of tobacco products;
  - General education programmes with an emphasize on especially vulnerable groups;
- Limiting advertising and promotion;
- Limiting smoking in public and working places;
- Actions related to organized quitting of smoking and treating tobacco addiction;
- Limiting tobacco availability for young people;

General overview of tobacco control in the world

Back in 1987, Europe took the initiative for development of Regional Plan of activities for protection against smoking and that was the first comprehensive attempt to control smoking, since the previous analysis gave various results in implementation of measures to ensure protection against smoking on national level, and diversity in the level of their implementation. After the first Plan of

Activities for Tobacco Control, developed for the period from 1987 to 1991, the other one is coming up, from 1992 to 1996, and then the third one 1997 to 2001. Conclusions drawn by evaluation of the Plan of Activities in 2001, refer to incomplete implementation of identified objectives. This leads to occurrence of the tobacco consumption level which is not acceptable for healthcare, inconsistent running of the national policy for tobacco control in Europe, which makes 15% of the world's population, and there are 30% of all the smoking-induced diseases suffered by the world population. Therefore, this alarming situation led to identification of global activities for tobacco control.

Warsaw Declaration (2002) «For Smoking Free Europe» has created conditions for development of the following documents to improve tobacco control in Europe:

- European Strategy for Tobacco Control (ESTC-European Strategy for Tobacco Control);
- Development of the fourth Action Plan for the period 2002 to 2007 and development of European Framework Convention for Tobacco Control (FCTC-Framework Convention for Tobacco Control);
- Definition of conditions for regional inter-Government solidarity and partnership against tobacco pandemic.

These documents proved orientation of European countries to legally unite methodology for protection against tobacco. The recent activity plan relates to the period to 2007 and most of the countries in Europe are already working on implementation of activities from the Action Plan developed for this timeframe.

The basic principles that led implementation of the overall Action Plan indicate the need to respect inter-sectorial approach (implementation of activities must involve the following sectors: healthcare economic, social welfare, education, ecology etc.) in creating policy for tobacco control, with a special emphasis on protection of health of vulnerable population groups and the need to regularly exchange information among countries.

Frame Convention for tobacco control WHO was ratified in 2002 and during the process of ratification of the Convention Montenegro had been informed about all the development segments from the very beginning. In December 2004, it was announced that 168 countries of the world signed FCTC, which makes 91,4% of the world's population. The population of these countries is 6378 billion of people. These countries selected uniform policy for tobacco control and a number of countries have ratified the Convention so far, and it will come into effect in a few months.

Overall obligations of every country, member of the Framework Convention WHO:

1. Every country signatory shall develop, implement, periodically renew and revise overall multi-sectorial national strategies for tobacco control, plans and programmes in compliance with this Convention and protocols signed;

2. From own end, every country signatory shall, according to capabilities:

a. identify or strenghten and fund national cooperation mechanism or focal points for tobacco control; and

b. adopt and implement effective legal, executive, administrative and/or other measures and cooperate, in compliance with this, with other countries signatories in developing appropriate policy for prevention and reduction of tobacco consumption, nicotine addiction and exposure to smoke.

3. While identifying and implementing public health policies related to tobacco control, Signatories shall act towards protection of this policy against commercial and other interests of tobacco industry in compliance with the national law;

4. Signatories shall cooperate in designing of proposed measures, procedures and guidelines for implementation of Convention and Protocols signed;

5. Signatories shall cooperate in appropriate manner with relevant international and regional Government organisations and regional Government organisations and other bodies to achieve goals set by the Convention and Protocols signed;

6. Signatories shall, within available funds and resources, cooperate with the objective to raise financial resources for effective implementation of Convention through Bilateral and Multilateral funding mechanisms.

After intense preparations, Serbia and Montenegro signed Framework Convention WHO (in summer 2004) on tobacco control and became one of the countries dedicated to implementation of measures for tobacco control.

General overview of tobacco control in Montenegro

At the beginning of XXI century, a need is reviewed for legal alignment in tobacco control, which led to the first initiatives in these terms. Republic of Montenegro inherited from SFRY, apropos SRY, some legal solutions in respect to this issue. However, Montenegrin legal system until adopting the Low on limiting use of tabacco product and Tabacco low not have clearly defined attitude for this field.

In order to protect life and health, during 2004. Montenegin Government adopted a Law on limited tobacco use. This Law prescribes measures for reduced and limited use of tobacco and prevention of harmful consequences of tobacco use. Also in the same time we adopted the Tabacco law that consist of limiting of supply and demand of tabacco. However, tobacco use is still extremely wide-spread.

Republic of Montenegro is implementing the following measures in the process of implementation of this Law and Strategy for Healthcare Development:

1) encourage reduced tobacco use by tax policy measures;
2) design programmes to limit tobacco use and prevent harmful consequences of tobacco use;
3) identify measures to reduce harmful effect of tobacco use;
4) cooperate with international bodies, which address tobacco control issues;
5) perform other activities to ensure that society addresses health protection against harmful effects of tobacco use.

The problem incurred by implementation of legislation for tobacco control proved earlier to be rather complex problem. Elaboration of implementation of this Law and its consistent enforcement will probably be the biggest challenge for the forthcoming period. We should not neglect civilisation challenge, since the world already considers tobacco and we must not disregard it.

Montenegro has several existing Counselling Centres or Centres for giving up smoking and it has been established by NGO sector.

Rising need to discuss the overall tobacco problem imposes a obligation for National Commission for Tobacco Control. They have to collect contemporary scientific and professional medical experiences and knowledge, world-wide, regionally and locally, as well as planning and education of professional healthcare workers.

2. STRATEGY FOR TOBACCO CONTROL

2.1. Fundamental concept;

2.2. Objectives of the Strategy and target groups;
2.3. Leading principles;
2.4. Identification of priorities;
2.5. Activities;
2.6. Institutional framework – Subjects on which strategic approach is based;
2.7. Timeframe;
2.8. Funding;
2.9. Implementing - Action plan of Strategy for tabacco control;
2.10. Monitoring and evaluation.

Activities implemented in respect of tobacco control in Montenegro have not been based on comprehensive strategic approach and have not been an integral part of the designed set of activities. Rising of awareness of society about harmful effects of tobacco use, as well as public healthcare policy in the world and here imposed a need to have comprehensive, designed, organized and planned activities for tobacco control, designed by the relevant state bodies. This defined the need to develop Strategy and Action Plan for tobacco control.

2.1. Fundamental concepts of the Strategy

The Strategy derives from international and state legal documents, acts and agreements which the Republic of Montenegro accepts, respects and consistently implements, which makes it an active and respectable member of the world community.

- Warsaw Declaration on tobacco-free Europe from February 17, 2002;
- Framework Convention on tobacco control of the World Health Organization, adopted on May 21, 2003 on the 56th Session of the World Health Organization;
- Improved principles of the European Strategy for Tobacco control WHO;
- Law on limited tobacco use in the Republic of Montenegro;
- Tabacco law use in the Republic of Montenegro.

Multidisciplinary and inter-sectoral approach has been applied for development and adoption of these documents and the Strategy should be in the same spirit.

2.2. Objectives of the Strategy

The objective of this Strategy is to protect present and future generations from health and economic consequences of tobacco use and exposure to smoke, developing this way a frame for measures for tobacco control which the Republic of Montenegro shall apply on national, regional and international level to continuously and significantly reduce tobacco use and exposure to smoke.

The basic objective of the Strategy is development of comprehensive, multi-sectoral policy which should ensure implementation of the following objectives:

1. Reduction of incidence (especially among young people) and prevalence of smoking among adult population;
2. Creating life and working environment free of tobacco smoke and in line with the concept of Montenegro as an ecologic state;
3. Removal of existing consequences of long and high tobacco consumption in complex health (treatment of existing diseases).

2.3. Lead principles of the Strategy

The concept of the Strategy is based on the fundamental assumptions of Warsaw Declaration, in compliance with the principles of European Strategy for tobacco control:

- Ensure that population is used to non-smoking as a normative (socially acceptable model of behaviour);
-
- Natural right of every citizen to have fresh air, because everyone and especially children and young have the right to be protected from influences of “second-hand” smoking
- Protection of environment and rights of citizens to live in healthy environment;
- The need to create conditions for stable reduction of the number of smokers and smoking as a risky model of behaviour;
- Smokers have the right to have adequate treatment in the process of quitting smoking through healthcare system;
- Activities identified by the Plan for the implementation of Strategy are programmed for groups which are sensitive to harmful effects of smoking, population groups with explicit tendency towards increase of smoking and diseases that occur as complications caused by smoking, groups which are currently or permanently in difficult socio-economic situation, marginalized population groups, socially isolated groups, and others.

2.4. Identification of strategic priorities

The Strategy emphasize the need to monitor characteristics and trends of epidemic of smoking to enable collection of data and stress the significance of analysing them, as a basic prerequisite for control of this form of addiction. In order to provide realistic information to population and present a clear picture of occurrence and consequences of smoking, it is necessary to work on education of all population in this respect (respect of negative effect of smoking, quitting smoking and treatment of addicts).

National Strategy focuses interventions to priority areas with the objective to ensure the highest effect in respect of tobacco control and protection of population health at the best economic effects.

The Strategy identifies the following priorities for action:

- Designing measures for quitting smoking (quitting, treatment, etc.), promotion of healthy lifestyles, informing public about significance of environment protection;
- Monitoring, assessments and reporting on tobacco use;
- Permanent production and diveloping of capacity in field of tabacco controle;
- International cooperation-signing; cooperation on regional level; establishment of new partnerships in the region and around the world, exchange of information, technical cooperation and other forms of networking;
- Implementation of measures which align behaviour of healthcare workers with WHO Codex;
- Improved treatment of those who suffer smoking induced diseases.

2.5. Activities for implementation of the Strategy

- Defining measures and activities for promoting healthy lifestyles;
- Defining measures and activities which would result in reduced incidence and prevalence of smoking for population, especially among children and young people, then women, as well as other vulnerable categories;
- Defining effective child-cantered programmes for prevention of smoking in elementary schools;
- Defining measures and activities which would result in reduced exposure to tobacco influence for all population groups, and especially children and adolescents, and diseased;
- Defining measures and activities to reduce mortality and morbidity rate in respect of smoking-induced diseases, which would contribute preservation and improvement of population’s health;
- Coordination and cooperation among experts in institutions and NGOs in tobacco control;

- Researches to find out how wide-spread is smoking, including negative effects of smoking on population of Montenegro, in population groups for which we do not have data on prevalence of smoking (prevention of smoking for healthcare workers and others) and providing information on regular basis about movements in epidemiology of smoking and smoking-induced diseases. This makes cooperation with media very important;
- Ensure availability of information for all the relevant aspects of protection against smoking.

2.6. Institutional Framework
Bodies responsible for designing and implementing the Strategy

The National Commision for Tabacco Control will be organized by the Ministry of Health and main jub for them is to observe the effects in state politic in this area. The Netional Commision will chaired by the Minister of Health. The National Commision for Tabacco Control, like special advicing particle in the Government, will take the main mission: coordination of all subject in tabacco control.

- The primary tasks for National Commision is to develop Strategy and Action Plan, as well as promotion of these documents, then supporting implementation of the Law on TC and its promotion, continuous monitoring implementation of activities identified by the Plan, Evaluation, amendment of the Action Plan, and other activities in respect to tobacco control.
- Institute for Public Health pursues implementation of the programme and project for promotion of health and prevention of tobacco addiction, as well as smoking-induced diseases, controls the content of chemical substances in cigarettes in compliance with the Law.
-
- The obligation of Institute:
- Follow up on modern scientific theoretical findings in regards to tobacco;
- Monitor, process and publish data on frequency of tobacco use in the Republic of Montenegro;
- Follow up on the world trends for tobacco control, international agreements and responsibilities of the Republic of Montenegro;
- Design, propose, implement, monitor implementation and evaluation of measures taken in respect of education of communities (especially sensitive groups) on various aspects of TC, prevention of smoking, as well as following up on theoretical and practical ways to treat nicotine addiction;
- Initiate in creating of network of centres against smoking in the Republic of Montenegro;
- Create cultural conditions for population to get used to non-smoking as a normative and the right of all citizens to have fresh air and modification of behaviour in this respect.

Management Boards and responsible individuals of Medical Institutions and Health Funds, who treat smoking-induced diseases, are responsible for:

- Monitoring treatment costs because of frequent diseases and peculiar smokers;
- Monitoring education of healthcare workers in this respect;
- Monitoring behaviour of employees, education, corrections and sanctioning of inadequate behaviour towards tobacco control.

Healthcare workers have special role in tobacco control. Planning of public healthcare activities should involve training of specific therapists who will use modern assets (change of behaviour and pharmacotherapy) to help beneficiaries of their services, healthy and diseased people to quit smoking.

It is necessary to establish Centres for Clinical treatment of smoking within the healthcare system of the Republic of Montenegro and plan the work of Counselling Centre for treatment of smoking on as many locations as possible as a part of healthcare institutions. It is necessary that all the healthcare workers are acquainted with Codex of Work of healthcare workers WHO, which defines the attitude of medical profession in tobacco control and to consistently apply instructions.

Monitoring of implementation and evaluation of measures aggenst TC should be included in programs for Medical Faculties, higher and secondary medical schools.

Other social communities involved in the tobacco control process:

- NGOs, especially the ones with ecologic and health focus, and various associations of citizens;
- Media which are expected to provide assistance in distribution of information (electronic, hard copy) and modelling public opinion apt to non-smoking models of behaviour;
- Economy and financial organizations;
- Education, sports and cultural institutions which influence creation of adequate social and cultural non-smoking awareness;
- Other healthcare and medical institutions not primarily involved in the programme.

This organization will assamble all individuals and various social groups to influence and promote an activities for tabacco control, through:
- Supports rising of awareness on harmful effects of tobacco;
- Influences promotion of healthy models of behaviour, especially among younger population focused on prevention of smoking;
- Protection of non-smokers through propaganda, reduction of passive smoking (ex. Project »Smoke-free zones«, recording, emphasizing negative examples but also stimulating positive ones);
- Providing support and organizing programmes for quitting smoking based on cooperation with public health and medical institutions;
- Initiatives focused on ratification of laws in this respect;
- Providing support to strategic and programme solutions on national level;
- Provide funds for researches and implementation of activities related to TC through donor activities and other forms of raising funds;
- Organizing ecological non-smoking patrols, monitoring behaviour, identify, record and propose manners to overcome inadequate occurrences;
- Fighting for human and civil rights in this area;
- Involvement in international associations for addressing these issues.

2.7. Timeframe

The Action Plan has been developed for the period 2005 – 2007.

2.8. Funding activities specified by Action Plan

Activities from the Action Plan shall be funded, mostly, from the budget of the Republic and the part of the budget will patronaged by institution incharge for that activities. This institutions have to include in there budgets costs for implementation activates of tobacco control. Besides, a part of funds will be raised through international donations addressing this problem.

2.9. Implementation

National Commission for Tobacco Control is responsible for development of Action Plan for implementation of activities, monitoring and evaluation obtain datas.

2.10. Monitoring and Evaluation

In order to monitor progress in implementation of the identified objectives, it is necessary to define indicators for this purpose. The basic indicators are:

- Prevalence of smoking by population groups;
- Number of smoke-free locations;
- Number of smoke-free institutions;
- Number of locations used for the purpose of helping people to quit smoking;
- Institutions established to support tobacco control process;
- Number of programmes designed for promoting non-smoking;
- Number of advertisements and messages promoting tobacco products.

223. Master Plan razvoja zdravstva Crne Gore

VLADA REPUBLIKE CRNE GORE
MINISTARSTVO ZDRAVLJA

MASTER PLAN
razvoja zdravstva Crne Gore
za period 2005-2010

Podgorica, 2005 godine

Uvod

Plan je stručni i politički dokument, na osnovu kojeg se usmjerava razvoj zdravstvenog sistema u skladu sa cjelokupnim razvojem države i osnovni je instrument zdravstvene politike. Master plan obezbjeđuje uslove za efikasni, racionalni i održivi razvoj zdravstva.

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

Plan ima politički karakter, zbog toga jer je neophodna politička saglasnost za sredstva i metode odlučivanja o statusu sistema zdravstva. Naime, razvoj zdravstvene zaštite može dovesti do svjesnog opredjeljenja, da se obezbijedi više ili manje sredstava iz GDP, 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 financiranja 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.

Plan je u funkciji postizanje boljeg zdravlja, a zasniva se na:

- **analizi stanja zdravstvene zaštite i osiguranja, postignutih rezultata i slabosti;**
- **podacima o zdravstvenom stanju stanovništva i njegovim potrebama;**
- **stručnim i naučnim saznanjima o načinu i mogućnostima jačanja zdravlja, ranog otkrivanja, liječenja i rehabilitacije oboljelih, odnosno povređenih;**
- **podacima o veličini i strukturi populacije i projekcijama njenog kretanja u budućnosti;**
- **uvažavanju socijalnih, ekoloških, kulturnih i drugih društvenih specifičnosti i karakteristika društva;**
- **ekonomskim mogućnostima finansiranja zdravstvene zaštite;**
- **zdravstvenim kapacitetima, uključenim u nastojanja za poboljšanje zdravlja i na drugim potrebnim resursima;**
- **rezultatima korišćenja raspoloživih resursa zdravstvene službe,**
- **Ciljevima zdravstvene politike i**
- **Strategiji razvoja zdravstva.**

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

- Ustavu Republike Crne Gore,
- Zdravstvenoj politici u Crnoj Gori do 2020. godine (2000.),
- Strategiji razvoja zdravstva Crne Gore (2003.),

- Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o zdravstvenom osiguranju(2004.),
- Medjunarodnoj konferenciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Alma Ata (1978.),
- Povelja o promociji zdravlja - Ottawa (1986.),
- Zdravstvenoj reformi u Evropi, SZO (1996.),
- Ljubljanskoj povelji o reformi zdravstvenih sistema, SZO (1996.),
- Četvrtoj međunarodnoj konferenciji o promociji zdravlja, Džakarta (1997.),
- Evropskoj strategiji SZO "Regionalno zdravlje – 21 cilj za 21. Vijek" (1999.),
- Deklaraciji SZO o zdravlju stanovništva svijeta (1999.),
- Milenijumskim ciljevema razvoja UN (2000.),
- Bolonjskoj deklaraciji o visokom školstvu (2000.),
- Petoj svjetskoj konferenciji o promociji zdravlja, Meksiko (2000.),
- Dubrovačkoj povelji o zdravstvenim potrebama vulnerabilnih grupacija u Jugo-istočnoj Evropi (2001.),
- Agendi ekonomskog razvoja Crne Gore (2002-2007).

Opšti ciljevi razvoja zdravstva u Crnoj Gori su:

- Izgradnja zdravstvene politike, koja treba da uputi građane na svjesnost zdravstvenih posljedica sopstvenih odluka i njihove odgovornosti za zdravlje,
- Unapređenje zdravstvene zaštite na najprihvatljiviji i ravnopravan način,
- Razvoj zdravstvenog sistema, harmonizovan sa trendovima razvoja evropskog zdravstva,
- Povećanje efikasnosti zdravstvenog sistema, kroz racionalne i dostupne resurse,
- Poboljšanje kvaliteta usluga,
- Primjena savremenih zdravstvenih tehnologija,
- Finansijska stabilnost sistema.

Strategijom razvoja zdravstva definisane su aktivnosti unutar sistema zdravstva koje su usmjerene na realizaciju ciljeva zdravstvene politike do 2020 godine. Crna Gora je u razvoju sistema zdravstvene zaštite postigla određene rezultate, ali se istovremeno suočila sa sve većim potrebama za njegovim unapređenjem. Zbog toga se prišlo reformi zdravstvenog sistema, koja se prvenstveno odnosi na promjene u organizaciji zdravstvene djelatnosti i prestrukturiranje nivoa sistema zdravstva, posebno primarne zdravstvene zaštite, kao i načina finansiranja, radi obezbjeđenja stabilnosti sistema.

Reforma cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite i obezbjeđenje njegovog funkcionisanja u okvirima društvenog i ekonomskog razvoja i potencijala zemlje, koja je postavila ciljeve uključivanja u evro- atlantske asociacije, 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 značanije, godinama život. Zato se dalji razvoja sistema zdravstva mora osloniti na finansijske mogućnosti crnogorske privrede, što će neminivno dovesti do selekcije i postavljanja novih prioritetnih ciljeva i zadataka.

1.1. Planiranje zdravstvene djelatnosti

U socijalno usmjerenim društvima, zdravstvena zaštita i zdravstvena djelatnost predstavljaju javni interes države. Zbog toga njen razvoj ne može biti prepušten slučaju, ambiciji i spretnosti pojedinih grupacija davaoca usluga, ili zakonima tržišta, nego potrebama društva. U sistemu zdravstva nijesu potpuno prihvatljivi i ne funkcionišu u punom obimu zakoni ponude i potražnje,

koji su karakteristični za tržišne odnose prisutne u privrednim djelatnostima. Ako bi razvoj zdravstvene zaštite prepustili samo davaocima usluga, odnosno ponudi, došlo bi disbalansa, pri čemu bi ponuda nekih vrsti usluga bila prevelika, a nekih drugih jako oskudna. Moglo bi se dogoditi, da pojedini programi usluga za davaoce usluga (zdravstvene ustanove) nijesu interesantni (zbog finansijskih, ili drugih razloga). Takođe, moglo bi se dogoditi, da preventivne usluge, kućne posjete, transfuziologija, patologija, socijalna medicina i neke druge djelatnosti uopšte ne mogu da se obezbijede, a ponuda nekih usluga, koje su za zdravstvene profesionalce zanimljive bila bi izuzetno velika. Veliki dio potreba ne bi se mogao nikada ostvariti, ili bi se ostvarivao pod neprihvatljivim uslovima. Zbog toga ne bi mogli postići ciljeve poboljšanja zdravlja, zadovoljstva građanja i uspješnosti sistema zdravstvene zaštite.

Dobar zdravstveni sistem mora obezbijediti zadovoljavanje potreba na svim užim područjima medicine, koje proizlaze iz zdravstvenog stanja stanovništva. U javnom sistemu zdravstvene zaštite obezbeđivanje razvoja i ponude usluga na svim područjima zdravstvene djelatnosti je zadatak i dužnost države. Ona mora voditi brigu o kapacitetima (kadrovskim, prostorskim, oprema), pomoću kojih če se obezbediti građanima dostupnost usluga, koje predstavljaju identifikovane i stručno defininisane potrebe i to jednakomjerno na celoj teritoriji zemlje, kao i cjelokupnom stanovništvu. Zbog toga se mora voditi računa o potrebama, koje su odraz zdravstvenog stanja stanovništva, kao i o mogućnostima njihovog finansijskog pokrića. Sve potrebe ne može zadovoljiti nijedno društvo, odnosno država, jer ne raspolaže sa potrebnim resursima, zbog toga se mora prilikom planiranja zdravstvene djelatnosti koristi metoda određivanja prioriteta. Sa takvim principom, naime sva područja dobijaju mogućnost zadovoljavanja potreba, pri čemu ona, kod kojih se može očekivati bolji rezultat u poboljšanju zdravlja, dobijaju bolje mogućnosti razvoja. Zato je plan dokument i instrument regulisanja složenih međusobnih odnosa između potreba, interesa i mogućnosti razvoja, kao i funkcionisanja zdravstvene djelatnosti i zdravstvenog osiguranja u regulaciji odnosa u zdravstvenoj zaštiti. Planiranje ne treba shvatiti kao negaciju određenih ekonomskih zakonitosti u zdravstvenoj zaštiti, nego kao zahtjev, da upravljanje, organizacija i funkcionisanje zdravstvenih djelatnosti kao i zdravstvenog osiguranja moraju biti pod društvenom kontrolom.

Svrha planiranja u zdravstvu je:

- Stvaranje uslova za bolje zdravlje i zadovoljavajuće funkcionisanje sistema zdravstva,
- Obezbjeđenje prioriteta u programima zdravstvene zaštite, sa orjentacijom na prevenciju, rano otkrivanje i liječenje bolesti vulnerabilnih kategorija
- Razvoj primarne zdravstvene zaštite,
- Definisanje resursa za ostvarivanje ukupne zdravstvene zaštite:
    - ljudskih resursa,
    - materjanih,
    - finansijskih.

U javnim sistemima zdravstvene zaštite važe principi sveobuhvatnosti, solidarnosti, jednakosti, odnosno nediskriminacije, neprofitnosti i demokratičnosti u odlučivanju o najvažnijim pitanjima zdravstvene zaštite. Po tim principima javni (državni) sistem zdravstvene zaštite mora obezbijediti svim građanima pokriće troškova lječenja, odnosno ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, bez diskriminacije u pogledu na dohodovno stanje pojedinca, njegovu starost, pol, nacionalnost**,** vjeru, zdravstveno stanje ili druge razlike**.** Jednakost građana, koji su uključeni u sistem (nediskriminacija) važi za prava iz zdravstvenog osiguranja, jednakost u dostupnosti zdravstvenih usluga i njihovom kvalitetu i jednakost u tretmanu u zdravstvenoj službi i osiguranju. Sve se to mora odvijati na solidarnim odnosima, između bogatijih i siromašnijih, mlađih i starijih, zdravih i bolesnih, pri čemu solidarnost znači jednakost u pravima i obavezama zdravstvenog osiguranja, shodno dohodovnim sposobnostima pojedinca, odnosno njegove porodice i jednakost u pravima**.**

Na osnovu ovih principa koji su ugrađeni u zakone o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, zdravstvena zaštita je postala javno i zajedničko dobro i briga cjelokupnog društva.

Zdravstveno osiguranje i davaoci zdravstvenih usluga funkcionišu sa ciljem zadovoljavanja potreba građana, a ne na stvaranju profita, jer je u socijalnim sistemima neprihvatljivo, da javno zdravstveno osiguranje, ili zdravstvene ustanove, na bolesti i povredama građana, a time povezanim financijskim pogodnostima, stvaraju profite. Ostvarivanje navedenih principa socijalnih osiguranja i odnosa između subjekata se reguliše zakonskim i drugim propisima, kao i planiranjem zdravstvene zaštite.

Pošto se zdravstvena zaštita obezbeđuje stanovništvu, prilikom utvrđivanja planskih potreba za zdravstvenim uslugama, kapacitetima i financijskim sredstvima, mora se polaziti od broja stanovništva, njegove starosne i polne strukture, očekivanih kretanja, naseljenosti po teritoriji, zdravstvenog stanja i ocjenjenih potreba u sadašnjosti i budućnosti, kao i od ekonomske moći društva i njegove sposobnosti finansiranja zdravstvene zaštite. Značajna je uloga i razvijenost kapaciteta zdravstvene službe, njena organizacija, opremljenost, stručna usposobljenost, način plaćanja usluga, kao i drugi činioci.

Na osnovu navedenih indikatora i parametara **Plan predviđa okvire, prioritete i mogućnosti za budući razvoj zdravstvenog sistema i ostvarivanja prava građana na zdravstvenu zaštitu.**

Ciljevi zdravstvenih sistema su veća dostupnost zdravstvene službe i visok nivo i kvalitete zdravstenih usluga.U privredno najrazvijenijim zemljama, se zbog staranja stanovništva, brzog razvoja i uvođenja tehnoloških novina, novih ljekova i metoda sprečavanja i lječenja, sve veće informisanosti i zahtjeva stanovnika, potrebe stanovnika za zdravstvenim uslugama, povećavaju brže od ostvarenog bruto društvenog proizvoda. U nekim zemljama sredstva za zdravstvenu zaštitu čine preko 10% GDP, a potrebe za zdravstvenom zaštitom, ipak nijesu podmirene. Privredno najrazvijenije zemlje ulažu u zdravstvenu zaštitu više od 2300 USD po stanovniku (npr. Australija 2350 USD, Njemačka 2780 USD, Švajcarska 3160 USD, USA 4887 USD) [3]. Privredno manje razvijene zemlje i zemlje u razvoju, zbog svoje slabije ekonomske moći nemaju financijskih sredstva koja bi zadovoljila osnovne zdravstvene potrebe. Visina raspoloživih sredstava za zdravstvo je manja od 100 USD po stanovnika (npr. Kirgizija 63 USD, Moldavija 62 USD, Albanija 67 USD, Uzbekistan 73 USD).

Briga za zdravlje, odnosno lječenje, u svim zemljama ima i svoju ekonomsku dimenziju i prerasta usko područje sistema zdravstvene zaštite. Sve više je jasno, da je sistem zdravstvene zaštite jako zavisan od ekonomskih mogućnosti društva koje mu postavlja okvire razvoja i određena ograničenja. Umjesto povećavanja ulaganja u zdravstvenu zaštitu, zdravstveni ekonomisti i političari, koji donose odluke o privrednom i socijalnom razvoju društva, traže od zdravstvene zaštite i njenih organizatora, što bolje korišćenje raspoloživih sredstava i postizanje što veće uspješnosti i efikasnosti u njenom radu. U sukobu interesa, koji se uvijek pojavlja kod raspodjele GDP, uspješno razrešavanje uvažava planski pristup.

Planiranjem i realizacijom plana uspostavlja se zavisnost sredstava i razvojnih mogućnosti zdravstvene zaštite od rasta GDPa, sa razvojem ostalih djelanosti. Planiranje zdravstvene zaštite jeste metoda usklađivanja potreba i zahtjeva sa materijalnim mogućnostima, koje može obezbediti društvo. Pri tom treba prihvatiti realnost, da nijedno društvo na svjetu ne može

[3] *Podaci o ulaganjima u zdravstvenu zaštitu uzeti su iz datoteke OECD Health Data 2003 (Credes, Paris) i iz datoteke HFA Database 2004 (European Ofiice of World Health Organisation, Kopenhagen). Vrijednosti su preračunate na kupovnu moć stanovništva(PPP metoda)*

podmiriti i obezbijediti zadovoljavanje svih potreba i plaćati sve što bi zdravstvena služba bila sposobna da uradi.

1.2. Ciljevi plana

Osnovni ciljevi Master plana su:

1. **plansko i organizovanje usmjeravanje razvoja kapaciteta radi obezbjeđenja jednake dostupnosti zdravstvene zaštite,**
2. **definisanje prioritetnih oblasti razvoja,**
3. **dovođenje zdravstvenog sistema u stanje optimalne funkcionalnosti i usklađenosti sa socijalno ekonomskim razvojem,**
4. **povećanje efikasnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite, kroz promjene u organizaciji i funkcionisanju,**
5. **unapređenje sistema upravljanja zdravstvom.**

Planiranjem se, saglasno usvojenim principima u sprovođenju zdravstvene zaštite, obezbjeđuje bolje korišćenje raspoloživih sredstava i veće zadovoljavanje potreba, a time i poboljašanje zdravlja stanovništva, kroz definisanje sljedećih aktivnosti:

- zadataka države i njenih organa u stvaranju uslova za bolje zdravlje i zadovoljavajuće funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite stanovništva;
- prioriteta u programima zdravstvenih usluga, sa većom orijenatcijom na jačanje zdravlja, preventivu, rano otkrivanja hroničnih bolesti i zadatke primarne zdravstvene djelatnosti za najugroženije stanovništvo;
- okvira za obezbeđivanje resursa (financijskih, ljudskih, materijalnih) za ostvarivanje zdravstvene zaštite;
- solidarnih odnosa u zdravstvenom osiguranju i time povezanim obavezama i pravima građana;
- uloge i zadataka zdravstvenih djelatnosti na primarnom, sekundarnom i terciarnom niovou i u načinu njihovog funkcionalnog povezivanja u nedjeljivu cjelinu;
- potrebnih kapaciteta javnih zdravstvenih ustanova, koje će se financirati iz javnih sredstava i mogućnosti uključivanja privatnih kapaciteta u mrežu javne zdravstvene djelatnosti;
- statusa javnih zdravstvenih ustanova, uloge i odgovornosti njihovog osnivača i menedžmenta za sprovođenje planskih zadataka i poslovanje, u okvirima raspoloživih sredstava;
- zdravstveno informacionog sistema zdravstvenih ustanova i zdravstvenog osiguranja, u skladu sa novim potrebama za planiranje i za donošenje potrebnih i blagovremenih odluka na svim nivoima sistema.

1.3. Zadaci ostalih resora Vlade prema zdravlju

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 dejstvuju 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, obezbeđivanju stambenih uslova, zapošljavanja, obrazovanja ljudi, riješavanja socijalnih problema i siromaštva, alkoholizma i drugih bolesti zavisnosti.

Svi navedeni faktori imaju značajnu ulogu i uticaj na zdravlje. Zbog toga, bolje zdravlje i kvaliteta života nije samo u nadležnosti ministarstva za zdravlje, nego i drugih resora, odnosno Vlade i Skupštine. Od pristupa u riješavanju ovih pitanja zavisiće ostvarivanje zadataka i odgovornost za zdravstveno stanje građana. Ova načela se uvažavaju prilikom donošenja plana :

- u kojem su sadržana određena opredeljenja i usmerenja o razvoju onih područja, koja značajnije utiču na promjene zdravstvenog stanja stanovništva;
- planska opredeljenja za unapređenje zdravlja uvažavaće se pri donošenju zakona i drugih propisa i obezbijediti njihova realizaciju u praksi;
- aktivnostima, na promovisanju boljeg zdravlja kojima će cjelokupno društvo shvatiti smisao i namjeru takvih zakonskih i planskih mjera;
- aktivnostima Vlade za stvaranje pozitivne klime i uslova za postizanje boljeg zdravlja stanovništva i obezbeđivanja pravednosti na svim područjima u socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti za sve stanovništvo.

Kao vodič za potrebne promjene i aktivnosti za postizanje boljeg zdravlja u Crnoj Gori poslužiće dokumenti Svjetske zdravstvene organizaice i Evropske unije**.** Niz pitanja iz raznih područja nezdravstvenih djelatnosti, gdje bi trebalo doći do promjene, vezano je za investiciona ulaganja, odnosno za ekonomske mogućnosti, od čega će zavisiti direktni efekti na zdravlje. Zbog toga planirane potrebne promjene nijesu prihvatljive i ostvarljive u kratkom periodu. Činjenica je, da je bolje zdravlje uvijek i svugdje u svjetu vezano na materjalne uslove. Ipak, postoji niz aktivnosti, koje mogu značajnije uticati na poboljšanje zdravlja, a ne iziskuju nova, ili veća finasijska ulaganja. Za neka druga područja, gdje je to ipak potrebno, veća ulaganja ne treba smatrati kao trošak, nego kao ulaganje u ljudske resurse, koji će se vratiti sa većom produktivnošću i višim ostvarenim dohotkom, što već znači doprinos ka boljem zdravlju, privrednom razvoju i boljim mogućnostima razvoja drugih sektora.

Saglasno usvojenoj politici razvoja, Vlada će voditi aktivnu politiku ka boljem zdravlju, svjesna uticaja faktora okoline na zdravlje i odgovornosti za zdravlja stanovništva, a što će se realizovati u zakonima i različitim mjerama na svim sektorima života.

Ministarstvo za zdravlje će incirati, sa ostalim nadležnim resorima, pripremu i implementaciju odgovarajućih propisa u oblasti:

- obrazovanja za uvođenje zdravstvenog obrazovanja i vaspitanja u osnovne i srednje škole, kao posebnog predmeta ili/i sa uključivanjem u drugu nastavnu materiju. Djeca i omladina (a posredno i njihovi roditelji) treba da usvoje osnovna znanja i navike o zdravom načinu života, o ličnoj higijeni, o pravilnoj ishrani, potrebnoj fizičkoj aktivnosti, o sprečavanju bolesti i povreda, o seksualnom vaspitanju, bolestima zavisnosti (alkohol, droge, pušenje) i njihovim štetnim posljedicama itd. Drugi zadatak obrazovnog sektora je podizanje nivoa opšteg obrazovanja i omogućavanje sticanja širokog znanja, što većem broju stanovništva i iskorjenjavanje nepismenosti, jer je poznato, da je zdravstveno stanje najslabije kod nepismenih ljudi i osoba sa niskim stepenom obrazovanja;
- saobraćajne bezbjednosti za donošenje propisa o obavezi biciklista i motorista (njihovih suvozača, pogotovo djece) za nošenje zaštitnih kapi, za obavezno korišćenje posebnih sjedišta za malu djecu u automobilima, o obaveznom

korišćenju bezbjednosnih pojaseva svih putnika u kolima i linijskim autobusima, ograničenju ugljen monoksida u izduvnim gasovima automobila, ograničenje alkolola u krvi učesnika u prometu, zabranu vožnje pod uticajem droga itd. Pored tega Ministarstvo za zdravlje će se založiti za dosledniju kontrolu i sankcionisanje nepoštovanja propisa u saobraćaju, što samo po sebi može smanjiti broj incidenata i troškova zdravstvenog osiguranja i doprinjeti poboljšanju zdravlja. Predložiće osiguravajučim društvima, da ne preuzmu pokriće troškova saobraćajnih incidenata učesnicima koji se ne budu pridržavali propisa iz oblasti saobraćajne bezbjednost. Insistiraće se na striktnom poštovanju Zakona o zdravstvenom osiguranju i regresionom postupku za troškova liječenja. Na osnovu toga, pripremiće se Strategija za bezbjednost u saobraćaju usvajanjem konkretanog cilja za smanjenje saobraćajnih udesa sa smrtnim posljedicma, odnosno povredama učesnika u saobraćaju za 30 % u odnosu na stanje u 2003. godini do 2007 godine;

- ekologije, gdje će se podsticati donošenje i dosljedno poštovanje propisa o čuvanju priodne okoline od zagađivanja i sprečavanje zahvata, koji su po zdravlje stanovništva najštetniji. Ministarstvo zdravlja će se, sa ostalim nadležnima organima, odgovornim za ekologiju, komunalne djelatnosti i poljoprivrednu djeletnost, zalagati za bezbjedno deponovanje otpadnih materija, posebno komunalnih otpadaka i voda, sprečavanje zagađenja izvora vode za piće i za strožji nadzor nad upotrebom pesticida i herbicida u poljoprivredi, kvalitetom i ispravnošču životnih namirnica i izduvnim gasovima iz svih izvora. Posebno će se zaoštriti rad inspekcijskih službi, koje će kontrolisati i po potrebi sankcionisati nepoštovanje propisa. Slično praksi u mnogim evropskim zemljama nadležni resori Vlade će podržati i pomoći aktivnosti postojećih i formiranje novih preduzeća, koje će se baviti reciklažom industrijskih odpadnih materija i odpadaka iz domaćinstva (staklo, papir, plastika, organske mase za bionergiju) itd. Time će se briga o okolini u jednom djelu pretvoriti u privrednu djelatnost. Crna Gora će slijediti praksu zemalja Evropske unije, po kojima je je zakonsko propisana dužnost proizvođača i prodavača, da obezbijede bezbjednu razgradnju, deponovanje, odnosno reciklažu svojih proizvoda i da te troškove uključe u cjenu proizvoda. Ministarstvo zdravlja će posebno insistirati na dosljednom poštovanju Zakona o zabrani upotrebe duvanskih proizvoda na javnim mestima: u dječjim vrtičima, školama, bolnicama, sportskim i drugim salama, u javnim službama i kancelarijama, javnom saobraćaju i svuda, gdje se okuplja veći broj ljudi.
- socijalne politike, koja će biti orjentisane na vodenje aktivne politike zapošljavanja, traženje mogućnosti otvaranja novih radnih mjesta i podsticanje razvoja malih preduzeća, na posebnu brigu za »marginalne grupe« stanovnika, za starija i invalidna lica, koja su usamljena, nemoćna, nepokretna i potrebna pomoći drugih lica za obavljanje svojih dnevnih životnih funkcija, za socijalno ugrožena lica, za penzionere sa najnižim penzijama i za realizaciju Strategije za za smanjenje siromaštva. Sve to iz razloga, što je slabi ekonomski položaj i siromaštvo pojedinca i porodice najveći uzročnik bolesti i lošeg zdravstvenog stanja. Mjere će se odvijati u okviru mogućnosti ekonomskog razvoja.
- poreske politike, koja će sa nižim stopama poreza i drugim olakšicama stimulisati preduzeća, poslodavce i građane ka aktivnostima (uslugama), proizvodnji, preradi i potrošnji artikala, koja su korisna za poboljšanja zdravlja, ili bar nisu štetna, a za neke djelatnosti i usluge i proizvode, koji su neophodni za očuvanje zdravlja i osloboditi poreza. Predvidjeće se veće stope poreza za proizvode, koji su štetni po zdravlje, kao što su npr. duvanski proizvodi, alkohol, namirnice sa visokim postotkom životinjskih masti i šećera, proizvodnja i artikli koji zagađuju okolinu, kao npr. pesticide, herbicide, dizel goriva itd. Sa odgovarajućim instrumentima poreske politike Vlada će podržavati socijalnu politiku i dati svoj doprinos, ka smanjenju siromaštva i rješavanju najtežih socijalnih problema, koje vode u loše zdravlje;
- životnih navika i stila sa aktivnostima za bolju informisanost građana i njihovo uključivanje u napore za napuštanje loših životnih navika, koje predstavljaju spoljne faktore rizika i povezuju se sa »epidemijom« hroničkih degenarativnih bolesti. Preduzimaće se mjere za jačanje lične odgovornosti građana za sopstveno zdravlje

i zdravlje drugih. Posebno se naglašava potreba smanjenja pušenja među stanovništvom, smanjenje odnosno ograničenje potrošnje alkoholnih pića, sprečavanja zavisnosti od droga, potreba za većim fizičkim aktivnostima i rekreaciji, promjene u načinu ishrane, kontroli tjelesne težine. Crna Gora je postala druga zemlja u Evropi koja je zakonski ograničila pušenje na javnim mjestima. Ministarstvo zdravlja predložiće do 2006 godine aktivnosti za ograničenje upotrebe alkohola za mlađe osobe, u blizini škola i na drugim lokacijama. Pored toga uložiće se napor za aktivnosti za uvođenje programa »Zdravi gradovi« (Healthy City) u Podgorici i nekim drugim gradovima Crne Gore do 2006. godine. Sve aktivnosti programa jačanja zdravlja, koje se odnose u najvećem djelu na menjanje životnih navika stanovništva, sadržajno će koordinirati Institut za zdravlje, a u realizaciju programa uključiće se jedinice za unapređenje zdravlja domova zdravlja, nevladne organizacije, humanitarna i razna druga društva bolesnika, invalida i drugih građana i lokalne zajednice.

1.4. Zadaci Vlade u obezbeđivanju zdravstvenih kapaciteta i ostvarivanja prava građana

Pored zadataka iz 13. člana Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Sl. list RCG, broj 39/2004) Vlada će obezbeđivati sredstva za kapitalne investicije i nabavku opreme zdravstvenih ustanova, koje je osnovala.

Plan investicija u zdravstvu utvrđivaće se za svaku godinu, a obuhvataće zdravstvene ustanove u:

- skladu sa kriterijumima za uključivanje u mrežu javne zdravstvene službe;
- skladu sa prioritetnim zadacima zdravstvene zaštite i saglasnošću Ministarstva zdravlja,
- skladu sa pojedinačnim potrebama zdravstvenih ustanova, koje imaju iskorišćene pune kapacitete, a na osnovu analiza i potreba sa dokazima o opravdanosti investicionih ulaganja.

Za kapitalne investicije u javne zdravstvene ustanove koristit će se sredstva Budžeta i sredstva od prodaje zdravstenih kapaciteta, za koje će se pokazati, da nisu potrebne za sprovođenje programa javne zdravstvene službe. Prilikom nabavke opreme zdravstvene ustanove će participirati sredstva, ostvarena od zakupa prostorija i medicinske opreme i dijela sredstava, ostvarena na osnovu amortizacije, uključene u cijenu zdravstvenih usluga.

Zahtjeve za investicije u novu složeniju medicinsku opremu odnosno njenu obnovu, zdravstvene ustanove podnosiće zahtjev Ministarstvu zdravlja, a uz zahtjeve za novim nabavkama, dostavljaće se analiza medicinske i ekonomske opravdanosti investicije, na osnovu predviđenog potrebnog obima usluga, odnosno tretiranih pacienata sa tom opremom, kao i potreba stanovništva, prednosti u upoređenju sa dosadašnjim metodama lječenja, cijenama usluga i posljedicama na vrijednost njihovih programa, koji bi se trebali financirati iz javnih sredstava, odnosno Fonda za zdravstveno osiguranje. Na osnovu takve analize donijeće se mišljenje o opravdanosti predložene investicije od strane Ministarstva zdravlja. Prije donošenja takvog mišljenja Minstarstvo će zatražiti i stav Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje o mogućnostima financiranja proširenog programa usluga.

Ministarstvo zdravlja u saradnji sa Ministarstvom prosvete i nauke, će donijeti program obezbeđivanja zdravstvenih i drugih kadrova u zdravstvenoj zaštiti, u okvirima potreba na

osnovu Mreže javne zdravstvene službe, projekciju tih potreba, na osnovu starosne strukture zaposlenih u zdravstvu, njihovog predviđenog penzionisanja, migracionih tokova i potreba u vezi sa razvojem novih djelatnosti, odnosno programa u okviru Master plana ljudskih resursa. Na osnovu toga Vlada će odrediti maksimalni mogući broj upisanih studenata u škole zdravstvenog usmjerenja, odnosno fakultete za pojedinu školsku godinu, koji će se finansirati iz javnih sredstava.

Ministarstvo zdravlja, kao i ostali resori Vlade vodiće politiku i usmjeravati razvoj zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja na način, kako bi zdravstveni sektor u određenom periodu bio pripremljen i ispunjavao zahtjeve i standarde za priključenje zemlje u Evropsku uniju. Promjene zdravstvene zaštite i osiguranja ići će u pravcu:

- preuzimanja i implemantacije Strategije razvoja zdravstvenog sistema Europske unije;
- dalje demokratizcije područja sa uključivanjem što većeg broja građana, odnosno njihovih predstavnika u odlučivanje o pitanjima zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osiguranja,
- većeg poštovanja principa prava pacijenata prilikom ostvarivanja prava u zdravstvenim ustanovama i u zdravstvenom osiguranja;
- obezbeđivanja veće stabilnosti sistema zdravstvene zaštite i obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- stvaranja uslova za uvođenje miješanog javno – privatnog sistema zdravstvene zaštite;
- stvaranjem uslova za postepeno prihvatanje i uvođenje zahtjeva iz Mastrichtskog ugovora, koji se odnose na sistem zdravstvene zaštite.

2. Razvoj novog javnog zdravlja

U strategiji Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu, »Zdravlje za 21. vijek», od 21 regionalnog cilja gotovo svi su direktno, ili indirektno povezani sa javnim zdravljem, a u programu Evropske Unije (2003-2008.) integrisane zdravstvene strategije zauzimaju posebno mjesto kroz sledeće osnovne ciljeve:

unapredjenje informisanja i znanja u oblasti javnog zdravlja,
jačanje kapaciteta javnih službi i zdravstvenog sistema za brzi odgovor na zdravstvene prijetnje, i
promocija zdravlja i prevencija bolesti, putem djelovanja na determinante zdravlja, kroz sve politike i društvene aktivnosti.

Imajuću u vidu navedene dokumente i pristup novog javnog zdravlja strateški pravci se oslanjaju na multisektorske i participatorne strategije za kreiranje održivog zdravlja stanovništva Crne Gore u 21. vijeku. Ovakve strategije prihvataju javno zdravlje kao nauku i umjetnost prevencije bolesti, produžavanja života i unapređenja mentalnog i fizičkog zdravlja kroz organizovane napore zajednice. Strategije javnog zdravlja predstavljaju i podršku za ispunjavanje društvenih interesa u obezbjeđivanju uslova u kojima ljudi mogu da budu zdravi. Za implementaciju ovakvih strategija, napori u prevenciji bolesti i promociji zdravlja moraju biti zasnovani na naučnom i tehnološkom znanju, a javno-zdravstvene aktivnosti treba da reflektuju vrijednosti zajednice i počivaju na konsenzusu u zajednici.

Javno zdravlje uključuje one programe i aktivnosti orijentisane ka nivou zajednice, bilo da doprinose svima (pr: čist vazduh i voda) ili da doprinose onim pojedincima koji trenutno nisu pod zaštitom (različiti skrining programi, savjetovališta za polno prenosne bolesti,

savjetovališta za ishranu i sl). Istovremeno, odgovornost za sprovođenje javno-zdravstvenih aktivnosti je odgovornost Vlade na svim administrativnim nivoima. Moderan koncept javnog zdravlja, novo javno zdravlje, podrazumijeva ovakve strategije, kroz napore da se mobilišu hiljade zajednica, njihovih javno zdravstvenih planera i političkih lidera, oko projekata promocije zdravlja.

Promocija zdravlja, kao praktična implementacija novog javnog zdravlja, je proces osposobljavanja pojedinaca i zajednica da povećaju kontrolu nad determinantama zdravlja i na taj način unaprijede svoje zdravlje. Aktivnosti promocije zdravlja osnažuju fizičko i emocionalno blagostanje i produžuju trajanje i kvalitet života, uz uvažavanje činjenice da mnoge bolesti nijesu povezane sa nepoznatim faktorima, već sa ličnim životnim stilovima koji se mogu modifikovati. Smatra se da modifikovanje životnih stilova (kao što su to loše navike u ishrani, fizička neaktivnost, nezaštićeni seksualni odnosi, nekorišćenje prenatalne zaštite, nekorišćenje sigurnosnih pojaseva pri vožnji, uz korišćenje duvana, alkohola i droga) može smanjiti jednu trećinu svih uzroka akutne nesposobnosti, dvije trećine svih uzroka hronične nesposobnosti i gotovo polovinu svih prijevremenih smrti.

Institut za javno zdravlje, koji je formiran na osnovu Zakona, će se razvijati u pravcu institucije koja unapređuje i podstiče kontinuiranu edukaciju u javnom zdravlju, pruža stručne konsultacije Ministarstvu zdravlja i obavlja prioritetna istraživanja u javnom zdravlju Republike Crne Gore**.** Promocija zdravlja predstavlja jedan od vodećih pravaca u strateškom planu Instituta za javno zdravlje Crne Gore.

Vlada, odnosno Ministarstvo zdravlja založiće se za poštovanje Strategije zdravstvene zaštite Evropske unije u razvojne planove Crne Gore. Tim povodom će pripremiti i sprovesti programi za:

- što bolju i širu informisanost građana o pitanjima zdravlja i bolesti, njihovog sprečavanja, blagovremenog otkrivanja i liječenja, za jačanje svjesti, odgovornosti i pozitivnog odnosa za sopstveno zdravlje, porodice i cijelog stanovništva. U ta nastojanja uključiće se sredstva javnog informisanja, elektronski mediji, a posebna pažnja će biti usmjerena na organizovanje javnih kampanji i drugih raspoloživih sredstava sa ciljem, da **zdravlje postane većini građana vrijednost iznad svih drugih;**
- savladavanje najozbiljnijih hroničnih degenerativnih bolesti, kao što su bolesti srca i krvnih sudova, šećerna bolest, rak, hronični opstruktivni bronhitis, karjies i druge. Ti programi obuhvatiće kompletne aktivnosti od eliminacije riziko faktora vezanih za nastanak tih bolesti, njihovo sprečavanje, pravovremeno otkrivanje, liječenje na način, koji se zasniva na naučno dokazanim postupcima (»evidence based medicine«) na svim nivoima zdravstvene djelatnosti;
- uspostvljanje efikasnog informacionog sistema, koji će omogućiti ažuran uvid u pojavu nekih zaraznih bolesti, koje se s obzirom na turizam i otvaranje granica, mogu iznenada pojaviti u Crnoj Gori, ili u okruženju, kao i o novim bolestima, koje se pojavljaju u svijetu (SIDA, SARS, BSE, ptičji grip) i koje bi mogle ugroziti zdravlje velikog dijela stanovništva. Taj zadatak znači i potrebu i dužnost za brzim izmjenama podataka sa drugim zemljama u Evropskoj uniji i zemljama Evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije, što će dati mogućnost donošenja brzih i efikasnih mjera za njihovo širenje;
- podizanje kvaliteta zdravstenih usluga, odnosno rada zdravstvenih ustanova;
- organizovanje zdravstvene djelatnosti na principima dostupne, efikasne i racionalne zdravstvene zaštite
- financijsku stabilnost sistema zdravstvene zaštite;
- konkretizaciju i ubrzanje aktivnosti iz strateških dokumenata Vlade, za oblast zdravstva;

- funkcionalnu povezanost i saradnju davaoca usluga zdravstvene i socijalne zaštite,kod obezbeđivanja zadovoljavanja specifičnih potreba starijih i invalidnih lica, kod dugotrajne njege i kod razgraničenja obaveza njenog financiranja između ta dva područja.

2.1. Zadaci poslodavaca na unapređenju i očuvanja zdravlja

U skladu sa stavovima Međunarodne organizacije rada (ILO-International Labour Organisation) i Komisije za radne i životne uslove Evropske unije, poslodavac je najodgovorniji za zdravlje zaposlenih, a posredno i drugih građana, koji npr. žive u blizini proizvodnje ili koriste artikle, proizvedene kod tog poslodavaca. Taj princip je prihvaćen u načelu u teoriji, više nego u praksi. Naime, generalno posmatrano, poslodavci zanemaruju brigu o zdravlju zaposlenih, a mjere za bezbjednost i zdravlje na radnom mjestu smatraju za nepotrebni trošak, zbog velike ponude radne snage. Zbog toga su povrede na radu i profesionalne bolesti stalno u usponu, i izazivaju povećanje troškova u zdravstvenoj zaštiti i osiguranju, kao i velike ekonomske štete kod samih poslodavaca, a značajno utiču i na smanjenje ostvarenog bruto društvenog proizvoda zemlje.

Za poboljšanje zdravlja aktivne populacije i uslova za njegovo postizanje Ministarstvo za zdravlja će se zalagati za dosljednu primjenu propisa o zaštiti na radu i mjerama specifične zdravstvene zaštite. U saradnji sa Ministarstvom rada i socijalnog staranja, će insistirati na primjeni novog Zakona o zaštiti na radu, i skupa raditi na izradi podzakonskih akata o bezbjednosti i zdravlju na radu, na način da se Zakon o zaštiti na radu implementira u punom kapacitetu, saglasno principima Evropske unije. U pripremu tih propisa biće uključeni i sindikati i organizacije poslodavaca. Cilj mjera koje će se donijeti treba da obezbijedi:

- postepeno prilagođavanje i preuzimanje evropkih standarda u vezi sa bezbjednošću i zdravljem na radu u Crnoj Gori;
- preuzimanje odgovornosti i obaveza poslodavaca za dosljedno sprovođenje mjera za bezbjednost i zdravlja na radu, kao i posledica njihovog zanemiravanja ;
- olakšice i materijalne podsticaje poslodavcima za saniranje radne okoline, uspostavljanje zdravlju pogodne radne sredine i eliminaciju faktora, koji zagađuju radnu i prirodnu okolinu i narušavaju zdravlje stanovništva;
- uspostavljanje stanja, da svaki poslodavac mora imati svoj program mjera za bezbednost i zdravlje na radnom mjestu, koji će se zasnivati na analizi rizika pojedinih radnih mjesta, na osnovu čega treba da se zasnivaju i ocjene o uspješnosti rada menedžmenta kompanija;
- prenošenje svih obaveza u vezi sa zdravstvenom preventivom, ranim otkrivanjem, lječenjem i rehabilitacijom povreda na radu i profesionalnih bolesti na poslodavce, saglasno novo usvojenim zakonima iz oblasti zdravstva i zaštite na radu. Zbog ograničenih sredstava u Fondu za zdravstveno osiguranje, potrebno je uvesti posebnu stopu doprinosa za povrede na radu i profesionalne bolesti za poslodavce, za ovu vrstu zdravstvenog osigiranja. Na taj način će ti troškovi postati sastavni dio cijene radne snage;
- proširenje obaveza i prava u vezi sa bezbjednošću i zdravljem na radnom mjestu, pored povreda na radu i profesionalnih bolesti i za bolesti povezane sa radom, odnosno na zdravstvene posledice dugogodišnjeg eksponiranja uticaja radne okoline na zdravlje pojedinca;
- program i mjere bezbjednosti za zdravlje moraće postati sastavni dio razvojnih planova svih poslodavaca i zadatak njihovih menedžmenta;

Promjene na području bezbjednosti i zdravlja na radnom mjestu biće realizovane postepeno, a uvođenje posebne stope doprinosa za osiguranje za povrede na radu i profesionalne bolesti izvršiće saglasno Agendi ekonomskog razvoja Vlade Republike Crne Gore.

Republički fond za zdravstveno osiguranje uspostaviće sistem prijavljivanja i evidencija povreda na radu i troškova za njihovo lječenje po poslodavcima.

3. Analiza stanja

3.1. Stanovništvo, vitalno statistički podaci

Prema podacima popisa na teritoriji Crne Gore živelo je u 2003. godini 620.145 stanovnika[4]. Pored toga, oko 55.000 lica je na radu u inostranstvu. Na teritoriji živi oko 31.217 izbeglica i raseljenih lica[5], kojima Republički fond za zdravstveno osiguranje mora obezbijediti ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu. Očekivanja su da će se dio stanovništva, koji radi u inostranstvu, posebno u zemljama Evropske unije, početi postepeno da se vraća u Crnu Goru, jer se sve više zaoštravaju uslovi zapošljavanja stranaca, a posebno iz zemalja, koje nisu članice Evropske unije. Do promjena će doći i kod broja izbjeglica, trajnim rješavanjem njihovog statusa. Dio će se možda vratiti u matične države, ali vjerovatno će veći broj njih ostati u Crnoj Gori i tu dobiti stalno boravište. Prilikom planiranja pošlo se od ovih podataka, jer se moraju obezbijediti financijski i drugi resursi za pružanje zdravstvene zaštite.

Od cjelokupnog stanovništva na teritoriji Crne Gore oko 57 % živi u urbanim, a 43 % u ruralnim područjima. Slično, kao u drugim zemljama, primjetan je trend smanjenja agrarnog stanovništva, kao i cjelokupnog stanovnišva u manjim gradovima i njegovo povećavanje i koncentracija u Podgorici i nekim drugim gradovima. Ta pojava ima svoje posljedice na organizaciju zdravstvene službe. Na nekim područjima, gdje će ostati mali broj stanovnika, moraju se planirati određeni zdravstveni kapaciteti i za taj manji broj stanovnika, iako to ne bi bilo u skladu sa normativima ili principima racionalnosti. To se naravno odnosi prvenstveno na primarnu zdravstvenu zaštitu, na hitnu pomoć i djelimično na apotekarsku djelatnost.

Od ukupnog broja stanovnika 50,2 % predstavljaju žene, a 49,8 % muškarci. Dio stanovništva u starosti od 0–14 godina iznosi 20,7 %, od 15 – 64 godina 67,2. %, i starijih od 65 godina 12.10. %. Zbog manjeg nataliteta taj se odnos u poslednjim godinama postepeno mijenja u pravcu smanjivanja najmlađe populacije i povećavanje broja i učešća najstarije populacije.

Za poslednjih 10 godina učešće mlađe populacije se smanjilo za 4,8 %, a najstarije (iznad 65 godina) povećalo za 3,8%. Taj trend je za planiranje dosta važan, jer demografske promjene, odnosno starosna struktura utiče na potrebe za zdravstvenim uslugama.

Najstarija populacija (iznad 65 godina) ima 3,5 do 4,5 puta veće potrebe, nego populacija od 0-64 godina, što drugim rječima znači da se staranjem populacije osjetno povećavaju potrebe

[4] Podaci MONSTATa
[5] Komeserjat za raseljena lica – 2004 god

za svim vrstama zdravstvenih usluga.[6] Veće potrebe po zdravstvenim uslugama imaju i žene, dok su one najmanje kod grupe muškaraca od 7 do 44. godine starosti. Sa druge strane za planiranje zdravstvenih potrebe značajan je odnos aktivne populacije (radnici, zaposleni, samozaposleni, poljoprivrednici) u odnosu na populaciju izdržavanih (djeca, nezaposleni, penzioneri, lica bez sopstvenih prihoda, primaoci socijalnih pomoći, izbjeglice itd.). Naime, ukoliko manje lica mora izdržavati jedan zaposleni, to su bolje mogućnosti za ostvarivanje visokog nivoa socijalne bezbjednosti, a time i za veći standard zdravstvene zaštite

Tabela 1. Starosna struktura stanovništva Evrope u poredenju sa Crnom Gorom, u 2001. godini[7]

Država	Učešće starog stanovništva		
	0 - 14	15 – 64	65 i više
Evropa *	19,01	67,12	13,87
Evropska unija**	16,92	66,92	16,16
Crna Gora	20,7	67,2	12,1

Crna Gora u poređenju sa stanovništvom Evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije i Evropke unije još uvijek ima mlađe stanovništvo, tako da je procenat populacije, starije od 65 godine niži, nego u tim zemljama. Dosadašnji trendovi, međutim ukazuje na postepeno staranje stanovništva, što će donijeti sa sobom nove povećane potrebe za zdravstvenim i socijalnim programima u brizi za stara lica, koja će ostati usamljena, nepokretna, bolesna i invalidna, odnosno nesposobna, da se same pobrinu za održavanje dnevnih životnih funkcija.

Tabela 2. Struktura stanovništva u R Crnoj Gori, i odnos aktivne i održavane populacije u 1991 i i 2002. godini

	1991. godina	2003. godina

[6] U zemljama EU se predviđa da će zbog starenja stanovništva doći do realnog porasta troškova za zdravstvenu zaštitu po stopi od 0,3% do 2,3% godišnje

[7] Izvor podataka: Evrospki region Svetske zdravstvene organizacije, Health for all Database, 2004, Kopenhagen

* Evrope obuhvaćene su zemlje Evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije, a ne države evropskog kontinenta

** Evropske unije obuhvaćeno je 15 dosadašnjih članica, bez država, koje su se uključile 2004. godine.

	broj	%	broj	%
Stanovništvo od 0 – 14 god.	**155.458**	**25,5**	**127.461**	**20,7**
Stanovništvo od 15 – 64 god.	**402.754**	**66,2**	**412.982**	**67,2**
Stanovništvo sa 65 i više god.	**50.603**	**8,3**	**74.160**	**12,1**
Žene, od 13. do 75 godine	**224.121**	**36,4**	**242.881**	**39,2**
Stanovništvo od 0 do 18 godina	**196.830**	**32,0**	**168.348**	**27,1**
Potencialno aktivna populacija (stanovništvo od 15 do 65 umanjena za, starije đake, studente, penzionere)	**370.399**	**60,2**	**372.973**	**60,1**
Stvarno aktivna populacija (zaposleni, samozaposleni, poljoprivrivrednici, osobe sa za.)	**…….**	**……**	**164.881***	**26,81**
Izdržavana populacija	**279.458**	**45,4**	**450.119**	**73,19**
Broj izržavanih na jednog potencialno aktivnog	**0,75**	**xxxxxxx**	**0,69**	**xxxxxxx**
Broj održavanih na jednog stvarno aktivnog	**0,90**	**xxxxxxx**	**1,72**	**xxxxxx**

Stanovništvo Crne Gore pokazuje postepeno tendenciju staranja. Od 1953 godine do popisa 2003 godine broj stanovnika se povećao sa 422.037 na 620.145 stanovnika, ili za 46,9%. U navedenom periodu došlo je do značajnog smanjenja broja živorođene djece, od 13.880 na 8.345, ili za 32,9% u odnosu na 1953 godinu. Natalitet se smanjio od 1950. godine od blizu 28 na 12,8 u 2002. godini.[8]

Opšta stopa smrtnosti u navedenom periodu smanjila se od 11,3% u 1953 godini, na 9,2 % u 2003 godini. Promjene u natalitetu i mortalitetu imale su značajan uticaj na prirodni priraštaj stanovništva. Stopa prirodnog priraštaja se smanjila sa 21,6% u 1953 godini, na samo 4,3% u 2003 godini, odnosno u promilima za 5,02 puta manje.

Analizom svih parametara vitalne statistike može se ocijeniti, da će se broj stanovništva u narednih 5 godina povećavati za oko 2900 do 3000 stanovnika godišnje na nivou Republike. Za očekivati je povećavanje kontigenta stanovništva starijeg od 65 godina. Ove promjene

[8] *Podaci iz Statističkog godišnjakaq Instituta za zdravlje za 2003 godinu*

prouzrokovaće određene promjene i u zdravstvenom stanju, zbog čega se mora računati na povećanje broja hroničnih degenerativnih bolesti i time povezanim povećanjem potreba za zdravstvenim uslugama.

Procenat potencijalno aktivnih osoba, koje bi pod oređenim uslovima mogle raditi i stvarati dohodak iznosi nešto iznad 60%, ali je učešće stvarno aktivne populacije, odnosno djela koji radi, prema statističkim podacima bio osjetno niži. Po podacima Fonda za zdravstveno osiguranje (2003. god) broj stvarno aktivnih lica je bio iznad 26 % stanovništva. Posebno se mora naglasiti da stvarno aktivna lica izdržavaju još 1,72 lica, za koje obezbjeđuju ne samo uslove života i socijalne bezbjednosti, već i sredstva za zdravstveno i penzijsku zaštitu i druga socialna davanja. Ova činjenica postavlja okvire mogućeg razvoja sistema zdravstvene zaštite.

Taj se odnos će se poboljšati većom zaposlenošću potencijalno aktivne populacije, što je sastavni dio aktivne politike zapošljavanja i stvaranja uslova za razvoj male privrede, predviđene Agendom ekonomskog razvoja.

3.2. Zdravstveno stanje stanovništva

Crna Gora iskazuje relativno dobre indikatore zdravstvenog stanja. Po tim indikatorima je:

- opšta stopa smrtnosti 9,2;
- očekivano trajanje života 73,37 (kod muškaraca 71,37, kod žena 76,45godina);
- stopa smrtnosti odojčadi 11,00.[9]

Prosječna stopa starosti umrlih u 2003 godini je 68,44 (muškarci 65,61 i žene 71,36) Najviše umrlih u toku 2003 godine je 1641 u dobi od 65-74 godine, zatim 755 u dobi od 55-64 godine, a u grupi odojčadi i djece do jedne godine umrlo je 92. Veoma značajan pokazatelj zdravstvenog stanja stanovništva i razvijenosti zdravstvene službe, kao i indikator razvijenosti cjelokupnog socioekonomskog, obrazovnog i kulturnog razvoja društva je stopa smrtnosti odojčadi. Od perioda popisa u 1953 godini kada je iznosila 79,7 umrle odojčadi na 1000 živorođenih, stopa smrtnosti je smanjena za 14,8 puta i u 2003 godini iznosi 11,0 na 1000 živorođenih.

Upoređivanjem indikatore zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore sa nekim manje razvijenim zemljama Evropske unije i susjednim zemljama (tabela 3) može se zaključiti da Crna Gora ozbiljnije zaostaje jedino kod smrtnosti odojčadi, dok ostala dva indikatora ukazuju na relativno dobro zdravstveno stanje. Indikatori zdravstvenog stanja su na nivou, ili blizu prosjeka zemalja Evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije. Jedan od razloga zdravstvenog stanje stanovništva se nalazi u očuvanoj životnoj sredini i mediteranskoj klimi, kao i posebnom načinu života stanovništva. Poznato je naime, da sve mediteranske zemlje (Malta, Kipar, Francuska, Španija, Grčka) imaju dosta dobro zdravstveno stanje stanovništva.

Realativno dobro zdravstveno stanje u Crnoj Gori ne bi trebao razlog za posebno zadovoljstvo, jer među razlozima za preranu smrtnost, ima dosta bolesti, odnosno stanja, na koje se može uticati i produžiti čovjekov život. Manje razloga za zadovoljstvo se nalazi kada se kompariraju indikatori zdravstvenog stanja Crne Gore sa stanjem zemalja Evropske unije (bez novih 10 članica, koje su se uključile u Uniju 2004. godini), gdje je stanje daleko bolje. Pri tom je neophodno ukazati na kretanje očekivanog trajanja života na rođenju u Crnoj Gori, gdje je zbog raznih uticaja, kojima je bilo izloženo stanovništvu u nedalekoj prošlosti, došlo do

[9] Izvor podataka Statistički godišnjak 2003, Institut za javno zdravlje

njegovog pada u drugoj polovini devedestih godina prošlog vjeka. Od toga doba, bilježi se trend rasta, ali je taj trend minimalan.

Očekivano trajanje života kod lica, starijih od 40 godina i više, se u komparaciji sa stanjem iz 1950. godine čak smanjilo, što ukazuje na lošije uslove života i i mogućnosti postizanja boljeg zdravlja za tu populaciju.

Indikatori zdravstvenog stanja u izabranim državama Evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije,
u 1999. godini [10]
Tabela 3.

Država	Stopa opšte smrt-nosti	Stopa smrtnosti odojčadi	Očeki-vano trajanje života
Albanija	8,1	11,3	76,5
Češka	8, 7	4,6	74,8
Grčka	6,4	6,2	78,1
Hrvatska	11,2	7,8	72,8
Mađarska	11, 2	8,4	70,8
Poljska	9,4	8,9	72,7
Rumuija	11,6	18,6	70,6
Slovačka	9,5	8,3	73,1
Slovenija	8,3	4,6	75,8
Crna Gora (2001)	8,2	14,6 11,0*	75,2 73,3*
Evropa	9,7	10,4	73,7
Evropska unija	6,8	4,9	78,4

** 2003. godina*

podatak

Mortalitet odojčadi u periodu naznačenom u tabeli je bio dosta visok, kao posljedica dešavanja u okruženju, izbjegličke krize, sankcija i ekonomskih problema zemlje u tranziciji. Istovremeno ovaj indikator se vezuje djelimično i za slabosti u radu zdravstvene službe, pogotovo onog djela, koji brine za reproduktivno zdravlje i za malu djecu. Na to ukazuje činjenica, da je najveći dio umrle odojčadi u perinatalnom periodu (u prvoj nedelji života).

[10] *Izvor podataka: OECD Halth Data 2003, Credes Paris i Health for all Database, WHO, Copenhagen*

Mortalitet u perinatalnom i neonatalnom periodu u Crnoj Gori 2,5 (perinatalni) je oko 3 (neonatalni) puta veći nego u zemljama Evropske unije, a iznad je evropskog prosjeka. Ovaj podatak ukazuje kuda je potrebno usmjeriti planske aktivnosti zdravstvene zaštite i preduzeti određene mjere na drugim sektorima.

Zadovljavajuće je da se ovaj, značajni indikator zdravstvenog stanja, poboljšava i ima trend opadanja, tako da se postneonatalni mortalitet približava prosjeku država Evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije .

*Tabela 4**. Perinatalna, neonatalna i postneonatalna smrtnost odojčadi u Evropi u 1999. godini i Crnoj Gori, u 2001. i 2002. godini*[11]

	Stope smrtnosti odojčadi		
	Perinatalna	**neonatalna**	**postneonatalna**
Evropa	**5,42**	**3,88**	**2,29**
Evropska unija	**3,10**	**3,06**	**1,64**
Crna Gora (2001)	**13,51**	**11,2**	**4,52**
Crna Gora (2002)	**10,2**	**8,2**	**2,8**

Opšta smrtnost, kao jedan od pokazatelja zdravstvenog stanja u Crnoj Gori je relativno niska i ispod je prosjeka zemalja iz Evropske regiona Svjetske zdravstvene organizacije, ali dosta iznad prosječnog stanja u državama Evropske unije (15 država). Preranoj smrtnosti najviše doprinose bolesti krvnog sistema i maligna oboljenja. **Bolesti sistema krvotoka učestvuju sa 50,37% u ukupnom mortalitetu, a tumori sa 16,95%.**

Upoređivanjem uzroka smrti slika zdravstvenog stanja u Crnoj Gori je dosta slična stanju u drugim evropskim zemljama. Učestalost bolesti krvnog sistema, tumora i disajnih organa, kao uzroka smrti, u Crnoj Gori je manja nego u prosjeku u Evropskom regionu Svjetske zdravstvene organizacije i djelimično i od prosjeka u Evropskoj uniji (tabela 5**).** Veoma zabrinjavajuće je dosta visok dio (oko 14%) uzroka smrti, kod kojih su evidentirani samo simptomi, odnosno nenormalni klinički nalazi**.** Taj podatak u evropskim zemljama dostiže do 3 %. Iz njega možemo doći do različitih zaključka. Naime, radi se o slabom poštovanju Zakona o evidencijama u oblasti zdravstva (izvještavanje, prikupljanje, obrađivanje i interpretiranja podataka o uzrocima smrti koji se dostavljaju Institutu za zdravlje) i time do nepouzdanih i pogrešnih statističkih podataka. Ovaj podatak ukazuje i na neadekvatnu dijagnostiku umrlih lica, tako da pravi uzrok smrti nije bio ustanovljen, što može ukazivati na problem kvaliteta rada zdravstvenih ustanova. Na osnovu nepotpunih i netačnih podataka nemoguće je pratiti zdravstveno stanje populacije, rad zdravstvene službe, kao i planirati zdravstvenu zaštitu, odnosno poduzimati mjere za savladavanje zdravstvenih problema. Na ljestvici uzroka umiranja na četvrtom mjestu su bolesti sistema za disanje, a povrede, trovanja i posledice spolnjih faktora su na petom mjestu po uzrocima umiranja.

[11] *Izvor podataka: Health for all Database, WHO, Copenhagen i Institut za zdravlje R Crne Gore (podaci za Crnu Goru)*

*Tabela 5**. Stope mortaliteta po uzrocima u Europi u 1999. godini i u Crnoj Gori u 2001. godini*[12]

REGION	Stopa opšteg mortaliteta po uzrocima			
	Bolesti krvnog sistema	Tumori	Bolesti disajnih organa	Simptomi, nenormalni nalazi
Evropa	4,76	1,82	0,63	0,32
Evropska unija	2,56	1,85	0,60	0,15
Crna Gora (2002)	4,1	1,5	0,37	1,2

Za planiranje zdravstvene zaštite i određivanje prioriteta koristi se indikator **PYLL indeks** (Potential Years Life Lost), koji ukazuje, koliko godina izgubi stanovništvo, zbog prijevremene smrti, odnosno prije nego dostigne očekivano prosječno trajanje života. Taj se indeks može izračunati po svim uzrocima smrti zajedno, ili za svaku grupu bolesti (i povreda) posebno.

Prema podacima Instituta za zdravlje u 2002. godini **zbog preranog umiranja izgubljeno je 10,5 godina, od čega se najveći dio od 30,5% odnosi na bolesti sistema krvotoka, zatim slijede tumori sa 21,4 % i simptomi, znaci i nenormalni nalazi sa 9%, a svi ostali uzroci sa 40 %.** Upotreba ovog indeksa je veoma važna posebno za planiranje mjera za efikasnije savladavanje bolesti sistema krvotoka, prije svega za programe jačanja zdravlja, promjene životnog stila i običaja (pušenje, nepravilna i previše kalorična ishrana, nedostatna fizička aktivnost, stres itd), za rano otkrivanje riziko faktora u populaciji (trigliceridi, holesterol, hipertenzija, krvni šečer, gojaznost) i za blagovremeno lječenje oboljelih. Isto važi i za tumore, kod kojih je potrebno povećati obim usluga sprečavanja i ranog otkrivanja bolesti raka i njihovog adekvatnog i blagovremenog lječenja. Poznato je naime iz raznih studija, da se sa svjesnim mjerama ova obolenja, kao uzrok prerane smrti, mogu smanjiti.

Kod uzroka posjeta ljekara, odnosno korišćenja zdravstvene službe na prvom mjestu su bolesti respiratornog sistema, koje su u vanbolničkom morbiditetu zastupljene sa skoro polovinom ukupnog broja oboljelih: u pedijatrijskim službama – 68%, u službama opšte medicine – 34,14%[13]. Na drugom mjestu slijede posjete zbog faktora, koji utiču na zdravstveno stanje: krvnog sistema i bolesti sistema za varenje.

Zarazne i parazitarne bolesti, zbog postignutog visokog nivoa vakcinacije od 89,6%, ne predstavljaju veći zdravstveni problem. One se pojavljaju pojedinačno, ili povremeno u obliku epidemija (najčešče kod gripa). U 2003 godini prijavljeno je 7621 oboljelo lice od zaraznih bolesti koje podliježu obaveznom prijavljivanju (bez gripa i AIDSa).

[12] *Izvor podataka: Health for all Database, WHO, Copenhagen i Institut za zdravlje R Crne Gore (podaci za Crnu Goru)*

[13] Izvor: podaci iz Statističkog godišnjaka –2003 godina, Institut za javno zdravlje

Mortalitet od zaraznih bolesti iznosio je 0,14 na 100.000 stanovnika, a morbiditet 1080 na 100.000 stanovnika. Među prijavljenim zaraznim bolestima bez gripa najčešće oboljenje je varičela (36,43%). Treba napomenuti, da na teritoriji Crne Gore boluje određeni broj osoba od tuberkoloze – morbiditet 14,1 na 100.000 stanovnika, odnosno u toku 2003 godine prijavljeno je 92 lica od aktivne tuberkuloze. Među populacijom prisutan je određeni broj lica, inficiranih sa HIV i oboljelih od AIDSa, a u 2003 godini registrovana su četiri slučajeva infekcije HIVom i jedan slučaj AIDSa, što predstavlja incidencu novoinficiranih od 0,56 na 100.000 stanovnika, a oboljelih 0,14 na 100.000 stanovnika. U toku 2003 godine broj novootkrivenih slučajeva u odrasloj populaciji je bio 5, a nije bilo inficirane djece.

Pored zadovoljavajučeg stanja u oblasti zdravstvene zaštite od zaraznih bolesti potrebne su i ubuduće mjere predostrožnosti, jer se zbog savremenog turizma, otvaranja granica, pojave novih zaraznih bolesti u svijetu (SARS, ptičja kuga, ebola) i rizičnog ponašanja nekih grupa stanovništva, mogu te bolesti pojaviti u većem broju i ugroziti odnosno pogoršati zdravstveno stanje stanovništva i u Crnoj Gori.

Među uzrocima za bolničko lječenje (hospitalizaciju) na prvom mjestu su bolesti krvnog sistema. Od svih hospitalizovanih lica, oko 16% je primljeno u bolnice zbog tih bolesti, zatim slijede bolesti sistema za disanje, bolesti sistema za varenje, bolesti mišično – koštanog sistema i vezivnog tkiva, pri čemu je svaka od navedenih grupa zastupljena sa oko 10 – 11% hospitalizovanih. Na petom mjestu su tumori sa blizu 9 % svih slučajeva bolničkog lječenja, koje je u stalnom porastu. Značajna činjenica za planiranje zdravstvene zaštite, je da među hospitalizovanim osobama, trećina je starija od 65 godina, jer je ova populaciona grupa najčešća u tretmanu bolničkog liječenja. To je u jednom djelu odraz njihovog slabijeg zdravlja, a djelimično i činjenice da ne postoji organizizovana dugotrajna njega, koja bi se obezbeđivala starijim licima u odgovarajućim specijalizovanim ustanovama, odnosno u njihovoj kući ili stanu. I jedno i drugo je značajno za planiranje zdravstvenih i drugih kapaciteta za zadovaoljavanje specifičnih potreba starije populacije, koja će imati osjetljiv uticaj na cjelokupne potrebe za zdravstvenim uslugama u Crnoj Gori.

3.3. Zdravstveni kapaciteti Crne Gore

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. Postoji uvjerenje, da su zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici najodgovorniji za zdravstveno stanje stanovništva. Uloga i zadaci zdravstvenih radnika su usmjereni na prevenciju bolesti i njihovo sprečevanje, preduzimanje i sprovođenje specifičnih programa i mjera za sprečavanje, rano otkrivanje, lečenje i rehabilitaciju oboljelih i povređenih.

U ostvarivanju svojih funkcija zdravstveni radnici koriste posebno profesionlano znanje, opremu i tehnologiju, kao i sredstva za obavljanje svojih zadataka, a odlikuju se i posebnom organizacijom. Sa uspješnim sprovođenjem tih aktivnosti mogu značajno uticati na zdravstveno stanje pojedinaca i porodice, kao i stanovništva u cjelini.

Zdravlje nastaje u čovekovoj okolini i od nje i zavisi u najvećoj mjeri, a odgovornost i briga zdravstvene djelatnosti koncentrisana je na specifične mjere sprečavanja i lečenja bolesti.U toj ulozi može biti njen doprinos ka boljem zdravlju dosta značajan, pogotovo ako je njen rad dobro organizovan, efikasan, efektivan i orjentisan za savladavanje zdravstvenih problema stanovništva, odnosno pojedinih populacionih grupa.

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 financijska sredstva za nesmetan rad i funkcionisanje.

U pogledu organizacije zdravstvene infrastrukture postoje razlike u sistemima zdravstvene zaštite, koje su odraz društvenih, ekonomskih, kulturnih, vjerskih i drugih prilika, tradicije i odnosa prema medicinskoj nauci i zdravstvenoj zaštiti. Najznačajnija činjenica je da je zdravstvena djelatnost u pogledu svog razvoja u svim zemljama jako zavisna od ekonomske moći zemlje, odnosno od ostvarenog bruto domaćeg proizvoda, što utiče na broj zaposlenih i druge zdravstvene kapacitete i kvalitet zdravstvenih usluga.

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 Republiku.

Građanima zdravstvenu zaštitu obezbjeđuju i 153 privatne zdravstvene ustanove – ambulante, bez apoteka u kojima se obavljaju 34 različite medicinske djelatnosti, od čega je najveći dio iz oblasti stomatološke zdravstvene zaštite i to 70 privatnih ordinacija i zubnih laboratorija. Najveći broj registrovanih privatnih ustanova je u Podgorici 67; Baru 18, Budvi 16, Herceg Novom 18, Nikšiću 9, dok je u ostalim opštinama njihov broj daleko manji. Navedene ustanove pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu, ili specijalističku, na nivou ambulanti.

3.3.1. Vanbolnički zdravstveni kapaciteti

Na osnovu izgrađene zdravstvene infrastrukture vanbolnička zdravstvena zaštita se obezbjeđuje preko domova zdravlja, koji su organizovani po principu službi, a obezbjeđuju, kako primarnu zdravstvenu zaštitu, tako i specijalističku zdravstvenu zaštitu. Postojeća organizacija domova zdravlja ne odgovara principima savremene i efikasne organizacije primarne zdravstvene zaštite, zasnovane na Deklaraciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti.[14]Nejasna uloga i zadaci domova zdravlja, miješanje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, disproporcija u kapacitetima domova zdravlja, različiti stepen osposobljenosti, kao i dostupnosti, su primarno bili razlozi za reformu, ovog izuzetno važnog segmenta zdravstvenog sistema. Postavljanje nove organizacije i sadržaja rada u domovima zdravlja kao nosioca primarne zdravstvene zaštite, sa timovima izabranih ljekara je centralno nastojanje reformskih aktivnosti u zdravstvu Crne Gore.

Tabela 6. ***Pregled broja organizacionih jedinica u domovima zdravlja i zdravstvenim stanicama***

[14] Izvor: SZO, Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Alma-Ata, 1978.

u Crnoj Gori u 2003. godini[15]

Naziv organizacione jedinice	Broj Službi	Broj ljekara	zdravstveni radnici sa SS i VS
Opšta medicina	**114**	**180**	**473**
Zaštita predškolske djece	**26**	**82**	**143**
Zaštita školske djece i omladine	**26**	**51**	**81**
Zaštita žena	**24**	**33**	**47**
Medicina rada	**27**	**56**	**91**
Zaštita i liječenje zuba	**111**	**264**	**366**
Fizikalna medicina	**8**	**14**	**70**
UKUPNO	**336**	**680**	**1 271**

Novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti jasno je razgraničena uloga i funkcija primarne zdravstvene zaštite, čiji je nosilac izabrani tim doktora koji postaje vratar sistema i Dom zdravlja, u kojem se organizuju centri za podršku rada izabranim ljekarima i to: centri za mentalno zdravlje, za tuberkulozu, reproduktivno zdravlje, dijagnostički centri, centri za djecu sa posebnim potrebama, jedinice za unapređenje zdravlja i dnevni centri za starije osobe. Nova organizacija primarne zdravstvene zaštite započeta je pilot Projektom reforme primarne zdravstvene zaštite u Podgorici, a 2006 godine planirano je uvođenje nove organizacije i rada izabranih ljekara na čitavoj teritoriji Crne Gore.

Izabrani ljekari će imati zadatak da sami, ili u saradnji sa centrima obezbijede svim licima koja su ih izabrala, sve preventivne i kurativne usluge, a što uključuje jasno propisani obim usluga, standard tih usluga, sa posebnim naglaskom na preventivne preglede, imunizaciju, skrining usluge i druge metode unapređenja zdravlja.

3.3.2. Bolnički kapaciteti

Jedan od indikatora razvijnosti zdravstvene službe je broj bolničkih postelja i njihova zauzetost odnosno stepen korišćenja. Crna Gora je naslijedila mrežu bolnica čiji je broj i struktura bila važna u prošlim vremenima, kada se na ove institucije gledalo kao na simbole statusa i kada je pravo na pristupačnu zdravstvenu zaštitu ovog nivoa bilo dominantni kriterijum za otvaranje bolnica. Uloga i način rada bolnica danas su potpuno izmijenjeni, tako da se sve više pacijnata tretira u dnevnim bolnicama, ili u jedinicama za jednodnevni tretman. Bolnice sve više preusmeravaju na vanbolničku zaštitu preko ambulantne djelatnosti, a stacionarne usluge služe za zadržavanje samo sučajeva kod kojih ambulantni tretman iz medicinskih razloga nije moguć. Trend u načinu rada i organizaciji bolnica mora biti prisutan i u Crnoj Gori, jer se ova vrsta zdravstvene zaštite, opravdava samo iz medicinskih i humanih razloga, kako bi se

[15] Izvor: Statistički godišnjak 2003, Institut za javno zdravlje

pacijent što manje zadržavao u bolnici. Istovremeno takva orjentacija ima svoje ekonomsko opravdanje, pošto se time smanjuju troškovi zdravstvene zaštite za potrebe njege, boravka i ishrane u bolnici.

Tabela 7. ***Broj bolničkih postelja u bolnicama Crne Gore i broj kadrova na 1 zauzetu postelju , u 2003. godini***[16]

	Broj postelja	***Broj proječno dnevno zauzete postelje***	***Broj dnevno slobodnih postelja***	***Broj zaposlenih na 1 zauzetu postelju na:***		
				Ljekara	***ostalih zdrav. radnika***	***svih radnika***
Opšte bolnice	***1166***	***760***	***406***	***0,28***	***1,45***	***1,99***
Specijalne bolnice	***622***	***418***	***204***	***0,14***	***0,62***	***0,85***
Klinički centar CG	***740***	***508***	***232***	***0,52***	***2,53***	***3,99***
UKUPNO	***2528***	***1686***	***842***	***0,33***	***1,57***	***2,50***

Crna Gora raspolaže sa 2528 bolničkih postelja na sekundarnom nivou i sa 70 postelja u sklopu domova zdravlja, odnosno ukupno 2598 postelja. Na 1000 stanovnika to iznosi 4,2 postelje, odnosno preračunato na stanovništvo, koje uključuje i izbjeglice oko 4 postelje na 1000 stanovnika.

Od ukupnih bolničkih kapaciteta 44,9 % je u opštim bolnicama, 28,8% u specijalnim bolnicama, 25,5% u Kliničkom centru u Podgorici. U domovima zdravlja je 2,7% postelja.

Struktura bolničkih postelja po specijalnostima je:

- interna odjeljenja 504 postelje (0,82 na 1000 stanovnika);
- hirurška odjeljenja (sa urologijom) 495 postelja (0,80 na 1000 stanovnika);
- pediatrijska odejljenja 248 postelja (0,40 na 1000 stanovnika);
- ginekološko – akušerska odjeljenja 363 postelja (0,59 na 1000 stanovnika);
- infektologija 20 postelja (0,03 na 1000 stanovnika):
- psihiatrija 343 postelja (0,55 na 1000 stanovnika);
- neurologija 21 postelja (0,03 na 1000 stanovnika);
- dermatovenerologija 20 postelja (0,03 na 1000 stanovnika);
- onkologija 21 postelja (0,03 na 1000 stanovnika);
- ortopedija 74 postelja (0,12 na 1000 stanovnika);
- oftalmologija 30 postelja (0,05 na 1000 stanovnika);

[16] Izvor podataka: Analiza zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za 2003. godinu, Institut za zdravlje Crne Gore, Podgorica,2004

- otorinolaringologija sa maksilofacialnom hirurgijom 37 postelja (0,06 na 1000 stanovnika);
- pulmologija 154 postelja (0,25 na 1000 stanovnika)
- neurohirurgija i neurlogija 178 postelja (0,29 na 1000 stanovnika)
- opšte potrebe (kod domova zdravlja i zdravstvenih stanica i jedinice za intenzivnu terapiju) 90 postelja (0,14 na 1000 stanovnika).

Broj bolničkih postelja u komparaciji 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.

Posljednju deceniju broj bolničkih postelja u Evropi se mijenja i ima trend izuzetnog smanjivanja, jer se kroz procese reformi i promjena u sektoru sekundarne zdravstvene djelatnosti, značajno smanjuju kapaciteti stacionarne djelatnosti i preusmjeravaju na ambulantnu djelatnost i jačanje uloge primarne zdravstvne zaštite i kućnog lječenja. Upoređivanjem ostalih parametara o bolničkim posteljama, zaključuje se da Crna Gora ima previše bolničkih kapaciteta.

Pored niske stope hospitaliazcije stanovništva (za oko 40 % ispod prosjeka Evrope) i prosječno trajanje liječenja, je za 14 % duže nego u prosjeku evropskih zemalja. Iskorišćenost postelja akutnih bolnica je samo 65%, što znači, da trećina posteljnih kapaciteta nije iskorišćena, odnosno za njih nema potrebe, ako se uzmu svi podaci o radu bolničkih kapaciteta.

Tabela 8. ***Bolničke postelje na 1000 stanovnika u Evropi i Crnoj Gori*** [17]

	Broj postelja na 1000 stanovnika	***Iskorištenost postelja u akutnim bolnicama****	***Prosjek lječenja u akutnim bolnicama****
Evropa	***7,29***	***80,2***	***9,23***
Evropska unija	***6,19***	***77,1***	***6,99***
Crna Gora	***4,0***	***58,5***	***7,97***
Komparacija	***64,6***	***65,1***	***114,0***

Najmanje iskorišćene postelje su kod domova zdravlja i zdravstvenih stanica (56 %), kod opštih bolnica Berane i Cetinje (ispod 60%), kod Specijalne bolnice Dobrota – Kotor (48 %) i kod nekih odelenja Kliničkog centra (infektivna klinika 5,5%, pulmologija 31,9 %.

[17] Izvor: Helath for all Database 2004, Europski ured Svjetske zdravstvene organizacije, Kopenhagaen, 2004

endokrinologija 34,2%, reumatologija 45,2% i ginekološke jedinice (sterilitet, patologija trudnoće, ginekologija). Iskorišćenost pediatrjskih odjelenja opštih bolnica, je u prosjeku ispod 50 % , sa izuzetkom odjeljenja u Bijelom Polju i Kotoru. Nizak stepen korišćenja posteljnih kapaciteta je primjetan i na ginekološkim odjeljenjima opštih bolnica, gdje iznosi iznad 54 %, sa izuzetkom u OB Nikšić i Pljevlja. Dosta niska je zauzetost postelja i na interenom odelenju u Bijelom Polju (59 %), i u Beranama (65 %), kao i na hirurškim odelenjima u Beranama (57 %) i na Cetinju (62 %).

P**odaci o korišćenosti posteljnih kapaciteta ukazuju da je neophodno izvršiti racionalizaciju u organizaciji, funkcionisanju i finansiranju bolnica, kako bi se obezbijedila veća efikasnost ovog segmenta zdravstvene djelatnosti**. Prelazak sa ekstenzivnog zapošljavanja i povećanje korišćenja kapaciteta, sa ciljem poboljšanja postojećeg stanja i povećanja racionalnosti, zbog korišćenja nedovoljnih financijskih sredstava, predstavlja obavezu donosioca odluka u zdravstvu na svim nivoima. Sa aspekata zdravstene ekonomike postojeće stanje u korišćenja bolničkih kapaciteta je neodrživo. Problem ne postoji samo u slobodnim krevetima, jer oni ne prouzrukuju troškove, nego u tome, da se obično na krevete planiraju i kadrovi, koji nisu dovoljno iskorišćeni, a predstavljaju glavni trošak bolničke djelatnosti.

U ekonomskim uslovima Crne Gore, kao i privredno razvijenih država, racionalizacija bolničke djelatnosti je jedno od važnih pitanja u traženju uzroka finansijske nestabilnosti. U Crnoj Gori to je posebno važno pošto sekundarna zdravstvena djelatnost, u kojoj dominira bolničko lečenje učestvuje u cjelokupnim troškovima zdravstvene zaštite Crne Gore više od 41 %. Naglo povećanje bolničkih kapaciteta, kao i troškova u opštim i specijalnim bolnicama posebno je istaknuto u periodu od 2000 do 2003. godine kada je broj postelja povećan za 6,7 % , a njihova iskorišćenost pala od 81,41 na 75,72 %. Objektivniji prikaz stanja u bolnicama, posebno korišćenja njihovih kapaciteta zahtijeva analizu njihove opremljenosti sa medicinskom opremom. Pojedinačne analize ukazuju na zastarjelu opremljenost, što je posebno izraženo u oblasti rendgenologije gdje je oprema stara više od 20 godina u prosjeku.

3.3.3. Gravitaciona područja bolničkih odelenja

Obezbijeđenost stanovništva sa bolničkim kadrovima i posteljama po pojedinim regionima se može ustanoviti uz komaparaciju kapaciteta i veličine gravitacionog područja pojedinih bolnica, odnosno njihovog pojedinog odelenja. Veličina gravitacionog područja definiše se sa brojem (cjelokupnog) stanovništva, koje gravitira pojedinoj bolnici. Pošto su kapaciteti, stručnost i opremljenost pojedinih odelenja bolnica (npr. pediatrija, interna itd.) odnosno njihovih specijalnosti veoma različiti, svako odjeljenje ima drugačije gravitaciono područje, što je objektivniji parametar, nego gravitaciono područje bolnice kao cjeline.

Izračunavanje gravitacionih područja obavlja se na osnovu broja primljenih, odnosno godišnje ispisanih bolesnika u pojedinoj djelatnosti. Pri tome se evidentira broj primljenih bolesnika na stacionarno lječenje iz pojedinih opština i uzima onaj procenat toga stanovništva, koji koristi bolničke usluge u odnosnoj bolnici. Zbir broja stanovnika svih opština, koja gravitiraju pojedinom bolničkom odelenju, daje sliku o veličini gravitacionog područja pojedinog odjeljenja svake bolnice.

Gravitaciona područja mogu se izračunavati jedino za ona odjeljenja, koja nisu definisana kao tercijarna, odnosno specijalna djelatnost, koju koriste svi stanovnici Republike. Jednostavniji način izračunavanja gravitacionih područja je izračunavanje učešća pojedine bolnice u zbiru svih liječenih bolesnika po specijalnostima. Na osnovu toga, kao i učešća cjelokupnog

stanovništva, utvrđuje se gravitaciono područje bolničkog odelenja. Prilikom izračunavanja gravitacionog područja za Crnu Goru postoje određene poteškoće, koje se odnose na kvalitet podataka, sa jedne strane i nepostojanje razgraničenja djelatnosti Kliničkog centra na dio, koji se obavlja na sekundarnom nivou za potrebe »svog« gravitacionog područja (Podgorica, Danilovgrad, Kolašin), koje pruža kao tercijarnu djelatnost za potrebe Republike. Problem se pojavljuje i kod SB Risan kod razgraničenja neurološke, neurohirurške i ortopedske djelatnosti, kao i kod OB Nikšić i Cetinje, koje imaju u okviru hirurških odelenja ortopediju, odnosno otorinolaringologiju i oftalmologiju, a ne evidentira se broj ispisanih bolesnika u tim djelatnostima.

Izračunavanje gravitacionih područja, takođe iziskuje jasno razgraničenje specijalističke i stacionarne djelatnosti[18]. Postojeći dostupni podaci ukazuju da neka odjelenja imaju jako malo gravitaciono područje, a na osnovu toga i veoma mali broj potencijalnih pacijenata, tako da se postavlja pitanje obezbijeđenja kvalitetne zaštite, a istovremeno cijena održavanja takve zaštite je neprihvatljiva.

*Tabela 9a**: Gravitaciona područja na internim odjeljenjima za 2003. godinu***

Bolnica	***Broj ispisanih bolesnika***	***% lječenih na odjeljenjima***	***Gravitaciono područje***
OB Bar	***2119***	***16,22***	***100.587***
OB Berane	***1577***	***12,07***	***74.851***
OB Bijelo Polje	***1225***	***9,38***	***58.169***
OB Kotor	***1871***	***14,32***	***88.805***
OB Nikšič	***2594***	***19,86***	***123.160***
OB Pljevlja	***1096***	***8,39***	***52.030***
OB Cetinje	***648***	***4,96***	***30.759***
Klinički centar	***1930***	***14,78***	***91.657***

*Tabela 9b**: Gravitaciona područja hirurških odjeljenja u 2003 godini***

Bolnica	***Broj ispisanih bolesnika***	***% lječenih***	***Gravitaciono područje***
OB Bar	***1652***	***11,61***	***71.999***
OB Berane	***1513***	***10,63***	***65.921***
OB Bijelo Polje	***1301***	***9,14***	***56.681***

[18] Napomena: U izračunavanje gravitacionih područja nisu uračunate izbeglice, a njihovim uključivanjem bi se povećao broj za oko 5%.

Podaci o broju ispisanih bolesnika su podaci Instituta za zdravlje, a kod Kliničkog centra podaci o broji lječenih lica iz Izvješataja o radu i poslovanju zdravstvenih ustanova Crne Gore u 2003. -Republički fond za zdravstvo.

OB Kotor	***1399***	***9,83***	***60.960***
OB Nikšič	***3005***	***21,12***	***130.975***
OB Pljevlja	***785***	***5,52***	***34.232***
OB Cetinje	***1530***	***10,75***	***66.665***
Klinički centar	***3045***	***21,40***	***132.711***

*Tabela 9c**: Gravitaciona područja na pedijatrijskim odjeljenjima u 2003.godini***

Bolnica	***Broj ispisanih bolesnika***	***% lječenih***	***Gravitaciono područje***
OB Bar	***625***	***7,88***	***48.867***
OB Berane	***512***	***6,45***	***39.999***
OB Bijelo Polje	***726***	***9,15***	***56.743***
OB Kotor	***690***	***8,70***	***53.953***
OB Nikšič	***520***	***6,56***	***40.681***
OB Pljevlja	***355***	***4,48***	***25.103***
OB Cetinje	***308***	***3,88***	***24.062***
Klinički centar	***4195***	***52,89***	***327.995***

*Tabela 9d**: Gravitaciona područja na ginekološkim i akušerskim odelenjima u 2003. godini***

Bolnica	***Ispisani bolesnici***	***% liječenih***	***Gravitaciono područje***
OB Bar	***1297***	***10,31***	***63.937***
OB Berane	***1597***	***12,69***	***78.696***
OB Bijelo Polje	***1079***	***8,58***	***53.208***
OB Kotor	***802***	***6,37***	***39.503***
OB Nikšič	***1727***	***13,73***	***85.145***

OB Plevlja	***637***	***5,06***	***31.379***
OB Cetinje	***758***	***6,03***	***37.394***
Klinički centar	***4683***	***38,66***	***239.748***

Tabela 9e: ***Gravitaciona područja na psihitariji u 2003. godini***

Bolnica	***Broj ispisanih bolesnika***	***% lječenih***	***Gravitaciono područje***
SB Dobrota-Kotor	***694***	***56,15***	***347.374***
Klinički centar	***542***	***43,85***	***271.933***

Vrijednost poznavanja gravitacionog područja je u planiranju i finansiranju stacionarne službe. Uz jedinstvene normative i standarde za bolničku djelatnost, razlike u obezbijeđenosti stanovništva sa bolničkim kapacitetima morale biti smanjene, a pojedine bi mogle ostati samo za specifične uslove. Na toj osnovi mogli bi ustanoviti i broj ljekara i ostalih zdravstvenih radnika na 1000 stanovnika za potrebe stacionarnog lječenja, ili na jednu postelju i postaviti realan plan rada svake bolnice. Naravno da bi to uticalo i na broj kadrova, potrebnih za stacionarno lječenje.

Analize ukazuju da nije u pitanju samo višak postelja i njihovo slabo korišćenje, već da Crna Goora ima preveliki broj bolnica za veoma malo gravitaciono područje. Ovo izuzetno značajno pitanje za plansko opredjeljivanje mreže javnih kapaciteta, će biti razmotreno nakon posebne analize o stacionarnim kapacitetima. Analiza treba da ukaže koje kapacitete treba preusmjeriti za potrebe van zdravstvenog sektora, ili za potrebe domova za njegu starih lica.

Određivanje gravitacionih područja bolničkih odelenja je izuzetno važno z**a planiranje zdravstvenih kapaciteta,** zbog čega je potrebno:

- uvesti posebne evidencije o radu i kadrovima, koji su namenejni za specijalističku ambulantnu djelatnost bolnica, po metodologiji FTE (Full- Time Equivalent), da bi se mogla ustanoviti obezbijeđenost stanovništva sa specijalističkim ambulantnim i stacionarnim kapacitetima;
- definisati tercijarnu djelatnost Kliničkog centra i odvojiti je od njegove sekundarne djelatnosti;
- uvesti evidencije i statistiku ispisanih, odnosno stacionarno liječenih lica po odjeljenjima u bolnicama, nakon završetka liječenja;
- uvesti jedinstvenu metodologiju izvješatavanja bolnica o njihovoj djelatnosti i definicije djelatnosti.

Realizaciju ovih zadataka planirana je kao aktivnost Ministarstva zdravlja, u saradnji sa Institutom za javno zdravlje, kroz Projekat unapređenja sistema zdravstva i angažovanje konsultantske pomoći.

3.4. Organizacija zdravstvene djelatnosti

U zemljama Evrope zdravstvena djelatnost je funkcionalno organizovana na tri nivoa**. Dobro organizovana zdravstvena zaštita se temelji na razvijenoj i dobro osposobljenoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja bi morala obezbediti zadovoljavanje oko 85 % svih potreba stanovništva.** Prvi nivo kontakta građanina sa zdravstvenom službom se dešava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koja mora biti sposobna da riješi najveći broj zdravstvenih potreba stanovništva za zdravstvenim uslugama. 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, koji stvarno trebaju složenu dijagnostiku i terapiju, 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. Sadržaj njenog rada može biti različit, pri čemu se mora voditi računa, da su na prvom nivou organizovane službe, koje znače najobuhvatnije i najbrojnije potrebe stanovništva. Primarna zdravstvena zaštita uključuje djelatnosti opšte, odnosno porodične medicine, djelatnosti, koje se bave sa specifičnim potrebama najugroženijih grupa stanovnika, kao npr. djece, školske omladine, žena u reproduktivnoj dobi, aktivne populacije, starijih lica i djelatnosti za savladavanje najraširenijih bolesti i potreba, kao što su mentalne bolesti, karjes i neke druge. Pored toga na ovom nivou rade i odgovarajuće dijagnostične službe (laboratorijske, rengenološke, ultrazvučne). Sve te djelatnosti su organizovane u javnim zdravstvenim centrima, ili domovima zdravlja, a u mnogim zemljama u privatnim kapacitetima (ambulantama, klinikama ili u raznim oblicima grupne prakse).

U organizovanim sistemima zdravstvene zaštite sve ostale specijalističke službe, koje ne rade na primarnom nivou, organizovane su kao specijalističke ambulante, odnosno stacionarne djelatnosti na sekundarnom i tercijarnom nivou.

Zadatak sekundarne djelatnosti je tretiranje složenijih zdravstvenih potreba, kod kojih je potrebno specijalizovano znanje, timski način rada više specijalista i drugih zdravstvenih radnika, kao i složena tehnologija. Pružanje usluga na ovom nivou je moguće jedino uz boravak pacijenta za određeno vrijeme u bolnici. Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite se lječi manji broj pacienata, koji su zbog kompleksnosti tretmana, prethodno selekcionirani u ustanovama primarne zdravstvene zaštite.

U uređenim sistemima zdravstvene zaštite, pristup na sekundarnu nivo zdravstvene zaštite je moguć iskjučivo sa uputnicom doktora primarne zdravstvene zaštite. Izuzetak od tog pravila pretstavljaju jedino urgentna stanja. Zbog karakteristike svojih zadataka kapaciteti sekundarne djelatnosti raspolažu sa skupom i složenom opremom i specijalistima, koji moraju biti racionalno iskorišćeni, odnosno organizovani tamo, gdje ima za njih dovoljno kazuistike za rad u tri smjene dnevno. Sekundarna zdravstvena zaštita u većini zemalja koristi oko 60 % svih financijskih sredstava za zdravstvenu zaštitu, odnosno osiguranje pojedine zemlje, a liječi tek oko 15- 20 % pacijenata. Ovo usmjeravanje ima i svoju stručno medicinsko obrazloženje. Poznato je naime, da medicinski stručnjaci mogu pružati i zadržati kvalitet svog rada jedino uz

dovoljan broj pacijenata i intervencija, što im omogućava sticanje i zadržavanje potrebne rutine i iskustva.

Tercijarna zdravstvena djelatnost bavi se sa najsloženijim problemima. Ona pruža vrhunske usluge, koje su ostvarive isključivo uz upotrebu najsloženije tehnologije i sredstava uz rad multidisciplinarnih timova medicinskih stručnjaka. U ovoj djelatnosti zastupljene su subspecijalnosti, jer se tretiraju pacijenti i stanja, za koje kapaciteti primarnog i sekundarnog nivoa nijesu osposobljeni, ili bi njihova organizacija na tim nivoima bila neracionalna. Pored toga pojedine zemlje na tercijarnom nivou organizuju službe, koje se bave uskim područjima dijagnostike, terapije ili rehabilitacije, za koje su brojčano male, zbog čega se koncentrišu na jednoj lokaciji. Smatra se da tercijarna djelatnost obavlja, pored najsloženijih zdravstvenih usluga i edukaciju zdravstvenih kadrova, kao i naučno istraživački rad na području medicine i zdravstvene zaštite. U većini zemalja tercijarna zdravstvena djelatnost ima zadatak kreiranja stručne, medicinske doktrine, preventive, diagnostike i terapije pojedinih stanja, na svim nivoima zdravstvenih djelatnosti.

Tercijarna djelatnost, radi na istim organizacionim principima kao sekundarna, kroz organizovanje stacionara i ambulanti. Dostupnost prema ovoj zaštiti je moguća jedino na osnovu upućivanja od strane izabranih ljekara (porodičnih ljekara), a dosta često i nakon predhodne trijaže na sekundarnom nivou.

Dobra organizacija zdravstvenih djelatnosti se zasniva na opisanoj podjeli rada između tri nivoa. U toj organizacionoj piramidi najvažniju ulogu ima primarna zdravstvena zaštita, jer od njenog rada i uspješnosti obavljanja zadataka, zavisi i funkcionisanje ostalih nivoa zdravstvene službe. Iako postoji podjela rada između nivoa zdravstvene djelatnosti, sva tri nivoa moraju predstavljati nedjeljivu funkcionalnu cjelinu, u kojoj ne postoje barijere i prepreke za saradnju i nesmetan protok pacijenata i iskustva između zdravstvenih profesionalaca.

Efikasan i kvalitetan zdravstveni sistem moguće je postići jedino adekvatnom organizacijom svih nivoa sistema i saradnjom i dopunjavanjem kapaciteta zdravstvenih službi između nivoa, usvajanjem i poštovanjem jedinstvene medicinske doktrine i izmjenom informacija između sva tri nivoa.

3.5. Kadrovi u zdravstvu Crne Gore

Prema podacima Instituta za zdravlje Crne Gore u 2003. godini u javnim zdravstvenim ustanovama bilo je zaposleno 7521 lica, od čega je bilo 5464 zdravstvenih radnika i 1787 zaposlenih nemedicinske struke. Podaci o broju zaposlenih u zdravstvu za isti period prema podacima Republičkog fonda za zdravstvo, iznosili su 8420 osoba, od kojih je 6156 zdravstvenih radnika i 2264 nezdravstvenih radnika. U ove brojke nijesu uključeni su zaposleni u privatnim zdravstvenim ustanovama, što otežava analitičko praćenje rada u zdravstvu i komparaciju sa drugim zemljama.

Naime kadrovski potencijali zemlje, koji služe zadovoljavanju potreba i zahtjeva stanovništva za zdravstvenim uslugama, predstavljaju osnovni resurs sistema zdravstva, a neuključivanje privatnog sektora u evidencije je samo važno u slučajevima iz kojih sredstava se financira njihov rad. Pored toga evidencija o kadrovima u zdravstvu Crne Gore je dosta netransparentna, čemu najviše doprinosi podjela zaposlenih na one, koji su primljeni na neodređeno radno vrijeme i one koji rade samo određeno vrijeme. Tako se na istom radnom

mjestu pojavljaju dva (ili čak tri) zaposlena, što otežava prikazivanje pravog stanja broja fizičkih lica (»phisical person«-PP) odnosno, broja kadrova na osnovu obavljenih radnih sati (»men/year«), ili preračuna obavljenih radnih sati u ekvivalent radnih timova, za puno radno vrijeme (FTE – Full Time Eqivalent). Primjenom ovih parametara bi se dobila realnija slika stanja kadrova, a izbjegle bi se određene nejasnoće, koje se pojavljaju oko pitanja »pravog« broja zaposlenih, do kojih dolazi zbog zaposelnih na određeno vrijeme, ili u slučajevima rada dužeg od punog radnog vremena.

U analizi kadrova najvažniji parametar je kadrovska osposobljenost, odnosno adekvatna raspoređenost po teritoriji, po nivoima zdravstvene zaštite i po specijalnostima. Analize kadrova najčešće daju prikaz stanja u kadrovskoj osposobljenosti, na osnovu koje se najbolje ogledaju razlike u sistemima zdravstvene zaštite pojedinih zemalja, organizaciji zdravstvene djelatnosti i načinu finansiranja zdravstvenih usluga i programa. Komparacijom sa drugim zemljama dobijaju se ocjene o zdravstvenom kadru i mogućnostima finansiranja tog kadra. Bivše socijalističke zemlje ekstenzivno su razvijale socijalne sisteme i na osnovu kvantitativnih parametara stvarale sliku o visokom standardu u zdravstvenoj zaštiti. To se ostvarivalo sa niskom cijenom (platama) radne snage u zdravstvu i drugim socijalnim javnim ustanovama. Istovremeno druge zemlje, temeljile su razvoj zdravstvene zaštite i kapaciteta na realnim ekonomskim mogućnostima, pri čemu je cilj bio kvaliteta rada i plate zaposlenih, a koji je omogućavao zadovoljavajući standard zdravstvenim profesionalcima. U pojedinim državama razvoj kadrovskih kapaciteta u zdravstvu bio je instrument izkazivanja visokog stepena socijalne i zdravstvene sigurnosti stanovništva i dokaz ispravnosti ideološke usmjerenosti, dok su druge razvojne puteve u građenju zdravstvenih potencijala temeljile na ekonomskim mogućnostima društva, odnosno platioca usluga.

Analizirajući podatke tokom posljednje decenije u Crnoj Gori može se ocijeniti da je postojao nekontrolisan razvoj kadrovskih kapaciteta, koji nije uvažavao finansijske mogućnosti pokrića troškova za njihov rad. Rezultat toga bio je neujednačeni razvoj zdravstvenih kapaciteta i zapošljavanja u zdravstvu, a što je dovelo do disproporcije u razvoju između primarne i ostalih zdravstvenih djelatnosti i narušavanja odgovarajućih odnosa između pojedinih nivoa zdravstvene zaštite.

*Tabela 10**: Zaposleni u zdravstvu u Crnoj Gori u 1991. i 2003. godini*** [19]

Profil	***Broj kadrova***		***Indeks 2003/1991***	***Broj stanovnika na 1 zaposlenog***		***Indeks 2003/1991***
	1991	***2003***		***1991***	***2003***	
Ljekari i ljekari specijalisti	917	1139	124,2	670	544	81,2
Stomatolozi	275	265	96,3	2236	2340	104,6
Faramceuti	120	103	85,8	5125	6021	117,5

[19] Izvor podataka: Analiza kapaciteta i kadrova u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Crnoj Goru za 2002. godinu i Analiza zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za 2003. godinu, Institut za zdravlje Crne Gore.

Svi zdravstveni radnici i saradnici	3485	5464	156,8	176	113	64,2
Administrativno i tehničko osoblje	1961	1787	91,1	313	347	110,8
Svi zaposelni u zdravstvu	6815	7251	106,4	90,2	85,5	94,7

U poslednjih 12 godina broj ljekara u javnim ustanovama u Crnoj Gori se povećao za 24 %, dok je broj stomatolga i farmaceuta opao za 3,7 odnosno 14,2 %. Pad broja stomatologa je prividan, jer su u statistici obuhvaćeni samo zaposleni u javnoj zdravstvenoj službi, ali ne i privatnici. Ocjene naime pokazuju, da se u stomatologiji na radi o smanjenju kadra, nego o privatizaciji djelatnosti i izlasku velikog broja stomatologa iz javnih službi. Broj svih zaposelnih zdravstvenih radnika i saradnika povećao se za čak za 56,8%, a broj svih zaposlenih u zdravstvu za 6%. Poboljšala se osposobljenost stanovništva zdravstvenim radnicima, odnosno smanjio se broj stanovnika na jednog ljekara od 593 na 544. Podaci takođe, ukazuju na veliko učešće zaposlenog adminstrativnog i tehničkog osoblja u zdravstvenim ustanovama. U vanbolničkim djelatnostima učešće nezdravstvenih radnika je 27,5%, a u bolničkim čak 38,2%. Podaci pokazuju da nema nezaposlenih ljekara, a ekstenzivno zapošljavanje u zdravstvenim ustanovama iz prošlosti je nastavljeno, bez mogućnosti da sistem finansijski podrži to opterećenje.

Podaci o broju zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, kao i broj stanovnika na jednog zaposlenog u zdravstvu, ne govore dovoljno o tome, da li je obezbijeđnost stanovništva dovoljna, odnosno adekvatna. Odgovor na to pitanje zavisi od demografske strukture stanovništva, od njegovog zdravstvenog stanja, obima prava na zdravstvene usluge, organizacije zdravstvene službe i od materijalnih mogućnosti za finansiranje sistema zdravstva. U stabilnim sistemima zdravstvene zaštite broj medicinskog kadra, odnosno zaposlenih u zdravstvu kreće se u određenoj zavisnosti od ekonomske moći države, odnosno stanovništva i visine ulaganja u sistem zdravstvene zaštite. Zemlje sa većim GDPom iskazuju po pravilu bolju obezbijeđenost stanovništva sa kadrovima i obrnuto. Od toga pravila postoje odstupanja, koja su vezana sa političkim i društvenim odlukama. Tako se u mnogim zemljama srednje i istočne Evrope nastavljaju sa praksom pune zaposlenosti svih zdravstvenih radnika, što dovodi do niskih plata, slabe motivacije, nezadovoljstva kadrova i fluktuacije kadra u privredno razvijenije zemlje. Međusobna zavisnost broja zaposlenih u zdravstvu, ekonomske moći zemlje i plata, kao i uslova rada u zdravstvu još je evidentnija, upoređivanjem stanje zaposlenih sa visinom sredstava za zdravstvenu zaštitu po stanovniku u pojedinim evropskim državama. Prema ulaganjima u zdravstvenu zaštitu iz javnih i privatnih sredstava (USD na stanovnika, izračunato prema kupovnoj moći) razlike su 1: 10 i više, a razlike u broju kadrova kreću se tek u odnosu 1: 2. Ovakva situcija je održiva jedino zadržavanjem niskih cijena (plata) zdravstvenih usluga, odnosno radne snage zaposlenih.

Tabela 11: ***Broj stanovnika na jednog zdravstvenog radnika odnosno zaposlenog u zdravstvu***

u izabranim zemljama Evrope u 1999. godini[20]

[20] Izvor podataka: OECD Health Data 2003, Credes, Paris i HFA Database, WHo Regional Office or Europe, Copnehagen

Država	*Broj stanovnika na jednog zaposlenog u zdravstvu i to na*				*BDP na stanovnika u USD**	*USD za zdravstvenu zaštitu na stanovnika(PPP)*
	Ljekara	*Stomatologa*	*Farmaceuta*	*zaposlenog u zdravstvu*		
Austrija	**327**	**2126**	**1823**	**64**	**25582**	**2061**
Bosna iHerceg.	**695**	**5097**	**10438**	**…..**	**…..**	**…..**
Češka	**324**	**1600**	**2148**	**…..**	**13595**	**972**
Danska	**315**	**1034**	**2012**	**…..**	**27690**	**2358**
Grčka	**228**	**867**	**…..**	**105**	**15772**	**1375**
Hrvatska	**436**	**1560**	**2192**	**….**	**7371**	**…..**
Mađarska	**281**	**1758**	**2149**	**95**	**11501**	**787**
Portugalija	**314**	**2650**	**1281**	**…..**	**16776**	**1402**
Rumunija	**522**	**4268**	**14045**	**…..**	**6041**	**271**
Slovenija	**464**	**1655**	**2860**	**…..**	**15900**	**1230**
Evropa	**288**	**1989**	**2088**	**….**	**14939**	**1183**
Evropska unija	**261**	**1427**	**1363**	**…..**	**23269**	**2014**
*Crna Gora***	**543**	**2331**	**5997**	**85**	**2700***	**196***

Iz međunarodne komparacije broja kadrova i ekonomske moći zemalja, a posebno sredstava za zdravstvenu zaštitu, zaključuje se da Crna Gora ima dovoljno, ili čak višak kadrova. Posebno je veliki broj zaposlenog adminstrativnog i tehničkog osoblja u upoređenju sa evropskim zemljama (u Sloveniji npr. samo 14 % svih zaposlenih).

Prilikom utvrđivanja planskih opredjeljenja da li zadržati postojeće kadrovske kapacitete, ili ih postepeno prilagoditi predviđenim ciljevima razvoja zdravstva i ekonomskim uslovima sistema, ispoštovani su ciljevi utvrđeni Strategijom razvoja zdravstva. Zadržavanje prevelike zaposlenosti značilo bi očuvanje postojećih neracionalnosti u radu i zapošljavanju zdravstenih ustanova i pristajanje na situaciju da zaposleni i zdravstvu i dalje imaju niske plate i neodgovarajuće uslove (oprema, prostorije, edukacija) za rad. Izabrana opcija može dovesti do

*Napomene: Podaci o kadrovima za Crnu Goru odnose se na stanje u 2003. godini, a o BDP na 2001. U prikazu podataka o BDP na stanovnka, upotrebljena je metoda preračuna na kupovnu moć (PPP metoda), a za Crnu Goru u absolutnim iznosima, pošto nije poznat koeficijent preračuna kupovne moći stanovništva. Po nezvaničnim procjenama taj koeficijent mogao biti oko 1:2,1. Uz predpostavku realnosti takve procjene BDP na stanovnika u Crnoj Gori bio bi oko 5670 USD, a sredstva za zdravstvenu zaštitu oko 411 USD.

poboljšanja zarada zaposlenih u zdravstvu, ali istovremeno stvoriti nezadovoljstva onih, koji se ne bi mogli zaposliti, ili zadržati svoje radno mjesto u zdravstvenoj ustanovi. U svakom slučaju određene promjene će se morati preduzeti u svim slučajevima neracionalnosti, ili pojava zaposlenosti kadrova koji nisu dovoljno iskorišteni.

3.5.1.Zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Efikasnost zdravstvene službe u mnogome zavisi i od rasporeda medicinskog kadra, po djelatnostima, odnosno nivoima zdravstvene službe. Posebno je značajno da je dovoljan broj kadrova na nivou primarne zdravstvene zaštite. Zadovoljavajući broj ljekara, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti znači bolju dostupnost zdravstvenih usluga i manji broj osoba koji se propušta na sekundarni nivo, a time se smanjuju troškovi zdravstvene zaštite. To je posebno važno za javna sredstva, zbog čega države posebno vode računa o razvoju primarne zdravstvene zaštite, a što podrazumijeva i zapošljavanje u toj djelatnosti.

Na primarnom nivou[21] po podacima Instituta (2003), bilo je zaposleno u javnim zdravstvenim ustanovama 3260 osoba, od toga 2591 zdravstvenih radnika i saradnika (79,4%) i 669 (20,6 %) nemedicinskih radnika

- 575 ljekara od toga, 398 specijalista;
- 236 stomatologa (i specijalista stomatologa);
- 2 farmaceuta;
- 86 osoba sa višom stručnom spremom;
- 1616 sa srednjom stručnom spremom.

Uzimajući u obzir domicilno stanovništvo na primarnom nivou je :

- 1 ljekar (opšte medicine odnosno specijalista) na 1069 stanovnika;
- 1 stomatolog (sa specijalistima) na 2539 stanovnika;
- 1 zdravstveni radnik i saradnik na 245 stanovnika;
- 1 zaposlen u zdravstvu na 195 stanovnika.

Kadrovska analiza primarnog nivoa po užim djelatnostima ukazuje da na ovom nivou radi određeni broj specijalista raznih specijalnosti, koje po pravilu ne spadaju u primarnu zdravstvenu zaštitu, (specijalisti interne medicine, fizikalne medicine, oftalmologije, otorinolaringologije i drugih u ukupnom učešću od 21%).

B**roj ljekara, koji bi trebali preuzeti ulogu izabranog ljekara (opšte medicine, pedijatri, interne medicine, medicina rada) ne zadovoljava standard koji se postavlja za izabrane ljekare, posebno u nekim opštinama.** Stanje bi moglo biti zadovoljavajuće, ako će se ostvariti pretpostavka, da pretežni dio specijalista navedenih specijalnosti budu izabrani ljekari.

[21] Izvor: Statistički godišnjak –2003. Institut za javno zdravlje
Svi podaci odnose se samo na kadrove domova zdravlja i zdravstvenih stanica, kao primarnu zdravstvenu djelatnost u najužem pojmu primarne zdravstvene zaštite. Nisu uključeni podaci o kadrovima Instituta za zdravlje i apoteka

Tabela12. ***Profili zdravstvenih kadrova domova zdravlja i zdravstvenih stanica u Crnoj Gori u 2002. godini***

Djelatnost	***Ljekari (uključujući i specijaliste) i stomatologe***	***Kadrova sa višom stručnom spremom***	***Kadrova sa srednjom stručnom spremom***	***Odnos ljekar/ostali kadrovi***
Opšta medicina	***182***	***13***	***445***	***1: 2,52***
Pedijatrija (zaštita djece i školske omladine)	***132***	***9***	***201***	***1:1,52***
Ginekologija- zdravstvena zaštita žena	***32***	***0***	***47***	***1:1,47***
Medicina rada	***61***	***2***	***92***	***1:1,54***
Stomatologija [22]	***268***	***0***	***266***	***1:1,05***
Laboratorijska djelatnost	***……***	***15***	***159***	***1: 0,30***
Pulmologija,pneumoftiziologija	***17***			
Psihijatrija	***18***			
Radiologija	***13***			
Ostali specialistčke djelatnosti	***122***	***16***	***231***	***1:2,02***
Nem. djelatnosti (administrativno i tehničko osoblje)				
Administrativno osoblje-všs	***44***	***12***	***215***	***1:0,47***
Tehnično osoblje-ukupno			***379***	***1: 1,01***

Ne postoji mogućnost direktnog upoređivanja stanja u Crnoj Gori sa brojem ljekara u drugim evropskim zemljama, zbog razlika u organizaciji zdravstvene službe i u edukaciji. Naime sve države nemaju izabranog ljekara, već su to porodični ljekari, ili ljekari opšte medicine, dok pedijatri i medicina rada nijesu uključeni. Kod upoređivanja uzeti su podaci o broju ljekara opšte medicine, odnosno broju stanovnika na jednog ljekara opšte medicine, pošto su oni u najvećem broju zemalja nosioci zadataka izabranih ljekara. Na osnovu takvog upoređivanja

[22] U stomatološku djelatnost su uključeni i stomatolozi, koji su zaposleni u bolnicama, pošto stomatologija sa izuzetkom maksilofarcialne hirurgije u cjelini predstavlja sastavni dio primarne zdravstvene zaštite.

može se jedino zaključiti, da je osposobljenost ljekarima opšte medicine, odnosno budućim izabranim ljekarima u zemljama Evrope jako različita.

Crna Gora zaostaje po broju raspoloživih izabarnih ljekara za stanjem u Evropskom regionu Svjetske zdravstvene organizacije i Evropske regije, ali se može u cjelini uporediti sa državama, koje su prve uvele koncepciju izabranog ljekara, kao vratara na ulazu u sistem zdravstvenih djelatnosti, kao npr. Engleska, Holandija i neke druge.

Tabela 13. ***Broj stanovnika na jednog ljekara opšte medicine u Evropi u 2000. godini***[23]

Država	***Broj ljekara na 100.000 stanovnika***	***Broj stanovnika na jednog ljekara***
Holandija	***48,75***	***2051***
Engleska	***60,62***	***1650***
Finska	***166,80***	***596***
Evropa	***64,81***	***1543***
Evropska unija	***101,51***	***985***
Crna Gora*	***56,85***	***1759***

Broj stomatologa računato na cjelokupnu populaciju u Crnoj Gori je optimalan, jer je evropski prosjek jedan stomatolog na 2480 stanovnika, pa bi u komparaciji sa evropskim zemljama ova vrsta zdravstvene zaštite bila obezbijeđena kadrovski. Međutim, promjenom Zakona, na osnovu kojeg pravo na stomatološke usluge imaju samo osigurana lica do navršene 15. i nakon 65. godine, veličina populacije, za koju se izračanavaju normativi za stomatologiju, se smanjuje na oko trećinu populacije (oko 221 hiljadu), iz čega proizlazi, da na je na jedan stomatološki tim, usmjereno oko 820 stanovnika. Poseban problem u stomatološkoj djelatnosti je pretjerana usmjerenost na specijaliazcije. Od svih stomatologa u javnim ustanovama 44 % su specijalisti. Podjele rada, u ovoj oblasti je takođe neminovna, tako da će stomatolzi ubuduće pružati pacijentima sve usluge, odnosno upućivati specijalistima samo najsloženije slučajeve iz oblasti maksilofarcialne hirurgije i ortodoncije, a svim drugim prilikama samo izuzetno.

Posebno obilježje kadrovske problematike na primarnom nivou jeste odnos ostalih zaposlenih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika na jednog ljekara. Taj odnos je izuzetno nepovoljan, jer jedan ljekar u ustanovama primarne zdravstvene zaštite »izdržava« 3,18 drugih zaposlenih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika od čega čak blizu 1,5 administrativnog i tehničkog osoblja. U drugim zemljama broj adminsistrativnog i tehničkog osoblja iznosi svega oko 13 –

[23] Izvor podataka: Helath for all Database, 2003, Evropski region Svjetske zdravstvene organizacije, Copenhagen

Napomena: Podatak za Crnu Goru se odnosi na 2003. godinu i uključuje sve potencijalne izbarane ljekare.

15 % svih zaposlenih. Disproporcija u sastavima timova najviše je prisutna u opštoj medicini, a ogleda se prevelikim brojem laboratorijskih radnika i ostalih zdravstvenih tehničara, odnosno sestara na jednog ljekara. Sa druge strane je evidentan deficit nekih profila zdravstvenih radnika, kao npr. psihijatara, psihologa, fizioterapeuta i djelimično rendgenskih tehničara.

Pored disproporcija u sastavima timova po pojedinim službama, evidentne su velike razlike u osposobljenosti stanovništva sa kadrovima po pojedinim opštinama, odnosno domovima zdravlja. Broj stanovnika na jednog potencijalnog izabarnog ljekara kreće se između 1123 (Tivat) i 4270 (Plužine), na jednog ginekologa: između 1283 (Mojkovac) do 9643 (u Nikšiču). Primjetna su odstupanja u rasponu između 66 i 252% od prosjeka, kod broja stanovnika na potencijalnog izabarnog ljekara i između 30 i 225% od prosjeka kod izabranih ginekologa. Zbog toga u nekim krajevima ljekari nisu dovoljno iskorišćeni, a u drugim ne mogu zadovoljiti sve potrebe populacije.

Navedeni problemi ne idu u prilog nastojanjima za izgradnji efikasnog sistema zdravstvene zaštite u kojem je dostupnost jedno od osnovnih načela organizacije. Ovakva situacija, naslijeđena iz prošlosti, je posljedica stihijnog zapošljavanja ljekara i ostalih kadrova, jer se nije vodilo dovoljno računa o potrebama stanovništva, a još manje o potrebi racionalnog zapošljavanja i korišćenja zdravstvenih resursa.

Problem neadekvatne kadrovske osposobljenosti je očigledniji kada se sagleda broj ljekara po opštinama, prema djelatnostima. U pojedinim opštinama, nema ljekara, odnosno specijalista opšte medicine (Plužine), u dvije opštine nema pedijatra i ginekologa. Istovremeno, u njima je zaposleno 24 ljekara urgentne medicine i 26 specijalista interne medicine, koji na mogu biti puno zaposleni, jer obavljaju zadatke, koji ne spadaju u njihovu djelatnost, ili specijalizaciju.

Iz navedenog stanja se mogu ocijeniti potrebne mjere reorganizacije primarne zdravstvene zaštite i politike zapošljavanja, kao i finansiranja primarne zdravstvene zaštite, sa ciljem obezbjeđenja jednakomjerne osposobljenosti stanovništva sa izabranim ljekarim na teritoriju Crne Gore i zaključiti da:

- ukupan broj kadrova i njegov broj u odnosu na stanovništvo je prema postojećim potrebama i mogućnostima zadovoljavajući;
- nepovoljan je odnos potencijalnih izabranih ljekara i ostalih specijalista na primarnom nivou zdravstvene službe, jer je više od 21% specijalista, koji ne spadaju na primarni nivo, odnosno u domove zdravlja. Pošto u primarnoj zaštiti nemaju sve potrebne uslove za obavljanje specijalističke djelatnosti, oni su slabo iskorišćeni i pružaju usluge, koje nisu specijalističke;
- zbog prevelikog broja specijalista relativno je manji broj potencijalnih izabranih ljekara, u koje treba da se uključe zakonom predviđeni profili za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- postoji velika disproporcija između zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u domovima zdravlja, u kojima je broj administrativnog i tehničkog osoblja prevelik i skoro dva puta veći nego u zemljama Evropske unije;
- s obzirom na prava osiguranih lica iz zdravstvenog osiguranja, izuzetno je veliki broj zaposlenih stomatoloških timova u domovima zdravlja i to najmanje za trećinu;
- broj ostalih zdravstvenih radnika na jednog ljekara je prevelik;
- ljekari i njihovi timovi su nejednakomjerno raspoređeni po teritoriji Crne Gore i u tom pogledu su prisutne velike i neprihvatljive razlike;

3. 5. 2 Usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Za analizu rada značajni su podaci o iskorištenost kapaciteta po pojedinim službama koji se ocjenjuju iz broja posjeta ljekaru. Ti podaci ukazuju između ostalog i na »opterećenost«, odnosno na standard osposobljenosti stanovništva i njegovih populacionih grupa po opštinama. Najviše posjeta na jednog ljekara na dan ima opšta medicina: 28 posjeta, odnosno nešto više od 4,5 na sat. Slično opterećenje je i u medicini rada, koja obavlja velikim djelom kurativnu djelatnost, kao i opšta medicina. U oba slučaja, zapažen najveći porast posjeta u proteklih 10 godina, dok je evidentiran pad posjeta u ginekologiji, što je vezano za smanjenje broja trudnica. Prisutan je pad broja usluga u stomatologiji, u svim njenim užim područjima, sa izutetkom ortodoncije. U svim službama domova zdravlja broj ponovnih posjeta u odnosu na prve posjete je dosta visok. Taj odnos je u opštoj medicini 1: 2,22, u medicini rada 1: 1,82, u zdravstvenoj zaštiti žena 1:2, u zdravstvenoj zaštiti djece 1: 0,62. Odnos prvih i ponovnih posjeta u pedijatriji je povoljan, zbog visokog broja posjeta u savjetovalištima, dok je kod ostalih, veliki broj ponovnih posjeta po svoj prilici posljedica loše organizacije, opremljenosti, nedostatka dijagnostike, niskog kvaliteta rada, deficitarnosti znanja o dijagnostici i terapiji i slično.

Tabela 14. ***Broj posjeta kod ljekara u Crnoj Goru, u 1993. i 2002. godini*** [24]

Djelatnost	***Ukupan broj posjeta kod ljekara (u 000)***		***Indeks 2002/1993***	***Prosječan broj posjata na ljekara na dan****		***Indeks 2002/1993***
	1993	***2002***		***1993***	***2002***	
Opšta medicina	***902***	***1306,1***	***142***	***21,8***	***28,0***	***128,4***
Zdrav. zaštita djece	***487***	***443,8***	***91,1***	***21,9***	***21,4***	***97,7***
Zdrav. zaštita školske omladine	***147***	***179,4***	***122,1***	***10,4***	***13,7***	***131,7***
Zdrav. zaštita žena	***144***	***124,7***	***66,9***	***26,8***	***15,2***	***56,7***
Medicina rada	***314***	***390,9***	***124,4***	***19,6***	***25,0***	***127,5***
Specijalističke službe	***542***	***882,4***	***162,8***	***24,9***	***28,2***	***113,3***

U navedenim podacima zapaža se povećanje broja pregleda u svim službama domova zdravlja, osim u zdravstvenoj službi za zaštitu djece, zbog smanjenja učešća mlađe populacije u ukupnom broju stanovništva, kao i zbog korišćenja usluga privatnih pedijatrijskih ambulanti.

[24] Napomene: Za preračun posjeta na dan uzeto je u prosjeku 256 radnih dana. Prikazane su samo posjete kod ljekara u ordinacijama, bez posjeta kod ostalih zdravstvenih radnika, bez kućnih posjeta, posjeta školama itd.

Opterećenje službi koje će se reorganizovati biće značajno za postavljanje mreže javne zdravstvene službe Crne Gore na primarnom nivou. To će uticati na definisanje osnovnih zadataka, koje će morati obezbedijeti svaki dom zdravlja i onih centara u domovima zdravlja koji će se organizovati za dva ili više domova zdravlja, kao regionalni centri.

Veličina populacije, normativi i načela dobre organizacije i racionalnosti biće kriterijumi za dimenzioniranje sadržaja pojedinih domova zdravlja, odnosno drugih nosioca zadataka primarne zdravstvene zaštite, saglasno zakonu.

3.5.3. Kadrovi u apotekarskoj djelatnosti

Mrežu javne apotekarske djelatnosti predstavljaju zaposleni u Apotekarskoj ustanovi »Montefarm«, koja u okviru svoje organizacije ima apoteke u svim opštinama Crne Gore. Broj svih zaposelnih u toj ustanovi iznosio je 2002. godine 343 lica, od čega je bilo 232 zdravstenih (67,6 %) i 111 (odnosno 32,3%) nezdravstvenih radnika. U ovoj djelatnosti evidentan je preveliki broj nezdravstvenih radnika, što naravno utiče i na cijenu lijekova koje koriste osigurana lica, a finansira Fond za zdravstveno osiguranje, kao i na cijenu ljekova, koje koriste druge zdravstvene ustanove. Među zaposlenim zdravstvenim radnicima u apotekarskoj djelatnosti dominantno je učešće zaposlenih sa srednjom stručnom spremom (135), dok je farmaceuta 97 (nema specijalista). Odnos farmaceuta i farmaceutskih tehničara iznosi 1: 1,4. U četiri opštine: Andrijevica, Žabljak, Plužine, Šavnik, u apotakama rade isključivo farmaceutski tehničari.

Prema stanju u 2002.[25] godini Crna Gora je imala u apotarskoj djelatnosti:

- jednog farmaceuta na 6855 stanovnika;
- jednog farmaceuta na 11,06 ljekara u javnim zdravstvenim ustanovama;
- jednog farmaceutskog tehničara na 4925 stanovnika;
- jednog zaposlenog zdravstvenog radnika na 2866 stanovnika;
- jednog zaposlenog u apotekama na 1938 stanovnika.

Ukupan broj realizovanih recepata u javnim apotekama u 2003. god. Iznosio je 3,500.000 recepata[26], odnosno:

- 15.217 recepata na jednog farmaceuta, odnosno farmaceutskog tehničara (godišnje);
- 59,44 recepata na jednog farmaceuta, odnosno farmaceustkog tehničara dnevno (radni dani);
- 9,65 recepata na jednog farmaceuta farmaceutskog tehničara, na jedan efektivni radni sat.

Po statističnim pokazateljima apotekarska djelatnost u Crnoj Gori je slabije razvijena, nego u prosjeku u zemljama Evrope, pogotovo ako se analizira broj stanovnika u odnosu na broj zaposlenih i njihovih profila u apotekama. Taj indikator razvijenosti je dosta relativan. Potrebe za farmaceutima ne zavise samo od veličine populacije, nego i od razvijenosti zdravstvene djelatnosti i broja ljekara u njima, kao i od načina regulisanja prava osiguranih lica na ljekove. Značajnu uloga ima i način finansiranja apotekarske djelatnosti (maržni sistem, sistem usluga), pitanje vlasništva (javna ili privatna apoteka) i status, odnosno propisi, koji omogućavaju, ili zabranjuju bolničkim apotekama, da obezbjeđuju ljekovima i medicinskim sredstvima lica, koja nisu hospitalizovana i drugo.

[25] Podaci iz javnog sistema zdravstva
[26] Podaci Fonda za zdravstveno osiguranje

Za planiranje potreba farmaceutske djelatnosti najbolji indikator je odnos između ljekara, koji propisuju ljekove na recepte i farmaceuta, odnosno broj recepata na jednog farmaceuta. Zemlje Evropske unije imaju jednog faramceuta na 6 – do 8 aktivnih ljekara, koji se bave liječenjem pacijenata (bez ljekara u institutima za zdravlje, ljekara u upravi, patolozi, radiolozi, itd). Po ovom indikatoru u Crnoj Gori postoji u farmaceutskoj zaštiti određeni manji deficit, koji se pokriva sa farmaceutskim tehničarima, koji ne smeju raditi samostalno. Po drugom pristupu, za planiranje apotekarskih kapaciteta, odnosno kadrova uzima se broj recepata, koje apoteke izdaju. Uz predpostavku, da jedan farmaceut realizuje na sat oko 9 – 10 recepata (efektivni radni sati), onda se može planirati jedan farmaceut na svakih 13.800 do 15.360 realizovanih recepata godišnje. U planiranju kapaciteta apotekarske djelatnosti mora se razgraničiti uloga i zadaci farmaceuta i timova. U okviru Projekta sa Svjetskom bankom, angažovani konsultanti će uraditi Elaborat o organizaciji farmaceutske djelatnosti i akta za sprovođenje zakona u ovoj oblasti.

3.5.4. Kadrovi u specijalističkoj djelatnosti - ambulantnoj i bolničkoj

Funkcija bolnica je pružanje specijalističkih ambulantnih i bolničkih usluga. Obije djelatnosti mogu obavljati isti kadrovi, sa istom opremom, ali su te djelatnosti zbog svoje specifične tehnologije najčešće odvojene. Slabosti u sistemu evidencija ne obezbjeđuju posebne podatke o radu specijalističke djelatnosti. Postoje jedino podaci o kadrovima u bolnicama, bez evidencija o obimu, kao i podaci o liječenim na bolničkim odelenjima. Zbog nedostatka ovih podataka otežana je metodologija kreiranja strategije razvoja bolnica. Jedna od značajnih aktivnosti u okviru unapređenja sistema evidencija u zdravstvu biće uvođenje evidencije rada bolnica u dijelu specijalističkih ambulanti, sa definisanjem standarda za zdravstveno statistička istraživanja rada ambulantne djelatnosti (»out-patient« services). Posebna »specifičnost« sistema zdravstvene zaštite Crne Gore je postojanje bolničkih postelja u nekim domovima zdravlja, što nije poznato, niti prisutno u zemljama Evropske unije, a što je nasleđe ranijeg sistema. Broj tih postelja nije velik, ali one takođe vezuju određeni broj zdravstvenih kadrova, koji bi trebali obavljati zadatke primarne zdravstvene djelatnosti. Posebno je diskutabilno stručno pitanje kvaliteta usluga u takvim nestandardnim uslovima, kao i načina finansiranja takvih kapaciteta. Novim Zakonom, Dom zdravlja ne može imati stacionare, sem jedinice za dnevni boravak i tretman lica kojima je potrebna posebna zaštita.

Tabela 15. ***Broj kadrova zaposlenih u bolnicama u R Crnoj Gori u 2002. godini*** [27]

	Broj zdravstvenih radnika i saradnika i to:					
	Ljekara	***Sa visokom stručnom spremom***	***sa višom stručnom spremom***	***Sa srednjom stručnom spremom***	***Administrativno i tehničko osoblje***	***ukupno***

[27] Izvor podataka: Analiza zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za 2003. godinu, Institut za zdravlje Crne Gore,

Podgorica, 2004.

Opšte bolnice	***240***	***8***	***32***	***820***	***416***	***1516***
Specijalne bolnice	***59***	***6***	***17***	***177***	***117***	***377***
Klinički centar	***265***	***50***	***71***	***901***	***479***	***1766***
UKUPNO	***564***	***64***	***120***	***1898***	***1012***	***3659***

Prema podacima u Crnoj Gori je u opštim i specijalnim bolnicama i Kliničkom centru, bilo zaposleno 564 ljekara, 2082 ostalih zdravstvenih radnika i saradnika i 1012 administrativnih i tehničnih kadrova. Na jednog ljekara je bilo 3,6 zaposlenih zdravstvenih radnika i saradnika, odnosno 1,83 administrativno-tehničnog osoblja. Odnos zaposlenih zdravstvenih radnika i saradnika i administrativno-tehničnog osoblja je 72,3 % : 27,7%. Učešće administraitvno-tehničnog osoblja je veće u specijalnim bolnicama (33,0%). Podaci u bolničkim zdavstvenim ustanova, slično kao kod primarne zdravstvene zaštite, ukazuju na ekstenzivno i nekontrolisano zapošljavanje kadrova, koji nisu u funkciji pružanja zdravstvene zaštite. Od svih ljekara, zaposlenih u bolnicama najveći broj specijalista su internisti: 67, hirurzi: 73, uključujući specijaliste neurohirurgije, urologije i dječje hirurgije, pedijatri: 50, ginekolozi: 43, anesteziolozi: 40, radiolozi: 31, ortopedi: 28, itd. Broj ljekara u bolnicama po specijalnostima u ukupnom je dovoljan, ali kao i u primarnoj zaštiti njihova distribucija je neravnomjerna i postoje razlike u opterećenju, kada se analizira rad i korišćenje kapaciteta bolničke djelatnosti.

3.5.5. Usluge u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti

Analizu kadrova u sekundarnoj i tercijarnoj djelatnosti mora se uporediti sa brojem bolničkih postelja, njihovom zauzetošću i brojem hospitalizovanih bolesnika u bolnicama, kako bi se objektivno prikazalo korišćenje ovih kapaciteta.

*Tabela 16**: Broj ljekara, zdravstvenih i nezdravstvenih radnika i broj ispisanih pacijenata, ostvarenih BO dana na 1 ljekara u Crnoj Gori u 2003. godini*[28]

Bolnica	***Broj zaposlenih***			***Broj zdrav. i nezdrav. radnika na 1 ljekara***	***Broj ispisanih bolesnika***	***Broj Bolničkih dana***	***Broj ispisanih na 1 ljekara***	***Broj BOD na 1 ljekara***
	Ljekara	***Ostalih zdrav. Radnika***	***Nezdravstvenih radnika***					

[28] Izvor podataka: Analiza zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za 2003. godinu, Institut za zdravlje, Podgorica, 2004

OB Bar	***38***	***176***	***64***	***6,31***	***5693***	***40776***	***149,8***	***1073,0***
OB Berane	***38***	***217***	***84***	***7,92***	***5199***	***37752***	***136,8***	***993,5***
OB Bijelo Polje	***33***	***142***	***47***	***5,72***	***4331***	***34677***	***131,2***	***1050,8***
OB Kotor	***32***	***118***	***50***	***5,25***	***4762***	***33516***	***148,8***	***1047,4***
OB Nikšić	***50***	***199***	***80***	***5,58***	***7846***	***75952***	***56,9***	***1519,0***
OB Pljevlja	***22***	***119***	***59***	***8,09***	***2873***	***29037***	***130,6***	***1319,9***
OB Cetinje	***27***	***129***	***32***	***5,96***	***3244***	***25848***	***120,1***	***957,3***
SB Brezovik	***17***	***76***	***30***	***6,23***	***2230***	***64016***	***131,2***	***3765,6***
SB Dobrota	***16***	***93***	***37***	***8,12***	***694***	***52713***	***43,4***	***3294,6***
SB Risan	***26***	***91***	***50***	***5,42***	***2355***	***35788***	***90,6***	***1376,5***
KC CG	***265***	***1287***	***479***	***6,66***	***25404***	***185510***	***95,9***	***700,0***
UKUPNO	***564***	***2647***	***1012***	***6,49***	***67218***	***629935***	***119,2***	***1116,9***

Analiza iskorišćenosti zdravstvenih kadrova, odnosno njihove opterećenost i efikasnosti rada po pojedinim bolnicama ukazuje da:

- su opterećenja zdravstvenih radnika u bolnicama Crne Gore dosta niska,
- na svakog ljekara je zaposleno 4,69 ostalih zdravstvenih radnika i saradnika, kao i 1,79 nezdravstvenih radnika, značajno više od prosjeka u EU,
- u prosjeku na jednog ljekara ima 119,2 ispisanih bolesnika godišnje, ili manje od pola bolesnika na dan.
- na jednog ljekara, zaposlenog u bolnicama, u prosjeku dnevno ima 4,36 bolnička dana, što znači da tretira, dnevno, toliki broj pacienata.

- veliki broj bolničkih ljekara radi određeno vrijeme i u specijalističkim ambulantama bolnica i tako koristi dio svog radnog vremena i za ambulantne pacijente (obim tog rada nije poznat, a u Sloveniji ovaj obim iznosi oko 12%)
- podaci ukazuju na slabu iskorištenost kadrovskih kapaciteta u bolnicama i mogućnosti racionalizacije rada i smanjenja kadrovskih kapaciteta.
- U razvijenim zemljama Evrope jedan ljekar u bolnici dnevno liječi oko 10 – 12 pacienata u prosjeku

Na broj bolničkih dana na jednog ljekara utiče i prosječno trajanje lječenja po odelenja, odnosno mogućnosti da se obradi što veći broj pacijenata, sa što je mogućom intenzivnijim liječenjem u što kraćem vremenu, kako bi se smanjili troškovi lječenja. U analizi rada bolnica postoje dosta velike razlike, tako da se prosječno trajanje liječenja kreće kod:

- **internih odjelenja opštih bolnica** u prosjeku 9,88 dana, (najkraće 6,89 u OB Kotor, najduže u OB Cetinje u trajanju 12,57 dana);
- **hirurških odelenja opštih bolnica** u prosjeku 8,08 dana, (najkraće trajanje ima OB Bar 6,79, a najduže OB Plevlja 11,62 dana);
- **ginekološko- akušerskih odelenja opštih bolnica** u prosjeku 6,61 dana, (najkraće trajanje lječenja u OB Bar 4,79 dana, a najduže u OB Plevlja 10,25 dana).
- **pedijatrijskih odelenja** u prosjeku 6,69 dana, (najkraće trajanje liječenja u OB Berane 4,99 dana, a najduže u OB Plevlja 8,63 dana).

Prosječno trajanje lječenja je indikator koji upućuje na efikasnost rada, kako bi se sa manjim ulaganjima obezbijedili veći rezultati, a time i definisale potrebe za kadrovskim kapacitetima bolnica. Skraćivanjem trajanja lječenja pacijenata u bolnicama, smanjuje se potreba po zdravstvenim uslugama, a posebno za zdravstvenom njegom i nemedicinskim uslugama, što ukupno smanjuje potrebu za kadrovima. Prosječno trajanja lječenja u bolnicama u Evropi u akutnim bolnicama (bez psihiatrije, rehabilitacije, gerontologije) iznosi: u Austriji 6,3 dana, u Danskoj 3,8 dana, u Finskoj 4,4 dana, u Irskoj 6,4 dana, Švedskoj 5,0 dana itd.

Skraćivanje prosječnog trajanja lječenja je svjetski trend, koji Crna Gora mora slijediti, a što će sadržati planovi zdravstvene zaštite svake pojedinačne ustanove. Skraćivanje prosječnog trajnja lječenja imaće uticaj na racionalizaciju sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, kroz intenziviranje procesa diajgnostike i terapije, što će povećati potrebu za ljekarima u ambulantnoj djelatnosti, u radiologiji, funkcionalnim dijagnostičkim službama, anesteziologiji, nuklearnoj medicini i laboratorijskim jedinicama. Sa druge strane smanjiće se potrebe za ostalim ljekarima u stacionarnoj djelatnosti, a pogotovo za kadrovima za zdravstvenu njegu.

Stepen hospitalizacije u Crnoj Gori iznosi 108,9 lica na hiljadu stanovnika. To je dosta nisko u upoređenju sa drugim zemljama Evrope. Smanjenje stepena hospitalizacije zavisiće od načina rješavanja brige o starom stanovništvu i kvalitetu rada primarne zdravstvene zaštite, čime će se povećati broj otkrivenih bolesti za bolničko lječenje. Niska stopa hospitalizacije stanovništva u Crnoj Gori utiče na nivo bolničke »potrošnje«. Zbog toga su potrebne mjere racionalizacije, među kojima je skraćivanje trajanja lječenja jedna od značajnih, jer se time rješava povećanje potreba i pritisci za specijalističkom i bolničkom zaštitom.

Tabela 17. ***Stopa hospitalizacije u Evropi i Crnoj Gori, u 2000.godini***[29]

[29] Izvor podataka: HFA Database, Evropski region, SZO, Kopenhagen, 2004

i Instituta za zdravlje

Region	*Broj bolničko ilječenih na 1000 stanovnika*
Evropa	*187,1*
Evropska unija	*184,0*
Crna Gora	*108,9*

Trend povećanja hospitalizacije je realno očekivati u narednih 5do7 godina, kao bi se postigao nivo od oko 120 – 125 liječenih lica na 1000 stanovnika, što bi značilo porast za 10 do 15 %. Ovo povećanje ne treba da prati i povećanje kadrovskih kapaciteta bolnica, nego njihova bolja organizacija i racionalno poslovanje. Podaci o iskorišćenosti sadašnjih kapaciteta ukazuju da postoje objektivne mogućnosti za poboljšanje unutrašnje organizacije rada u bolnicama, produktivnosti rada i veće efikasnosti.

4. Finansijski resursi zdravstvene zaštite

Sistem zdravstvene zaštite zasnovan je na principima Bizmarkovog socijalnog zdravstvenog osiguranja, koje se finansira iz sredstava doprinosa poslodavaca i osiguranika i drugih kategorija. Stope doprinosa iznose 7,5% od zarade zaposlenih i 6% od poslodavaca. Zakonom o zdravstvenom osiguranju su utvrđene osnovice i stope doprinosa za ostale katergorije osiguranika. Suprotno praksi država sa sličnim zdravstvenim osiguranjem, zakonom nije predviđena posebna stopa doprinosa za povrede na radu i profesionalne bolesti. U zapadnim i srednje evropskim zemljama, poslodavci plaćaju posebnu stopu za lica koja su zaposlena kod njih. Sa tim doprinosima finansiraju se zdravstvene usluge i nadoknade plata za radnike, koji se povrede na radu, ili se razbole zbog profesionalnih bolesti, a ista je različita i zavisi od visine troškova za rizike. U nekim zemljama uvedeni su »bonusi« za poslodavce sa niskim troškovima za to osiguranje, ili »malusi« za one sa visokim troškovima. Time se ostvaruje obaveza i odgovornost poslodavaca za bezbjednost i zdravlje na radu, koju zahtijeva Međunarodna organizacija rada, u skladu sa direktivama Europske unije. Poseban doprinos za povrede na radu i profesionalne bolesti znači istovremeno isključivanje tih rizika iz opšte sveobuhvatne solidarnosti u zdravstvenom osiguranju i prebacivanje troškova za liječenje tih stanja u cijenu radne snage, a posredno u cijenu proizvoda i usluga.

Doprinosi utvrđeni Zakonom o zdravstvenom osiguranju se uplaćuju Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje i iz tih sredstava se finansiraju prava osiguranih lica i javne zdravstvene ustanove, koje obezbjeđuju zdravstvenu zaštitu. Jedini nosilac obvezenog zdravstvenog osiguranja je Republički fond za zdravstveno osiguranje sa sjedištem u Podgorici i filijalama na teritoriji Crne Gore. Osnivanje Republičkog fonda, kao jedinog nosioca osiguranja je zbog malog broja osiguranih lica u Crnoj Gori bilo najracionalnije rešenje. Zakonom o zdravstvenom osiguranju predviđeno je da poslove dobrovoljnog osiguranja obavlja, takođe Fond, koji treba da obezbjeđuje stručnu podršku svim oblicima zdravstvenog osiguranja. Zbog toga će biti neophodno usavršavanje i osposobljavanje postojećih službi Fonda.

U Crnoj Gori je na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju kompletno stanovništvo obavezno zdravstveno osigurano, a lica su osigurana po različitim osnovama, što je bliže definisano zakonom. Najveći dio osiguranih lica predstavljaju zaposleni i njihovi članovi porodica, zatim nezaposlena lica i penzioneri sa porodičnim članovima, kojih ima ukupno oko 45% svih osiguranih lica. Grupa poljoprivrednika i ostalih katergorija osiguranih lica je dosta mala.

Tabela 18. ***: Broj i struktura osiguranih lica, kod Republičkog fonda[30]***

Vrsta osiguranja	***Osiguranici***	***Porodični članovi***	***Ukupno***	***%***
Zaposleni	***155.131***	***137.573***	***292.704***	***50,78***
Nezaposleni	***81.805***	***51.778***	***133.583***	***23,18***
Poljoprivrenici	***9.750***	***8.953***	***18.703***	***3,25***
Penzioneri	***93.133***	***31.426***	***124.559***	***21,61***
Ostali	***5.490***	***1.344***	***6.834***	***1,19***
Ukupno	***345.309***	***231.074***	***576.383***	***100,0***

Poznato je da obaveza i solidarnost u zdravstvenom osiguranju donosi stanovništvu određena prava na zdravstvene usluge i novčane nadoknada, ali je njihovo ostvarivanje vezano i za dužnost plaćanja doprinosa proporcionalno svojim finansijskim mogućnostima**.**

Više godina rashodi Republičkog fonda premašuju njegove prihode, ali je pozitivan trend smanjivanja deficita. U 2001 godini deficit Republičkog fonda iznosio je preko 6,2 mil.€, a nivo pokrića rashoda sa prihodima iznosio je je nešto ispod 92%. Ukupna dugovanja Fonda za zdravstvo su do kraja 2003 godine dostigla iznos od ok 28 mil. €.

Proces tranzicije koju prate određeni socijalni i ekonomski problemi, odražava se na kapacitete u stvarnim ekonomskim okvirima, koje omogućava privreda – realni sektor, koji najvećim dijelom učestvuje u finansiranju zdravstvene zaštite. Podaci ukazuju da je prisutan brži rast potreba za zdravstvenim uslugama, od mogućnosti pokrića njihovih troškova, a što je poznato skoro u svim zemljama Evrope. Takvo stanje navodi na potrebe za mjerama racionalizacije u zdravstvenoj zaštiti, usklađivanju prava i zdravstvenih programa sa stvarnim mogućnostima i iznalaženje novih izvora finansijskih sredstava, izvan sistema javnih finansija.

U Crnoj Gori je prisutna situacija da se javno zdravstveno osiguranje i usluge, finansiraju skoro u cjelini iz sredstava doprinosa, a djelimično iz sredstava budžeta. Privatna sredstva pojavljaju se u bilansima financiranja zdravstvene zaštite, uglavnom u vidu participacije i dostužu jedva oko 1% svih sredstava. Sa druge strane dosta lica koristi privatnu zdravstvenu službu, odnosno plaća privatne usluge, koje se nude na različite načine. Na osnovu ovoga se može zaključiti da i pored niskog ekonomskog standarda pretežnog djela stanovništva, postoji privatno tržište zdravstvenih usluga i to na strani ponude i potražnje. Ovu činjenicu bi trebalo razmotriti prilikom traženja ishoda za nepovoljnu finansijsku situaciju javnog zdravstvenog osiguranja i za poboljšanje dosta lošeg materijalnog položaja zdravstvenih ustanova.

[30] Izvor podataka: Republički fond za zdravstvo, (stanje na dan 18.10.2004)

Najveći dio sredstva za ostvarivanje prava iz zdravstvenog osiguranja uplaćuju zaposleni i njihovi poslodavci. Učešće ovih sredstva u prihodima Republičkog fonda iznosilo je u 2003. godini skoro 70% svih prihoda. Zatim slijede prihodi od doprinosa penzionera (25%), nezaposlenih lica (3 %) i poljoprivrednika (0,1%).

Kada se posmatraju rashodi slika je potpuno drugačija. Najveći »potrošači« su penzioneri, koji po rashodima premašaju prosjek za 51%. Sa uplaćenim doprinosima u cjelini pokriju svoje troškove za prava iz zdravstvenog osiguranja jedino zaposleni i njihovi porodični članovi, dok su kod svih ostalih kategorija osiguranih lica, prihodi od doprinosa manji od troškova za njihovo lječenje, što je naročito evidentno kod poljoprivrednika. Na osnovu podataka Republičkog fonda za 2003. godinu evidentno je posebno deficitarno financiranje, kod zdravstvenog osiguranja nezaposlenih lica i poljoprivrednika, a poseban problem predstavljali su nepokriveni rashodi za finansiranja zdravstvene zaštite izbjeglih i raseljenih lica. U socijalnom zdravstvenom osiguranju moramo prihvatiti činjenicu, da zbog solidarnosti ne može svaka grupa osiguranih lica da pokrije svoje troškove zdavstvene zaštite, ali je ipak evidentno, da su doprinosi za nezaposlena lica daleko ispod svih ostalih kategorija.

U 2003. godini prihodi Fonda su iznosili 88,296 mil.€, što je po osiguranom licu, koje je registrovano kod Fonda 153,16€, ili 145,29 €, sa izbjeglim licima. Prosječna sredstva koja se izdvajaju za finansiranje prava iz zdravstvenog osiguranja ne mogu obezbijediti istovremeno i visok standard zdravstvene zaštite i preveliki obim prava iz zdravstvenog osiguranja. **U ovim ekonomskim okvirima, dobra zdravstvena zaštita se može obezbijediti samo sa mjerama racionalizacije i jačanjem i osposobljavanjem primarne zdravstvene zaštite, kroz promišljen razvoj bolničke djelatnosti i selektivno uvođenje skupe medicinske tehnologije i vrhunske medicine.**

Republički fond je u 2003 godini ostvario višak rashoda nad prihodima u visini 5,943 mil. Negativan finnacijski rezultat Fonda pojavljuje se više godina, a kako je navedeno, ukazuje na nestabilno finansiranje i neusklađenosti između materijalnih mogućnosti i potreba, odnosno zahtjeva za zadovoljenjem zdravstvene zaštite.

Tabela18: ***Prihodi i rashodi Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje u 2003. godini***

Vrsta osiguranja	***Prihodi od doprinosa u 000***	***Rashodi u 000***	***Po osiguranom licu u €***		***% pokrića rashoda sa prihodima***
			prihodi	***Rashodi***	
Zaposleni	***66.033,3***	***45.192,5***	***225,6***	***154,4***	***146,11***
Nezaposleni	***2.804,8***	***11.400,3***	***21,0***	***85,3***	***24,60***
Poljoprivrednici	***87,9***	***2.687,4***	***4,7***	***143,7***	***3,27***
Penzioneri	***23.901,8***	***29.987,6***	***191,9***	***240,7***	***79,71***
Ostalo	***1.579,6***	***5.300,9***	***……***	***…..***	***29,80***

Izbjegla i raseljena lica	***0,00***	***2.000,7***	***0,0***	***64,1***	***….***
Ukupno:	***94.407,4***	***96.569,9***	***155,4***	***158,9***	***97,76***

Izvor podataka: Republički fond za zdravstvo

Sredstva fonda su najznačajniji izvor finansijskih sredstava, sa kojima raspolažu zdravstvene ustanove i čine 91,1%. cjelokupnih njihovih prihoda. Ostala sredstva predstavljaju participacije osiguranih lica 0,88 %, sredstva Fondova iz Srbije i Republike Srpske 1,0 %, i za usluge izbjeglicama 3,67 %.

Od cjelokupnih prihoda Republički fond je u 2003. godini imao rashode za finansiranje zdravstvenih usluga u iznosu od 67,288 mil. € i to:

- domova zdravlja 28, 188 mil. € ;
- opštih bolnica 13,445 mil. €;
- specijalnih bolnica 4, 500 mil. €;
- Kliničkog centra 20,460 mil. € ;
- Instituta za zdravlje 0,695 mil. €;
- za lijekove na recept i za rad apotekarske službe 11,746 mil. €.

Učešće sredstava Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje u finansiranju zdravstvenih ustanova se povećavalo tokom perioda od 2000. god. na dalje, a istovremeno smanjivalo učešće privatnih sredstava (neposredna plaćanja, tj. učešće osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite), suprotno trendovima u razvijenijim državama. To je dovelo do toga da je položaj zdravstvenih ustanova u cjelini zavisan od javnih finansijskih sredstava, odnosno od doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Budžet Crne Gore, koji obezbeđuje sredstva za zdravstvenu zaštitu nezaposlenih, izbjeglih lica i za zadatke javnog zdravlja, učestvuje u finasiranju zdravstvene zaštite sa manjim dijelom.

Analiza rashoda sredstava po nivoima zdravstvene zaštite[31] ukazuje, da je iznos sredstava za primarnu zdravstvenu zaštitu nešto iznad 40 mil, a sekundarnu zaštitu oko 31 mili. Objektivni podaci o troškovima zdravstvene zaštite, po nivoima, nijesu dostupni, jer sadašnji domovi zdravlja koji su nosioci primarne zdravstvene zaštite, dobijaju dio sredstva i za specijalističku zdravstvenu zštitu, koja pripada drugom nivou. Naime, primarnoj zaštiti rade službe, koje bi morale biti svrstane na sekundarni nivo, a sekundarni nivo zdravstvene djelatnost treba biti odvojen od tercijarnog. Objektivna slika o alokaciji sredstava po nivoima zdravstvene zaštite, zahtijeva promjene u organizaciji i funkcionisanju zdravstvenih ustanova i načina njihovog finansiranja u skladu sa reformskim principima da se finasira zdravstvena zaštita, a ne kapaciteti.

Od svih zdravstvenih ustanova, u 2003. godini, 6 domova zdravlja, 5 opštih bolnica, 1 specijalna bolnica, Klinički centar i Institut za zdravlje poslovali su sa deficitom u visini 5,397 mil. €, dok su druge ostvarile suficit u visini 2,042 € mil. U naznačene podatke nije uključen suficit JU Montefarm, koji je po podacima Republičkog fonda iznosio 0,456 mil.€. Poslovanje zdravstvenih ustanova sa deficitom ukazuje na rast materijalnih troškova, kao npr. Lijekova i medicinskih sredstava i na neodgovarajući način finansiranja zdravstvenih ustanova, po kojem se plaćaju kapaciteti, uključujući sve neracionalnosti unutar zdravstvenih ustanova. Finansijsko

[31] Financijski plan održivosti zdravstvenog sistema u Crnoj Gori za period 2005 – 2007,Vlada R Crne Gore, 2004.

poslovanje i stanje u zdravstvenim ustanovama je i odraz uloge i sposobnosti menedžmenta u njima.

Novim zakonskim rješenjima je utvrđena autonomija zdravstvenih ustanova i odgovornost menadžmenta za rad i funkcionisanje ustanove, kao dio opštih principa decentralizacije sistema zdravstva. **U javnom sistemu zdravstvene zaštite, koji je organizovan na neprofitnim principima neprihavtljivo je, da zdravstvene ustanove stvaraju deficit i istovremeno stalno zapošljavaju nove kadrove i šire kapacitete, iako postojeći nijesu dovoljno iskorišćeni. Rješavanje ovog pitanja je jedno od ključnih problema u reformskim nastojanjima da zdravstvene ustanove postanu istinski autonomni poslovni subjekati u javnoj službi.**

U strukturi rashoda zdravstvenih ustanova preovladavaju plate, koje učestvuju 47,95 %, zatim tekući troškovi 45,5 % a ostali rashodi od 6,55 % su zakonske obaveze. Struktura je različita po vrsti zdravstvenih ustanova. Bruto plate i zakonske obaveze predstavljaju u strukturi rashoda najveći dio u domovima zdravlja, dok su ukupni troškovi u bolnicama,a posebno na Kliničkom centru daleko veći. To je logična posljedica razlika u tehnologiji i složenosti radnog procesa u pojedinim vrstama zdravstvenih ustanova, jer je poznato, da primarna zdravstvena zaštita funkcioniše sa najnižim troškovima, zbog čega je dio rashoda za plate adekvatno veći, dok je kod bolnica obrnuta situacija. Unutar pojedinih zdravstvenih ustanova postoje velike razlike u strukturi rashoda, što ukazuje na neke razvojne trendove i nedostatak jedinstvene koncepcije razvoja pojedinih segmenata zdravstvene djelatnosti iz prošlosti, kao što su razlike u njihovoj djelatnosti, kadrovskom sastavu, ekstenzivnosti organizacije, održavanju kapaciteta, lošeg menedžmenta itd.

Na osnovu izvještaja o radu i poslovanju javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore, u 2003. godini, uočava se da su rashodi za lječenje po bolesniku u opštim bolnicama iznosili između 359,28 € -OB Kotor i 692,72 €, odnosno 914,51 € u Kliničkom centru (prosjek 705,81 €). Takođe, prosječni troškovi na bolničkog dana u opštim bolnicama iznosili su 45,91 OB Kotor do 74,03 € OB Pljevlja, ili 67,43 € u prosjeku u svim bolnicama. Prosječni rashodi, ne daju mogućnosti detaljnije analize, jer ne postoje potrebni podaci o strukturi rashoda po odelenjima i osnovnim elementima kalkulacije cijene. Procijenjeni troškovi za tim izabranog ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iznose oko 30.500 €, pri čemu se tim brine za oko 1500 do 1700 osiguranih lica u prosjeku. Isti troškovi iznose za lječenje oko 43 do 50 osoba u bolnicama. Na osnovu ovih podataka dobija se potvrda za ekonomskim opravdanjem alokacije finansijskih sredstava i prioriteta primarnoj zdravstvenoj djelatnosti. Ovo istovremeno znači potrebu racionalizacije bolnica i donošenje stručno medicinskih kriterija za bolničko lječenje.

Rashodi zdravstvenih ustanova u upoređenju sa drugim zemljama su niski, što je najvećim dijelom posljedica niskih plata zaposlenih u zdravstvu. Plate su odraz ekonomske situacije u Crnoj Gori i nema mogućnosti za njihovo povećanje iz povećanja javnih finansijskih sredstava (doprinosa ili poreza), niti iz novih finansijskih izvora (participacije i slično). Rezerve za povećanje plata zaposlenima u zdravstvu su unutar samog sistema. Očigledno je, da se prestrukturiranjem zdravstvene djelatnosti ka primarnoj zaštiti, i smanjenjenje kadrova, koji nisu iskorišćeni, kao i racionalizacijom potrošnje ljekova, i drugim mjerama za smanjenje troškova može obezbijediti povećanje plata zaposlenih. Mogućnosti za smanjenje, odnosno racionalizaciju zaposlenih ima dovoljno, posebno u administrativnim i tehničkim službama, u nekim specijalističkim službama domova zdravlja, u bolnicama u kojima postoje neiskorišćeni kapaciteti, u stomatološkoj i nekim drugim djelatnostima.

Tabela 19. ***Struktura rashoda pojedinih vrsta zdravstvenih ustanova u 2003. godini*** [32]

Vrsta zdrav. ustanove	***% rashoda***			
	bruto plate	***zakonske obaveze***	***troškovi za ljekove, sanitetski, laborator i zubni material***	***ostali troškovi***
Domovi zdravlja	**57,53**	**7,45**	**13,03**	**21,99**
Opšte bolnice	45,82	5,70	15,02	33,46
Specjialne bolnice	45,03	5,50	15,69	33,78
Klinički centar	38,79	5,90	27,32	27,99

Podaci o strukturi rashoda u zdravstvenim ustanovama na svoj način upućuju i na razvojne probleme zdravstvene djelatnosti. Naime, ako strukturu rashoda kompariramo sa sličnom, u razvijenijim zemljama, doći ćemo do podataka da je visina bruto plata u Crnoj Gori jako niska, a u zemljama Evropske unije zarade učestvuju: u primarnoj zdravstvenoj zaštiti sa oko 75 do 80 %, a u bolnicama između 65 do 70 %. Na strukturu rashoda značajno utiče i cijena materijalnih troškova, jer najveći dio materjala koji se koristi u zdravstvu dolazi iz zemalja sa visokim tehnologijama, a time i visokim cijenima. To je dodatni razlog za potrebne promjene i prilagođavanje zdravstvenog sistema realnim ekonomskim mogućnostima Crne Gore.

Republički fond za zdravstveno osiguranje je značajan faktor u razvoju i funkcionisanju zdravstvenog sistema, pošto se finansiranjem zdravstvenih programa direktno utiče na rad zdravstvene službe. Zbog toga snosi i veliki dio odgovornosti za funkcionisanje zdravstvenog sistema, a još više zdravstvenog osiguranja. Na finsiranje zdravstvenih ustanova veliki uticaj ima način plaćanja rada. Dosadašnji sistem je davao prednost finansiranju kapaciteta, a zbog socijalnih okolnosti najvažnije je bilo obezbijediti zaposlenima plate, pa onda troškove, ukoliko je bilo mogućnosti, što je dovelo do visokih obaveza prema dobavljačima za isporučenu robu, a posljedično i zastoje u snabdijevanju tim robama, posebno u ljekovima.

Nejasna uloga i zadaci Fonda, sa elementima starog sistema, nemanje strategije razvoja i nedostatak mreže javne zdravstvene službe, uticali su na razvoj zdravstvenih ustanova i sistema u cjelini bez jasne koncepcije. Ugovaranje između Republičkog fonda i zdravstvenih ustanova, koje je bilo zakonska obaveza, uz definisanje programa rada za pojedine djelatnosti i ustanove, nije primjenjivano više od decenije. To je omogućilo javnim zdravstvenim ustanovama razvijanje kapaciteta preko granica mogućnosti i mimo principa ekonomske opravdanosti, što je posebno uočljivo kada se analiziraju njihovi rashodi u kojima nijesu postojala ulaganja u znanje i osposabljavanje kadrova, opremu, odnosno održavanje opreme i zgrada, sem pojedinih ustanova, kao što je Klinički centar u određenim dijagnostičkim službama. Zbog svega toga, danas zdravstvene ustanove imaju loše uslove rada, a zaposleni nisu motivisani za kvalitetniji i racionalniji rad, odnosno bolju organizaciju rada.

[32] Izvor podataka: Izvještaj o radu i poslovanju javnih zdravstvenih ustanova Crne Gore u 2003. godini, RFZ

5. Planska razvojna usmjerenja

Osnovna strategija daljeg razvoja sistema odnosi se na poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, podizanje kvaliteta zdravstvenih usluga i stabilnost sistema, kako bi osiguranim licima i davaocima usluga obezbijedila adekvatnu zdravstvenu sigurnost. Sve to će se odvijati postepeno i u okviru postojećih finansijskih mogućnosti. Pošto su mogućnosti povećanja finansijskih resursa, pogotovo javnih sredstava minimalne, mjerama racionalizacije rada i poslovanje zdravstvenih ustanova obezbijediće se njihova veća efikasnost i produktivnost.

Planiranju zdravstvene zaštite se utvrđuje po principu prioriteta djelatnosti koje sa raspoloživim resursima mogu postići najbolje rezultate u poboljašanju, odnosno očuvanju zdravlja pojedinih grupa, ili cijelog stanovništva.

Prioritetne mjere:

- Akivnostima i programima za jačanje zdravlja, koje će podsticati Ministrastvo zdravlja i ostali vladni resori, lokalna samoprava, nevladne organizacije, u domovima zdravlja realizovaće se programi za jačanje zdravlja, koji će se odvijati u okviru jedinica za jačanje zdravlja i finansirati od strane Republičkog fond za zdravstveno osiguranje;
- Usvajanjem obima i standarda zdravstvene zaštite koja se pruža stanovništvu, kao paket usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, obezbijediće se jednakost i dostupnost zaštite svim grupama stanovništva.
- Programi ostvarivanja zdravstvene zaštite sadržaće obavezu izvršavanja preventivnih mjera i saglasno tome, će se finansirati od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje;
- Usvajanjem mreže javnih zdravstvenih ustanova definisaće se optimalna zdravstvena infrastruktura, koja će omogućiti dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu;
- Sprovođenje preventivnih programa za pojedine vulnerabilne grupe stanovništva i za sprečavanje i rano otkrivanje bolesti biće obavezni dio rada svakog doma zdravlja, odnosno izabranog doktora i njihovih ugovora sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje;
- Reformom sistema primarne zdravstvene zaštite i sprovođenjem modela izabranog doktora na teritoriji Republike, obezbijediće se uslovi za jačanje ovog sistema;
- Ulaganja u osposobljavanje i edukaciju kadrova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti podiće se nivo i kvalitet usluga timova u domovima zdravlja;
- Postavljanjem planskih strateških i kratkoročanih prioriteta u planovima rada zdravstvenih ustanova, razvoja zdravstvenih kapaciteta, kadrova i opreme određivaće se prioriteti u financiranja zdravstvenih usluga;

Master plan, kao osnovni plan razvoja zdravstva u narednom srednjoročnom periodu poslužiće za utvrđivanje sljedećih planskih dokumenata:

1. **Plana razvoja kadrova u zdravstvu;**
2. **Godišnjih planova specijalizacija;**
3. **Mreže zdravstvenih kapaciteta;**
4. **Plana restrukturiranja bolničkih kapaciteta;**
5. **Plana investicija u zdravstvu;**
6. **Plana organizacije farmaceutske djelatnosti;**
7. **nacionalnih programa za jačanje i zaštitu zdravlja;**
8. **godišnjih programa zdravstvene zaštite**

5.1. Prioriteti i usmjerenja za postizanje boljeg zdravlja

Prioritet 1. Zdravstvene ustanove imaju obavezne preventivne programe.

Nosioci preventivnih programa i mjera biće domovi zdravlja na teritoriji opština, a na nivou Republike Institut za javno zdravlje, uključujući područje sprečavanja zaraznih bolesti.

Nacionalni program preventivnih zdravstvenih mjera za Republiku uradiće Institut za javno zdravlje. Preventivni program za populaciju na teritoriji opština uskladiće se po obimu, vrsti usluga i grupama osiguranih lica, sa nacionalnim Programom. Obavezni dio programa preventivnih mjera zdravstvene zaštite u naredne tri godine mora dostići obuhvat od 100%. Republički fond za zdravstveno osiguranje finansiraće dom zdravlja po ugovoru, za planiranu vrijednost preventivnog programa.

Prioritet 2. Razvoj i proširenje zdravstvenog obrazovanja i vaspitanja u domovima zdravlja, koji će podržati preventivne programe i napore za povećanje odgovornosti građana za zdravlje. Sadržaj ovih aktivnosti biće prenošenje znanja o faktorima rizika, izbjegavanju rizika za obolijevanje, ponašanju u pojedinim situacijam kod pojedinih bolesti, i kod posebno ugroženih grupa. Zdravstveni obrazovanje u domovima zdravlja, biće usmereno na trudnice, predškolsku i školsku djecu omladini i druge vulnerabilne grupe, a obavljaće se u sklopu timova izabranih pedijatara, ginekologa i stomatologa u jedinicama domova zdravlja, tako da svaki tim izabranih doktora i medicinskih sestara pruža preventivne mjere po sadržaju i obimu. Instituta za javno zdravlje će pripremati jedinstvene sadržaje i usmjerenja za sprovođenje programa i potreban materijal za sprovođenje posebnih zdravstvenih kampanja.

Prioritet 3. Poboljšanje brige za žene i smanjene smrtnosti novorođenčadi. U tom cilju se mora postići potpuni obuhvat mjerama prevencije, posebno trudnica i odojčadi. Nosilac obaveza biće izabrani ginekologa na primarnom, a između ginekologa na primarnom i sekundarnom uspostaviće se saradnja i komunikacije u razmjeni informacija, iskustva i znanja. Ginekološka klinika Kliničkog Centra će pripremiti doktrinarnih stavove za poboljšanje zdravstvenog stanja trudnica, bolje praćenje trudnoće, uslova njihovog života i posljedično za smanjenje perinatalne smrtnosti novorođene djece. Cilj ovih mjera je, da se smanji perinatalna smrtnost novorođenčadi u narednih 5 godina za najmanje za 50 %. Na osnovu Strategije reproduktivnog zdravlja utvrdiće se nacionalni kapaciteti u bolnicama i usaglasiti ukupni bolnički kapaciteti za porođaje prema »Baby friendly« standardima i standardima stručnog rada.

Prioritet.4. Zdravstvena zaštita male djece i djece ometene u razvoju, usmjeravaće se saglasno usvojenom nacionalnom planu akcije za djecu -NPA i mjerama utvrđenim kao obavezan obim i standard zaštite za ovu populaciju u svim opštinama, na osnovu jedinstvenih principa. Razvojem centara za djecu sa posebnim potrebama organizovanih na regionalnom principu obezbijediće se bolji tretman djece i unaprijediti zdravstvena zaštita, kao dio ukupnog sistema zaštite ove vulnerabilne grupe.

Prioritet 5. Mjere za savladavanje najmasovnijih i najtežih hroničnih bolesti i to bolesti: krvnih sudova i srca, šećerne bolesti, duševnih bolesti i raka. **Za savladavanja bolesti srca** i krvnih sudova prioritet će otpočeti sa preventivnim programom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sa programima za jačanje zdravlja i ranim otkrivanjem riziko faktora: povećani krvni pritisak, holesterol i dijabet. **Prevencija raka** će početi sa ranim otkrivanjem stanja u primarnoj

zdravstvenoj zaštiti i nastaviti sa liječenjem na sekundarnom i tercijarnom nivou**.** Mogućnosti prevencije će se postići ranim otkrivanjem početnih faza bolesti i njihovim blagovremenim liječenjem, posebno raka dojke, grlića materice, raka pluća većom stručnom osposobljenošću zdravstvenih ustanova, radnika i poboljšanjem dostupnosti dijagnostičkih (mamograf i kolposkopija) i terapeutskih sredstava za sve građane. Ostale hronične bolesti će se voditi na osnovu detaljnih programa skrininga za njihovo rano otkrivanje i tretiranje, sa kojima će zdravstvena služba što ranije otkrivati riziko faktore i bolesnike liječiti ih na najefikasniji moguči način. Za uvođenje ovih programa biće zadužen Institut za javno zdravlje, a za izradu jedinstvenih doktrinarnih stavova za rano otkrivanje i lječenje hroničnih bolesti, po principima stepenaste dijagnostike i terapije, stručni konzilijumi u okviru Kliničkog centra.

Prioritet 6. Obavezno zdravstveno osiguranje usmjeravaće sredstva prema prioritetima zdravstvene zaštite. Prestrukturiranjem sistema zdravstvene zaštite i njegove racionalizacije, saglasno normativima i standardima obezbijediće se finansijska ravnoteža. U zavisnosti od ostvarivanja prioriteta, prilagođavaće se normativi kapaciteta i nivo troškova pojedinih djelatnosti što je jedan od elemenata reformskih kretanja u Crnoj Gori.

Prioritet 7. Posebnu važnost imaju programi za zdravstvenu zaštitu starijih osoba u prvom redu, liječenje hroničnih bolesti, tako da se posebna pažnja i proiritet daju kućnom liječenju tih osoba. Ministarstvo zdravlja će predložiti Vladi Strategiju zaštite starih lica i programe za nihovu njegu i zbrinjavanje, koja će uključivati obezbjeđenje institucionalne i vaninstitucionalne zaštite. Ovi programi će se finansirati iz više izvora: ličnih sredstava osiguranika i njihovih porodica, Fonda za zdravstveno osiguranje za zdravstvenu zaštitu i socijalna zaštita, iz izvora budžeta (za usluge socijalnog servisa i socijalne pomoći). Predložiće se formiranje posebnih domova za starija lica, u koje će biti smješteni osiguranici, kojima neće biti moguće obezbjediti dugotrajnu njegu u kući.

Prioritet 8. Mjerema za jačanje i očuvanje mentalnog zdravlja i sprečavanje bolesti zavisnosti sprovodiće se aktivnosti utvrđene Strategijom unapređenja mentalnog zdravlja, a na osnovu principa mentalnog zdravlje u zajednici, otvoriće se sedam centara za mentalno zdravlje u domovima zdravlja.

Prioritet 9. Ostvarivanja prava građana zdravstveno osiguranje boljom dostupnošću usluga, skraćivanjem čekanja na preglede i lječenje. Stvoriće se uslovi za obebjeđenje ljekova sa Pozitivne liste i pomagala, od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Finansijskim instrumentima postepeno će se povećavati standard usluga i prava iz zdravstveno osiguranja.

Prioritet 10. Poboljšanje uslova rada i poslovanja zdravstvenih ustanova i radnika obezbijediće se mjerama racionalizacije u narednih 2- 5 godina. Očekivati je realno povećanje plata zaposlenih u zdravstvenim ustanovama u prosjeku za oko 20% i poboljšanje uslove rada (oprema, stručno usavršavanje), smanjivanjem broja zaposlenih za 5 %, godišnje.

5.2. Prioriteti i usmjerenja u razvoju zdravstvenih ustanova

U razvoju zdravstvene djelatnosti prioritet će biti primarna zdravstvena zaštita. Reformisani domovi zdravlja u toku u 2006. godine u cjelini će promjeniti sadržaj rada i organizaciju. Saglasno rezultatima Projekta u Domu zdravlja Podgorica, uvešće će se izabrani doktori, sa specifičnim zadacima i javnim ovlaštenjima, a redukovati obim specijalističkih službi. Izabrani doktori 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 povećevanja 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.

Na dosadašnjim lokacijama domova zdravlja će se zadržati djelatnosti u obimu, prema ispunjenim uslovima (normativi). Domovi zdravlja će organizovati regionalne centre za gravitaciona područja, po preporukama SZO i to: za mentalno zdravlje, djecu sa posebnim potrebama, reproduktivno zdravlje, TB, tako da te kapacitete koriste ravnomjerno za svu populaciju koju pokrivaju. Dijagnostički centri u domovima zdravlja će se organizovati na principima racionalnosti i podjele rada između domova zdravlja i bolnica, kako bi se obezbijedilo puno korišćenje postojećih kapaciteta.

Na teritorijima sa niskom gustinom naseljenosti, u opštinama: Andrijevica, Cetinje, Kolašin, Plav, Pljevlja, Plužine, Šavnik i Žabljak, kadrovski i radni normativi za izabrane ljekare, pedijatre, ginekologe i stomatologe biće pogodniji (gornja granica) od prosjeka u drugim opštinama, kako bi se obezbijedila adekvatna dostupnost zdravstvenih usluga stanovništvu tih krajeva.

Na osnovu ovog Plana izradiće se Plan ljudskih resursa koji će polaziti od priorita u razvoju primarne zdravstvene zaštite. Zaustaviće se odobravanje specijalizacija koje ne spadaju u primarnu zdravstvenu zaštitu i usporiti, odnosno zaustaviti zapošljavanje u službama, koje ne predstavljaju sastavni dio primarne zaštite. Domovi zdravlja neće više pružati bolničko lječenje, koje će se najkasnije u 2006. godini prenijeti na opšte bolnice. Stručno medicinski stavovi biće opredjeljujući u odnosu na političke. Dio stacionarnih kapaciteta u domovima zdravlja će se transformisati u dnevni centar za stara lica, a ostali dio za zbrinjavanje post-operativnih pacijenata koji se nakon bolničkog tretmana ne mogu smjestiti u kući, a kojima je potrebna samo stručno medicinska opservacija.

Razvoj opštih i specijalnih bolnica će se usmjeriti na podizanje kvaliteta usluga. U njihovom radu prioritet će biti ambulantna djelatnost i uvođenje »dnevne« (jednodnevne) bolnice, što će se obezbijediti postepenim prestrukturiranjem njihovih kapaciteta saglasno utvrđenim normativima za hospitalizaciju.

Saglasno Zakonu, opšte bolnice organizovaće kapacitete za djelatnosti u zbrinjavanju i tretmanu tokom 24 sata, na osnovu standarda i protokola usluga. Bolnice će organizovati anesteziološke jedinice i intenzivne njege, transfuziološke kabinete, laboratorije, radiologiju, uključujući ultrazvučnu dijagnostiku. Na bolničko lječenje će se pravilu upućivati pacijenti, kojima je postavljena dijagnoza od strane izabranog ljekara, ili u specijalističkoj ambulantnoj djelatnosti.

U skladu sa normativima i stručnim doktrinarnim stavovima, vršiće se ulaganja u opremu za bolju dijagnostiku (radiologija, ultrazvuk, transfuzija krvi, dijagnostične

funkcionalne jedinice, citološka i patoanatamska dijagnostika), sa kojima će se ubrzati tretman i podići standard lječenja bolesnika.

Sve opšte bolnice preuzeće organizaciju i pružanje usluga hitne medicinske pomoći za teritoriju, koju pokrivaju i preuzeti djelatnost od domova zdravlja. Hitna medicinska pomoć će ostati u domovima zdravlja jedino u krajevima, gdje je transport bolesnika do bolnice duži od 1 sata. Organizacija i rad hitne medicinske pomoći, detaljno će se definisati Elaboratom o organizacije ove djelatnosti, vodeći računa računa o budućim zdravstvenim potrebama, izgradnji putne infrastrukture, razvoja turizma i integracija sa susjednim zemljama.

Broj bolničkih postelja i kadrova kretaće se u okviru normativa, kojima će se bolnice prilagođavati postepeno, a najkasnije tokom 3 godine nakon donošenja ovog Plana. **Kapacitet bolnica su određeni na osnovu veličini gravitacionog područja pojedinih bolničkih odelenja i normativa i standarda za rad bolnica**. U slučajevima smanjivanja kapaciteta pojedinih bolničkih odjelenja, zbog korišćenja bolničkih postelja ispod 80 % normativa, ta odjeljenja će se preorijentisati u cjelini na specijalističku ambulantnu i konsultativnu djelatnost. Stacionarno liječenje slučajeva takvog odjelenja preuzeće drugo odjelenja iste bolnice, ili jedna od drugih bolnica. Nova djelatnost, odnosno formiranje novih odjelenja bolnice mogu uvesti, jedino u slučajevima kada postoji potreba prema kriterijumu gravitacionog područja, a na osnovu normativa kojima se utvrđuje najmanje 15 bolničkih postelja, uz obezbeđenje 5 specijalista odnosne specijalnosti, kao i ostali uslovi za uspješan i racionalan rad.

Planiranje kadrova u bolnicama i planovi specijalizacija zasnivaće se na planu potrebnih kapaciteta u specijalističkim ambulantima i stacionarnoj djelatnosti, a na osnovu prioriteta. Ministarstvo zdravlja, do usvajanja Plana specijalizacija, neće odobravati specjalizacije za odjeljenja bolnica, koje na osnovu normativa imaju dovoljno, ili previše ljekara, a prednost će se dati onim specijalnostima, koje su deficitarne. Plan specijalizacija biće saglasan sa Planom ljudskih resursa za srednjoročni period.

U opštim bolnicama, koje imaju odjelenja sa malim kapacitetima u odnosu na normative broja ljekara i ostalih zdravstvenih radnika, a u kojima je teško organizovati rad u trajanju od 24 sati dnevno, odjeljena će se spojiti u jednu organizacionu cjelinu - odjeljenje. Prilikom planiranja bolničkih kapaciteta na duži rok treba računati o povećavanja stepena hospitalizacije, koje će se odvijati postepeno. U opštim bolnicama će se organizovati jedinstvena služba hitne medicinske pomoći, koja će obezbjeđivati neprekidnu zdravstvenu zaštitu za hitna stanja preko usluga hirurga i internista, uz mogućnost organizovanja pripravnosti.

Normativi bolničkih postelja i kadrova biće osnova za odobravanje novih specializacija, kao i za zapošljavanja kadrova. Ministarstvo za zdravlje neće odobravati zapošljavanja u bolnicama, u kojima na osnovu normativa i standarda, kadra ima dovoljno, ili previše, ili ako je moguće obezbjeđenje deficitnih kadrova, preuzimanjem od drugih.

Budući razvoj zdravstvenih ustanova obavezno će uključiti i razvoj zdravstveno informacionog sistema, kao jednog od priortetnih zadataka. Razvoj sistema zasnivaće se na jedinstvenim principima, definicijama i bazama podataka i drugim zajedničkim elementima, koji će omogućiti povezivanja lokalnih mreža u jedinstveni informacioni sistem i razmjenu podataka ovlašćenim korisnicima u sistemu. Zdravstveno informacioni sistem obezbijediće ostvarivanje ciljeva boljeg upravljanja sistemom, boljeg izvještavanja o zdravstvenom stanju stanovništva, adekvatnom praćenju troškova i rada zdravstvenih ustanova, razmjenu podataka između različitih nivoa sistema zdravstva, finansijsku kontrolu i stručni nadzor. Razvoj zdravstveno informacionog sistema otpočeo je sa Projektom Fonda za zdravstveno

osiguranjem formiranjem baze osiguranika, a nastaviće se kroz Projekat unapređenja sistema zdravstva, Projekat objedinjene naplate prihoda u fondovima, kao i sa investicionim sredstvima koja će se planirati za razvoj, saglasno finansijkim mogućnostima i planovima. Razvojem informatike, promjenama u organizaciji i drugim mjerama zdravstvene ustanove postepeno će smanjivati broj zaposlenih nemedicinskih radnika i tako doprinijeti racionalizaciji svoga poslovanja. Smanjenje broja nemedicinskih radnika će se obezbijediti dosljednom primjenom usvojenih akata i zaustavljanjem prijema novih na upražnjena radna mjesta, zbog odlazaka u penziju, napuštanja radnog mjesta, ili iz drugog razloga, sa racionalizacijom rada adminsitrativnih i tehničnih službi i organizovanja nemedicinskih poslova na osnovu ugovora sa drugim pravnim licima (out-sourcing).

Učešće zaposlenih u administrativnim i tehničnim službama u Crnoj Gori smanjiće se svake godine za 2%, tako da u sledećih pet godina broj nemedicinskih radnika iznosi najviše 18 % svih zaposlenih u zdravstvu. Smanjivanje broja nemedicinskih radnika po pojedinim ustanovama ići će istom dinamikom, počev od 2006. godine. **Zdravstvene utanove postaviće cilj podizanje nivoa stručnosti zaposlenih nemedicinskih radnika, posebno administrativnog osoblja** za upotrebu informacionih tehnologija.

Utvrđeni razvoj zdravstvenih ustanova pratiće ulaganja u investicije. **Planom investicija za svaku godinu koji će donositi Ministarstvo zdravlja, na predlog Instituta za javno zdravlje i Fonda za zdravstveno osiguranje, prednost će imati nabavka opreme, koja je neophodna za ostvarivanje utvrđenih planskih prioriteta i ulaganja u informacioni sistem**.

Prilikom nabavke opreme odlučujuća će biti analiza iskorišćenosti planirane nove nabavke, doprinos na unapređenju zdravlja stanovništva i analiza koštanja i koristi. Zdravstvene ustanove će sa sredstvima amortizacije, koja budu ukalkulisana u cijene usluga, a na osnovu kriterijuma za finansiranje, definisanog od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, održavati zgrade odnosno objekte i opremu. Pored ovih sredstva izvor za nabavku opreme i održavanje postojeće služiće sredstva iz dodatnih prihoda ostvarenih na tržištu.

Promjene u zdravstvenom stanju i njegovo poboljšanje zavise od nivoa znanja i osposobljenosti zdravstvenih kadrova, u prvom redu ljekara i medicinskih sestara, kao glavnih nosioca zdravstvenih programa. Medicinska nauka i tehnologija napreduju veoma brzo, zbog čega je stručno usvršavanje ljekara i drugih zdravstvenih kadrova jedan od uslova za realizaciju planskih zadataka i ciljeva.

Prvi prioritet u oblasti stručnog usvaršavanja zdravstvenih radnika je usmjeren prema izabranim ljekarima. Projekat unapređenja zdravstva u proces edukacije uključuje Medicinski fakultet u saradnji sa Ljekarskom komorom i drugim stručnim organizacijama. Tokom trajanja Projekta svaki izabrani ljekar završiće program obuke i stručnih seminara.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti je utvrđena obaveza edukacije ljekara, kao uslov za dodeljivanje licenci iz prakse i produžavanja licenci. Programi licenciranja biće pripremljeni po sadržaju i obimu prema specijalnostima, odnosno u saradnji sa Ljekarskom komorom i organizovani za sve ljekare. Planove stručnih usavršavanja pripremaće zdravstvene ustanove, uz podršku Centra za nauku Kliničkog centra, a potvrđivaće ga Ministarstvo zdravlja. Sredstva za stručno usavršavanje ljekara biće ukalkulisana u iznos kapitacije, odnosno za ostale ljekare i zdravstvene radniku, u cijenu usluga i utvrđena ugovorima sa Republičkom fondom za zdravstveno osiguranje.

Ministarstvo zdravlja će incirati edukaciju iz ekonomike zdravstva i zdravstvenog menedžmenta, kao dio nastojanja unapređenja sistema upravljanja na svim nivoima u zdravstvu. Znanje iz ovog područja će postati jedan od uslova za izbor rukovodilaca u domovima zdravlja i bolnicama, a posebno će koristi podizanju kapaciteta Ministarstva zdravlja i Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.

6. Plan organizacije zdravstvene službe

Sadašnja organizacija zdravstvenih djelatnosti nije usaglašena u potpunosti sa principima savremene i efikasne organizacije, po preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Deklaracija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz Alma–Ata, 1978, www: who. org). Analiza postojećeg stanja ukazala je na probleme u razvoju zdravstvenih ustanova: nejasna uloga domova zdravlja; miješanjem primarne i sekundarne zdravstvene zaštite; disproprcija, neujednačenost i neiskorišćenost kapaciteta; neravnomjerni teritorijalni raspored; prevelika zaposlenost; visoki troškovi rada i poslovanja u zdravstvu i (ne)zadovoljstvo osiguranih lica i zaposlenih u zdravstvu sa sistemom zdravstvene zaštite.

Planom kao instrumentom razvoja i promjena, postavljaju se osnove za novu organizaciju zdravstvene djelatnosti, koja je istovremeno centralno područje reformskih nastojanja.

6.1 Organizacija primarne zdravstvene djelatnosti

Promjene u organizaciji zdravstvene službe zasnivaju se na novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i organizacionim mjerama koje su rezultat Projekta unapređenje sistema zdravstva u Crnoj Gori. Nova organizacija domova zdravlja ostvarivaće se na cjelokupnoj teritoriji Crne Gore početkom 2006. godine. **Izabrani ljekari primarne zdravstvene zaštite, koje će slobodno birati osigurana lica i ostvarivati prava na usluga primarne zdravstvene zaštite će postati čuvari sistema zdravstva**. **U toj ulozi oni će, biti nosioci javnih ovlašćenja, koja neće imati drugi ljekari primarne i ostalih nivoa zdravstvene zaštite.**

Izabrani ljekari imaće zadatak, da sami ili u saradnji sa centrima domova zdravlja obezbijede licima, koja su ih izabrala sve preventivne i kurativne usluge, što uključuje propisane preventivne preglede, imunizacije, skrining usluge, dijagnostične i kurativne usluge, koje će biti opredeljene u posebnom spisku usluga primarne zdravstvene zaštite. Taj dokumant donijeće Ministarstvo za zdravlje do kraja 2005. godine (Obim i standardi usluga primarne zdravstvene zaštite);

Javna ovlašćenja izabranih ljekara su:

- savjetovanje, pružanje: preventivnih, kurativnih, dijagnostičko i terapeutskih usluga, prema Obimu usluga i standardima koji će biti propisan za primarnu zdravstvenu zaštitu;
- određivanje i obavljanje potreba za kućnim liječenjem i njegom;
  - propisivanje ljekove na recept na račun obaveznog zdravstvenog osiguranja;
  - propisivanje medicinskih pomagala;

- određivanje potreba za liječenjem na sekundarnom i tercijarnom nivou i upućivanje u ustanove tih nivoa;
- upućivanje na ljekarske i invalidske komisije;
- prikupljanje i čuvanje medicinske dokumentacije o zdravstvenom stanju, bolestima i lječenju osiguranog lica, bez obzira, gdje su se ta lica liječila.

Ostali doktori na primarnom i sekundarnom nivou imaće ovlašćenja jedino, ako ih izabrani ljekari prenesu na njih i to u ograničenom obimu, kao npr. samo za konsultaciju, liječenje određene bolesti, propisivanje ljekova na recept kod liječenja te bolesti, slanje na konsultacije ka drugim specijalistima itd. Ova ovlašćenje će biti vremenski ograničena. Prenos ovlašćenja vršiće se pomoću uputnica. Ljekari, koji neće imati status izabranog ljekara pružaće, osiguranim licima medicinske usluge na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, jedino u slučajevima hitnog lječenja.

Nosioci primarne zdravstvene zaštite biće i ubuduće domovi zdravlja. Zadatke izabranih doktora moći će obavljati i privatni ljekari, koji ispunjavaju zakonske uslove, a na osnovu javnog poziva Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje moći će da sklope ugovor o pružanju utvrđenog obima zaštite, pod istim uslovima, kao i izabrani doktori u domovima zdravlja.

Obim usluga koje će obezbjeđivati domovi zdravlja, sa izabranim ljekarima po opštinama usaglasiće se sa Programom zdravstvene zaštite i zavisiće od veličine populacionih grupa, odnosna stanovništva, kojima treba obezbijediti zdravstvenu zaštitu u skladu sa normativima za pojedine djelatnosti. Dimenzioniranje rada domova zdravlja, prema sadržajima i obimu rada izabranih ljekara, a na osnovu normativa, izmijeniće postojeće službe domova zdravlja, koje su predviđene za primarni nivo, tako da će se pojedini centri orgnizovati za teritorije, koje pokriva više domova zdravlja. Ovo će biti slučaj sa centrima za mentalno zdravlje, dnevnim centrima, centrima za plućne bolesti, centrima za djecu sa posebnim potrebama, kao i jedinicama za unapređenje zdravlja u dijelu higijensko epidemiološke zaštite. Sadržaja primarne zdravstvene djelatnosti utvrđen zakonom u dijelu centara neće moći da ispunjava svaki dom zdravlja, zbog veličine područja, ali će obavljati sve zadatke iz djelatnosti izabanog doktora primarne zdravstvene zaštite.

Funkcije i zadaci pojediniih domova zdravlja zavisiće od veličine terena, kojeg pokrivaju, odnosno od broja lica koji biraju svoje doktore, od potreba stanovništva, a u određenim slučajevima i od geografskih i saobraćajnih prilika pojedinih opština. Značajnu ulogu kod određivanja užih djelatnosti pojedinog doma zdravlja imaće ocjena racionalnosti i iskorišćenosti kapaciteta. Većina domova zdravlja imaće uglavnom ljekare opšte medicine (odnosno specijaliste opšte medicine), pedijatre, patronažnu djelatnost, stomatološku – preventivnu djelatnost (za potrebe predškolske i školske omladine) i laboratorijsku djelatnost. Ostali segmenti domova zdravlja, koji se organizuju u centre, kao što su ginekologija, pneumoftizilogija, radiologija, mentalno zdravlje itd. organizovaće se i zadržati u pojedinom domu zdravlja, ili u zdravstvenoj stanici, ako će to biti opravdano brojem pacijenata, odnosno veličinom populacije, za koju brinu.

Regionalni centri će pružati usluge populaciji za teritorija dva, ili više postojećih domova zdravlja, odnosno zdravstvenih stanica, a pojedine će se organizovati za potrebe stanovništva, odnosno populacione grupe teritorija dviju ili više opština. Zbog racionalnosti i što bolje organizacije rada zdravstvene stanice će biti djelovi domova zdravlja.

Ostale postojeće specijalističke djelatnosti domova zdravlja, neće ostati u sastavu domova zdravlja. To pogotovo važi za bolničke postelje, za dijalizne jedinice i neke specijalističke službe. Navedeni kapacitet će biti ukinuti i pripojeni kapacitetima sekundarne zaštite, ili će biti ponudeni tržištu, za potrebe privatnika, ili drugih sektora. Pojedini specijalistički timovi preuzeće ulogu izabranih ljekara, ako se sami odluče na to, posebno u onim područjima, gdje je izražen nedostatak izabranih doktora i gdje postoji potreba za tim. Bolničke postelje u domovima zdravlja biće ukinute, pošto postojanje tih postelja nema stručno opravdanja, jer domovi zdravlja nijesu sposobni da pružaju bolničku zdravstvenu zaštitu, a tih kapaciteta u Crnoj Gori ima dovoljno, odnosno previše.

Od doktora medicine rada koji nijesu izbrani doktori, a rade u Centru za funkcionalnu dijagnostiku u Podgorici, formiraće se Institut, ili neka druga organizacija zadužena za zaštitu na radu, medicinu rada i sporta, odnosno za bezbjednost i zdravlje na radu. Pored preventivnih pregleda za potrebe poslodavaca odnosno građana (pregledi za vozačke dozvole, za bavljenje sportom, prije zaposljenja itd.) ova ustanova će se baviti epidemiologijom i izučavanjem međusobne povezanosti faktora radne okoline i zdravstvenog stanja aktivne populacije, kao i pružanjem savjetodavne medicinske i tehničke pomoći poslodavcima u pogledu sprečavanja povreda na radu i profesionalnih bolesti. Ova ustanova, predviđena Zakonom o zaštiti na radu, u dijelu zdravstvene zaštite biće zadužena za donošenje jedinstvne doktrine medicine rada Crnoj Gori i pružaće stručnu pomoć upravnim organima pri donošenja propisa sa područja bezbjednosti i zdravlja na radu. Rad ove ustanove treba da se finansira iz sredstva poslodavaca i građana, koji će koristiti njene usluge, a djelimično iz budžeta u djelu, koji se odnosi na pomoć i pripremu stručnih osnova za zakone, razne pravilnike o zaštiti na radu i slično.

6.2. Organizacija sekundarne zdravstvene djelatnosti

Reforma primarne zdravstvene zaštite i afirmacija izabranih ljekara, kao vratara (gatekeepera) sistema zdravstvene službe, smanjiće broj upućivanja na sekundarni nivo koji će se osloboditi dosadašnjih pritisaka. **Time će se stvoriti uslovi za podizanje kvaliteta rada sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite** i unaprijediti uslovi za ostvarivanje uloge, koju imaju u sistemu zdravstvene zaštite.

Bolnice će morati napustiti neke djelatnosti, odnosno pružanje usluga, koje su u domenu primarne zdravstvene zaštite, promjeniti svoju organizaciju rada i preuzeti neke nove zadatke. Ministarstvo zdravlja, u saradnji sa konsultantima, izradiće analizu bolničkih kapaciteta i ustanoviti, koje djelatnosti, odnosno kapaciteti bolnica, neće biti u javnom sistemu zdravstvene zaštitu, ili će se privatizirati.

Podjelom rada razdvajaju se usluge sekundarne i tercijarne zdravstvene djelatnosti, tako da će usluge tercijarne zdravstvene djelatnost pružati isključivo Klinički centar i Institut za javno zdravlje.

Na sektoru sekundarne zdravstvene djelatnosti prednost će se dati ambulantnom tretmanu koji će obrađivati sve prehospitalne procedure prije prijema na stacionarno lječenje. **Prijem pacijenta u bolnicu, će se vršiti tek kada budu predhodno obavljene sve potrebne pretrage, odnosno ako je potreban njegov stalni nadzor životnih funkcija**. Specijalistička ambulantna djelatnost će se organizovati samo u sklopu opštih i specijalnih bolnica i Kliničkog centra. Mada se specijalistička ambulantna i bolnička djelatnost neće organizovati odvojeno, svako odjeljenje bolnice imaće određeno vrijeme, odnosno dio radnog

vremena, koji će biti namenjen za rad sa pacijentima u ambulanti. Odvojeno će se evidentirati rad u ambulantnoj i bolničkoj djelatnosti. Broj ambulanti odnosno kadrova, koji će raditi u njima, odrediće se na osnovu normativa i veličine populacije, za koju brine pojedina bolnica, odnosno odelelenje bolnice.

Davanje prednost ambulantnoj djelatnosti znači zahtjev za preorjentaciju u načinu rada kapaciteta sekundarne i tercijarne djelatnosti. Na takav način pružaće se planirane intervencije, bez nepotrebnog boravka pacijenata u bolnici i čekanja na operativne zahvate. Izuzetak od ovog pravila predstavljaju urgentna stanja.

Ovim pristupom, koji iziskuje jedino promjene u organizaciji rada, omogućiće se promjene u odnosu između ambulnatno i stacionarno tretiranih lica u korist prvih i smanjiti obim hospitalizovanih pacijenata. Samanjenjem nepotrebnih hospitalizacija racionalizovaće se kapaciteti ustanova sekundarnog nivoa.

Bolnice će uvesti u rad »dnevne bolnice« odnosno »bolnica bez postelja«, u okviru kojih, će se pacijent, zbog određenog tretmana zadržati samo jedan dan, odnosno više sati u toku dana. Pretežni dio zbrinjavanja pacijenata u dnevnim bolnicama realizovaće za planirane zahvate u operativnim djelatnostima. Za takve usluge nisu potrebne »klasične bolničke postelje«, ni servisi koji su neophodni u punom obimu tokom boravka.

U narednih pet godina neće se otvarati nova odjelenja, odnosno razvijati novi stacionarni kapaciteti. Bolnice će dati prednost povećavanju kvaliteta dijagnostike i terapije. U cilju podizanja kvaliteta postepeno će se uvoditi nova tehnologija, odnosno složenija i skuplja medicinska oprema.

Bolnička djelatnost na sekundarnom nivou će se i obavljati u opštim i specijalnim bolnicama, kao i Kliničkom centru. Opšte bolnice će i ubuduće imati u svom sastavu četiri osnovne specijalnosti : internu medicinu, hirurgiju, pedijatriju i ginekologiju sa akušerstvom. Njihovu djelatnost omogućavaće odgovarajuće laboratorijske, radiološke, transfuziološke, funkcionalno dijagnostične službe, anesteziološka služba i interna apoteka.

U opštim bolnicama će se tretirati u okviru:

- **interne djelatnost**i: internistički pacijent; pacijenti sa neurološkim, psihijatrijskim, infektološkim, pulmološkim i endokrinološkim problemima (dijabetes) i dijalizni pacijenti. Za tretiranje bolesnika sa navedenim zdravstvenim problemima ljekari tih odjelenja steći će dodatna znanja edukacijom i praktičkim usavršavanjem u Kliničkom centru, ili u drugim zdravstvenim ustanovama;

- **hirurške djelatnosti:** pacijenti iz opšte hirurgije, pacijenti kod kojima su potrebne određene usluge iz rutinske vaskularne i gastro intestilnale hirurgije, manje rizičnih pacijenata, područja, urologije i onkologije (operativne usluge), otorinolaringologije i maksilofacialne hirurgije.

- **Ginekologije i akušerstva,** za kompletnu akušersku djelatnost, dijagnostiku i liječenje ginekoloških slučejeva, osim visokorizičnih i komplikovanih zahvata u ginekologiji,

- **Pedijatrije:** dijagnostika, tretman i liječenje djece do navršene 15 godine za sva stanja osim onih predviđenih za tercijerni nivo zaštite

Opšte bolnice:

Specijalnosti	**Planirane dozvoljene usluge**
Infektologija	Postojeće interne postelje mogu se koristiti za bolničko liječenje zatvorenog tipa, identifikacija bolesti, liječenje i kontrola, sa laboratorijskim testiranjem u svim slučajevima sem HIV/AIDSa, SARSa, i sličnih bolesti.
Psihijatrija	10% internističkih postelja može se staviti u funkciju za potrebe rješavanja akutnih stanja psihičkih epizoda; akutnih uznemirenosti; podršci hroničnim slučajevima; podršci centara za mentalno zdravlje u slučajevima kada je pacijentima potrebna kratkotrajna izolacija; kontrola slučajeva samozanemarivanja ili samopovređivanja.
Anestezija	Opšta anestezija za pacijente; stabilizacija ozleda koje se daju kao podrška hirurškim slučajevima; Obezbijeđena osnovna anesteziološka oprema i specijalista anesteziolog 24 sata
Otorinolaringologija	U okviru hirurških postelja, uz prisustvo ORL specijaliste procedure za manje rizične pacijente uključujući djecu, dijagnostičke procedure i liječenje pacijenata sa umjereno visokim rizikom, mogućnost zbrinjavanja ozleda.
Radiologija	Osnovna dijagnostička radiologija i ultra zvuk, rutinski radiološki pregledi, Fluoroskopija, pokretni aparati za operacione sale
Patologija	Histologija kao podrška hirurzima, citologija; mrtvačnica
Transfuziologija	Uzimanje krvi, obezbjeđenje sigurne krvi, testovi za dijagnostiku

Za potrebe konsultativne i ambulantne djelatnosti bolnice će imati i određene specijalističke službe iz drugih specijalnosti (dermatovenerologija, ortopedija, otorinolaringologija), ako će ispunjavati uslove opremljenosti, potrebnog broja stanovnika i pacijenata svog gravitacionog područja i drugih uslova, određenih sa normativima. Za te djelatnosti neće formirati posebna odelenja sa bolničkim krevetima.

Subspecijalnosti će se organizovati na tercijarnom nivou u Kliničkom centru, a određene specijalnosti za teritoriju Republike u specijalnim bolnicama. **Komjuterizovana tomografija i druge složene procedure će se moći uvesti, ako analize pokažu potrebe u određenoj bolnici i ako za njihovo zadovoljavanja nema mogućnosti u nekoj drugoj bolnici u Crnoj Gori**. Kriterijum za novu opremu će biti očekivani obim usluga, koji se može obezbijediti sa timom, koji po pravilu radi sa njime najmanje u jednoj, a po pravilu u dvije smjene.

Opšte bolnice će moći uvesti određene subspecijalnosti, ako će to biti u skladu sa potrebama stanovništva i ako to bude stručno, organizaciono i ekonomsko opravdano, odnosno ako se te djelatnosti, ne ubrajaju u tercijarnu zdravstvenu djelatnost.

Broj bolničkih postelja po odjelejenjima u opštim i specijalnim bolnicama bolnicama, određuje se na osnovu normativa utvrđenih ovim planom i kriterijumima **za određivanje mreže javne zdravstvene službe**. Promjene bolničkih kapaciteta, uvođenje novih djelatnosti, kao i nabavku i uvođenje nove složene medicinske opreme moći će se ostvariti jedino, ako su u skladu sa mjerilima za uključivanje u mrežu, uz saglasnost Ministarstva zdravlja**.**

Djelatnost bolnica, će se definisati godišnjim planovima rada, a posebno u pogledu broja bolničkih postelja, kadrova, opremljenosti i drugih uslova. U skladu sa kriterijima za uključivanje u mrežu javne zdravstvene službe, bolnice će se finansirana iz javnih sredstava, odnosno na osnovu ugovora sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje.

Mreža javne zdravstvene djelatnosti biće osnova i za planiranje investicija u bolničke kapacitete i specijalizacija iz pojedinih grana medicine za potrebe bolničke i specijalističke ambulantne djelatnosti.

6.3. Nova uloga tercijarne djelatnosti

Tercijarna zdravstvena zaštita je onaj dio zdravstvene djelatnosti, koja pruža stanovništvu najsloženije zdravstvene usluge, za koje nisu osposobljene bolničke i specijalističke službe sekundarnog nivoa, ili koje iz stručnih i ekonomskih razloga nije moguće organizovati u drugim. Sadržaj i obim tercijarne djelatnosti, odnosno zaštite nije standardizovan, jer kriterijumi za najsloženiju zdravstvenu djelatnost zavise od veličine populacije, broja složenih medicinskih zahvata u populaciji, opremljenosti i organizacije zdravstvene službe u cjelini. Pored toga, tercijarna zdravstvena djelatnost se obično kombinije sa naučno istraživačkim radom u oblasti medicine. Pri tom se naučno istraživački rad finansira iz budžetskih sredstva. Sinteza različitih uloga u tercijarnoj djelatnosti prouzrukuje nejasnoće u definiciji i njenoj ulozi. Tercijarne zdravstvena ustanova je ustanova, koja obavlja djelatnosti iz područja najsloženijih zdravstvenih usluga i zadatke obrazovanja zdravstvenih radnika i naučno istraživačke zadatke, a tercijarna zdravstvena djelatnost se odnosi samo na pružanje najsloženijih zdravstvenih usluga, odnosno programa. Takvu djelatnost mogu obavljati zdravstvene ustanove, koje pružaju najsloženije i specializovane zdravstvene usluge, koje nisu organizovane kod drugih zdravstvenih ustanova i ne bave se istraživačkim radom.

U sistemu zdravstva Crne Gore, Klinični centar ima status tercijarne zdravstvene ustanove. Međutim tercijarna zdravstvena djelatnost u okviru Kliničkog centra do sad nije bila određena. Naime, Klinički centar pruža usluga sekundarne i tercijarne djelatnosti, a obije djelatnosti nisu razgraničene. Problem nije u organizacionom razdvajanju sekundarne i tercijarne djelatnosti, nego u tome što nije potpuno utvrđeno, šta je tercijarna djelatnost, koja se ne može organizovati i obezbeđivati kod opštih bolnica. To je neophodno iz više razloga. Na prvom mjestu zbog toga da bi se obezbijedio kvalitet medicinskih usluga, zatim zbog planiranja tih kapaciteta u zemlji, kao i zbog finansiranje usluga, jer je pružanje usluga ovog nivoa vezano na drugačiji sastav timova, složeniju tehnologiju i time troškove rada i materijala.

Na osnovu analize stanja definisana je tercijarna zdravstvena djelatnost u Kliničkom centru i to:

- usluge složene kardiološke dijagnostike, neoperativnih i operativnih zahvata na srcu (dilatacije, PTCA, stentiranje, pejsmejkeri, bajpas);
- neurohirurške usluge;
- usluge torakalne i plastične hirurgije sa specijalizovanim bolničkim odjeljenjima;
- visoko rizični pacijenti vaskularne hirurgije
- transplantacije;
- kombinovane onokološke terapije - operativna, radijaciona, hemotreapija;
- operativni zahvati na kičmi i perifernom nervnom sistemu;
- lječenje politraumatizovanih stanja, kod kojih je potrebno lječenje u intenzivnoj terapiji i neprekidan nadzor vitalnih funkcija;
- dijagnostika i lječenje najsloženijih stanja i komplikacija, koje se ne mogu uspješno riješiti u opštim bolnicama, ili bi zbog malog broja slučajeva, lječenja bilo neracionalno;
- usluge maksilofacijalne hirurgije uključujući rekonstrukciju donje vilice, rekonstruktivna hirurgija za razne ozlede;
- NMR dijagnostika; PET; Gama kamera;
- Usluge iz nuklearane medicine;
- Usluge imunologije, virusologije, odgovornost za standarde
- intenzivna terapija novorođenčadi sa niskom porođajnom težinom i djece sa urođenim malforamacijama;
- usluge transfuziologije, prerade krvi i priprema krvnih derivata, provjera standarda testiranja;
- usluge subspecijalnosti, koje neće biti organizovane u opštim i specijalnim bolnicama;

Nosilac tercijarne zdravstvene djelatnosti biće i ubuduće Klinički centar, koji će pružati i usluge sekundarnog nivoa za osigurana lica svog gravitacionog područja (stanovništvo opština Podgorica, Danilovgrad i Kolašin) i usluge tercijarne djelatnosti za svo stanovništvo Crne Gore.

Klinički centar je pored pružanja tercijarnih usluga zadužen za donošenje jedinstvene medicinske doktrine za sprečavanje, rano otkrivanje, lječenje i rehabilitaciju pojedinih bolesti, povreda i stanja u saradnji sa Ljekarskom komorom, Medicinskim fakultetom i drugim stručnim tjelima. Stručna doktrina će biti osnova za stručni medicinski rad zdravstvenih radnika na svim nivoima, koja će sadržati naučno dokazane postupke i uputstva upotrebe dijagnostičkih i drugih sredstava za postizanje veće uspješnosti, kvaliteta usluga i za povezivanje svih segmenata zdravstvene službe. Organizovanjem edukacija, stručnih sastanaka i seminara prenosiće se doktrinarna usmerenja na ostale zdravstvene ustanove i radnike. Jedinstvenei doktrinarni stavovi, smjernice i protokoli pripremiće se u saradnji sa konsultantima Svjetske banke.

Klinički centar ima obavezu pripreme programa izrade plana za jedinstvenu doktrinu, a koje će se temeljiti na prioritetnim zadacima zdravstvene zaštite. U tu svrhu formiraće se prošireni stručni kolegijumi pojedinih medicinskih područja, odnosno specijalnosti, u koje će biti uključeni, pored najemenintnijh stručnjaka i stručnjaci iz drugih bolnica i iz primarne zdravstvene zaštite, koji će učestvovati u kreiranju predloga, smjernice i preporuka za tretmane pojedinih stanja i bolesti, od primarnog do tercijarnog nivoa. Ministarstvo zdravlja –Komisija za kvalitet, će davati saglasnost na plan i konkretne predloge.

Pored Kliničkog centra status tercijarne zdravstvene ustanove imaće i Institut za javno zdravlje. Zadaci Instituta su utvrđeni Strateškim planom razvoja, tako da se funkcija Instituta usmjerava na promociju, prevenciju i zaštitu u oblasti javnog zdravlja. Institut će kordinirati planove promocije zdravlja za Republiku. Institut je, takođe nosilac stručnih zadataka na pripremi nacionalnih programa; razvojnih strategija; javno- zdravstvenih programa za

savladavanje najozbiljnijih zdravstvenih problema i ustanova; analiza zdravstvenog stanja stanovništva; zdravstvene ekonomike, menedžmenta i zdravstvene informatike i razvoja adekvatnih indikatora tih područja, kao i za određivanje kvaliteta zdravstvene zaštite. Institut će se posebno uključiti u planiranje zdravstvene zaštite i obezbijediti stručno metodološku pomoć u planiranju i ocjeni planova svih zdravstvenih subjekata. Na području aktivnosti za sprečavanje zaraznih bolesti Institut će raditi jedinstveni program imunizacija za Republiku i pratiti njegovo sprovođenje u svim domovima zdravlja. Institut će saglasno Zakonu obezbijediti monitoting i kontrolu parametara životne sredine od značaja na zdravlje stanovništva.

Posebnu važnost Institut ima u sprovođenju Konvencije o bioterorizmu i drugim oblicima zaštite. U oblasti mikrobiologije, parazitologije i sanitarne hemije Institut će biti referentna laboratorija i obezbjeđivaće standarde ostalih laboratorija u oblasti mikrobiologije, virusologije i kontole životnih namirnica. U tom cilju Institut će obezbijediti akreditaciju za svoje laboratorije, kako bi ispunio standarde u oblasti bezbjedne hrane i principe HASAPa. Važnost ovog posla se nalazi i u čnjenici orjentacije hrane sa crnogorskog područja na tržište Evrope i ispunjenje svih standarda kvaliteta u pogledu ispravnosti životnih namirnica.

6.4. Organizacija apotekarske djelatnosti

Apotekarska djelatnost je djelatnost primarne zdravstvene zaštite, koja ima, drugačiju organizaciju od domova zdravlja. Jedini zadatak apotekarske djelatnosti je briga o obezbijeđenosti stanovništva ljekovima i medicinskim sredstvima. Na primarnom nivou ovu funkciju ostvaruju apoteke, kao samostalne ustanove, ili privatni farmaceuti, a na sekundarnom nivou bolničke apoteke, koje su obično zatvorenog tipa za pacijente koji se lječe u bolnicama. Apoteke na primarnom nivou mogu se baviti jedino izdavanjem ljekova, odnosno određenih medicinskih sredstava, propisanih na recepte, a u određenim prilikama i pripremom magistralnih i galenskih ljekova. Bolničke apoteke ne bave se izdavanjem ljekova, propisanih na recepte, već snabdijevaju bolnička odelenja sa potrebnim ljekovima i

Na području proizvodnje, distribucije i snabdijevanja stanovništva ljekovima susreću se dva različita interesa. Jedan je interes proizvođača za što većim profitom, a interes »potrošača« ljekova, koji su obično nosioci zdravstveneog osiguranja, je što niža cjena ljekova i neprofitni način poslovanja apoteka. Zbog tih razlika u stavovima oko proizvodnje, distribucije i snabdijevanja ljekovima, različit je status apoteka. U nekim državama apoteke su javne zdravstvene ustanove, a time i neprofitne organizacije, a drugim zemljama one imaju status trgovine. Zbog prirode svog rada, koji je vezan za zdravstvenu zaštitu i javni interes države, pod određenom državnom kontrolom i specifičnom regulativom, postoje razlike u njihovoj organizaciji i finansiranju. Kontrola države u ovoj oblasti je neophodna zbog mogućnosti negativnih posljedice po zdravlje, zbog čega u oblasti zdravstvene zaštite ne mogu vladati jednostavni principi potpuno slobodnog tržišnog ponašanja. Ove dileme su vezane i za pitanja privatizacije apoteka, ili alternativnog rešenja, kao javne zdravstvene ustanove. Elaborat o organizaciji ove djelatnosti treba da se uradi u saradnji sa ekspertima za ovu oblast i ocjene sva rješenja o kojima će Vlada donijeti konačne stavove.

U principjelnom razrešavanju ovog pitanja, do donošenja konačnih stavova, Ministarstvo zdravlja će tokom 2005 godine završiti podzakonska akta za uređivanje farmaceutske djelatnosti i oformiti Upravu za ljekove, kao regulatorni organ u ovoj oblasti. Istovremeno Ministarstvo zdravlja će predložit da:

- se saglasno Zakonu izvrši razdvajanje apoteka, kao zdravstvenih ustanova u prometu na malo, od veledrogerije, kao privredne djelatnosti;

- saglasno Zakonu, veledrogerije, koje se bave prometom ljekova na veliko moraju obezbijediti pristupačnost ljekova, utvrđenih Esencijalnom listom ljekova za upotrebu u zdravstvenim ustanovama i za propisivanje na recepte;
- svi ljekovi, pod uslovom da su registrovani za promet, osim ljekova sa OTC liste, će se izdavati na recept, nezavisno od statusa apoteke: javna ili privatna;
- Fond za zdravstveno osiguranje nadoknađivaće recepte samo sa Pozitivne liste ljekova.

Broj apoteka će se definisati sa kadrovskim i drugim normativima, na osnovu kojih će se utvrditi broj zaposlenih farmaceutskih kadrova, način finansiranja iz javnih sredstava (sredstva Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje) a u zavisnosti od broja ljekara, uključenih u mrežu javne zdravstvene službe, kao i konačnih stručnih stavova o organizaciji apoteka.

U nekim područjima, gdje će broj osiguranika biti manji od normativa za funkcionisanje apoteke, u udaljenim područjima, odnosno gd**je ne postoje ekonomski razlozi za osnivanje apoteka, izabrani doktori će preuzeti ulogu snabdijevanja sa neophodnim ljekovima**. Postupak raspolaganja u ovim slučajevima će se propisati od strane Ministarstva zdravlja i to za najneophodnije ljekove za akutne potrebe (»urgentni recepti«) za ljekovima svojih pacijenata, i za kućne posjete (»doktorska torba ljekova«).

6.5. Nova medicinska tehnologija

Poznato je, da je rast troškova zdravstvene zaštite u velikoj mjeri zavisi od nove medicinske tehnologije. **Po nekim ocjenama »nova tehnologija« u razvijenim zemljama svake godine povećava potrošnju u javnim zdravstvenim sistemima za oko 2 %.** Primjena nove medicinske tehnologije je prisutna u Crnoj Gori, posebno, ako se uzme u obzir višedecenijska izolacija i potreba praćenja savremenih tehnoloških i naučnih dostignuća u medicinskoj nauci i zdravstvu. U datim okolnostima u Crnoj Gori, nije moguće prepoznati uticaj, ali gledano sa aspekta stanja može se zaključiti da će u narednom periodu taj uticaj biti izraženiji. Pojava i posljedice uvođenja nove medicinske tehnologije će se sve više odražavati na sistem zdravstvene zaštite, posebno u povećanju kvaliteta usluga, ali i u troškovima

Zbog važnosti koju ima nova medicinska tehnologija u okviru ukupnog razvoja zdravstva, uvešće se **ocenjivanja posljedica nove tehnologije, metodom analize i rezultata, koji su naučno zasnovani na dokazima (»evidence based medicine«) i njihovoj korisnosti i ekonomskoj efikasnosti.** Ovaj pristup je široko zastupljen u visoko razvijenim zemljama, pa je njegovo uvođenje još značajnije u zemljama sa niskim bruto domaćim proizvodom i skromnim mogućnostima za finansiranje zdravstvene zaštite stanovništva.

U cilju savladavanja i ocenjivanja rezultata nove medicinske tehnologije Ministarstvo zdravlja će formirati posebnu Komisiju za ocjenu nove tehnologije u zdravstvu, a stručne ocjene za rad Komisije će raditi Instituta za javno zdravlje. **Zadatak i nadležnosti Komisije su da:**

- **priprema predloga i dopune standardizacije opreme po nivoima zdravstvenih djelatnosti i specijalnostima;**
- **priprema predloge standardizacije postupaka preoperativnih, operativnih i drugih postupaka u bolnicama, kao i preporiuke o jedinstvenoj efikasnoj i uspješnoj farmakoterapiji u zdravstvenim ustanovama;**

- **prati razvoj nove tehnologije u medicini i zdravstvu, iskustva u troškovima i koristima njenog uvođenja za poboljšanje zdravlja i da prati dokaze o njenoj opravdanosti u praktičnoj primjeni;**
- **ocenjuje predloge zdravstvenih ustanova za nabavku nove opreme i uvođenje novih metoda lječenja i medicinskih sredstava u praksu, a na osnovu dokaza o njihovoj korisnosti i ekonomskoj prihvatljivosti. Sastavni dio analiza biće dokazi o: epidemiološkim potrebama; o broju predviđenih pacijenata, koji će koristiti novu opremu; broju pregleda; koristima i mogućnostima upotrebe nove opreme, umjesto dosadašnje, ili dosadašnjeg načina lječenja; osobljenosti kadra za upotrebu nove opreme; načinu plaćanja usluga, i drugo.**
- **Mišljenja i analize Komisije služiće Ministarstvu zdravlje prilikom davanja saglasnosti na odluke organa upravljanja zdravstvenih ustanova o investiranju u zdravstvene kapacitete, a Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje, za ocjenu programa rada zdravstvenih ustanova i za njihovo finansiranje.**

Uprava za ljekove će vršiti registraciju ljekova i izdavati dozvole za stavljanje istih u promet, kao i druge poslove utvrđene Zakonom. Na području upravljanja troškovima ljekova, Ministarstvo zdravlja, u saradnji sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje i Ljekarskom i Farmaceutskom komorom u tooku 2006 donijeće odluke:

- **o kontroli cijena ljekova, koja će se zasnivati na komparativnim cijenama istih ljekova u zemljama, sa približno jednakim ostvarenim bruto domaćim proizvodom po stanovniku;**
- **za uvođenje referentnih cijena ljekova, kao modela i načina određivanja nivoa cijena ljekova, koji su na Pozitivnoj listi, a koji se obezbjeđuju od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, na osnovu Finansijskog plana;**
- **Za izradu kliničkih smjernica u farmakotreapiji pojedinih bolesti i stanja, posebne radne grupe za pojedine specijalnosti predlagaće konkretna rešenja o najuspešnijoj i najracionalnoj upotrebi ljekova u zdravstvenim ustanovama i kod propisivanja ljekova na recepte.**

6.6. Kvalitet zdravstvene zaštite

Razvoj zdravstvene zaštite nije vezan samo za veličinu kapaciteta, nego i za kvalitet. Pitanje kvaliteta u zdravstvu različito ocjenjuju zdravstveni profesionalci i korisnici njihovih usluga. Ljekari pod kvalitetom podrazumijevaju kvalitetnu dijagnostiku, terpijske, tehnološke mogućnosti svoga rada, rezultate lječenja, odnosno tačnost dijagnoza. Pacijenti pod kvalitetom podrazumijevaju odnos zdravstvenih radnika prema pacijentima, uslove smještaja u bolnicama, trajanje čekanja na preglede ili intervencije, poštovanja njihovih prava itd.

Jedan od ciljeva reforme je podizanje kvaliteta rada u zdravstvu, zbog čega je neophodno u saradnji sa zdravstvenim ustanovama, Institutom za zdravlje, Ljekarskom komorom, pristupiti izradi indikatora kvaliteta za sve djelatnosti u zdravstvu.

Kao opšti indikatori kvaliteta zdravstvene djelatnosti u cjelini utvrđuju se sljedeći indikatori:

- odnos prvih i ponovnih posjeta u pojedinim službama,
- procenat nedefinisanih stanja, prilikom otpusta pacijenta, ili stanja sa simptomima:
- procenat pogrešnih dijagnoza;
- procenat propisanih antibiotika u pojedinim službama, ili kod pojedinih dijagnoza;
- procenat izvršenih preventivnih posjeta, odnosno usluga;
- trajanje liječenja, odnosno bolovanja;
- broj i procenat bolničkih infekcija;

- broj recidiva i reoperacija;
- procenat osoba obuhvaćenih imunizacijom.

Navedene indikatore kvaliteta i njihovog stanja pratiće Institut za zdravlje, kroz godišnje analize rada zdravstvene djelatnosti po nivoima, a isti će imati svoju važnost prilikom sklapanja ugovora sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje.

7. Plan zdravstvenih kadrova

Zaposleni u zdravstvu sa svojim znanjem, ospobljenošću, brojnošću, rasporedom i organizacijom predstavljaju veoma značajan segment cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite. Od kadrovske osnove zdravstva zavisi, zdravstveno stanje i rezultati u nastojanjima za poboljšanje zdravstvenog stanja, zadovoljstvo stanovništva sa sistemom zdravstvene zaštite, troškovi zdravstvene zaštite. Ljudski resursi su nosioci sistema zdravstvenih djelatnosti u svakoj zemlji, njene pravne i tradicionalne uloge u društvu, sistema edukacije zdravstvenih radnika i niza drugih društvenih odnosa.

Broj kadrova, zaposlenih u zdravstvu je sa jedne strane odraz kvantitativne razvijenosti zdravstvenih djelatnosti, a sa druge strane njihove usklađenosti sa realnim i planskim potrebama sistema, odnosno njegovom sposobnošću reagovanja na izazove, koje se pojavljaju pred njim. Od broja i strukture zaposlenih u zdravstvu u mnogome zavisi i visina potrebnih ulaganja u zdravstvenu zaštitu, odnosno osiguranje, pošto od toga zavise troškovi radne snage u toj ovlasti. Poznato je, da troškovi radne snage (zarade,) iznose po segmentima između od 65 do 80 % cjelokupnih troškova zdravstvene zaštite, zbog čega imaju veliki uticaj na potrebna sredstva za održavanje i funkcionisanje sistema. Sve su to razlozi za plansko regulisanje zapošlavanja u kapacitetima, uključenim u mrežu javne zdravstvene službe, koje mora biti usaglašeno sa planskim zadacima i ciljevima i raspoloživim financijskim sredstvima društva.

7.1. Kadrovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Na osnovu analize kadrova i rezultata rada na Projektu primarne zdravstvene zaštite, utvrđeni su kadrovski normativi u ovoj oblasti. Kadrovski normativi se definišu u odnosu na veličinu populacije. To je jedan od najznačijnijih kriterijuma za planiranje potrebnih zdravstvenih kapaciteta i određivanje mreže. Kadrovski normativi obezbjeđuju ujednačenu organizaciju zdravstvene službe i dostpnost pojedinim nivoima zdravstvene zaštite, stručnu, socijalno-medicinsku i ekonomsku opravdanost postojanja tih djelatnosti na pojedinim lokacijama. Zbog tih razlog se određene djelatnosti, kao što su (radiologija, pulmologija, fizioterapija, psihiatrija) ne organizuju u istoj opštini, ili se organizuju samo na jednom nivou. Takođe se u određenim situacijama, zbog ekonomskih razloga planiraju zajednički kapaciteti, a posebno u radiologiji, pulmologiji, fiziotreapiji, psihijatriji.

Uz primjenu nove organizacije primarne zdravstvene zaštite i uz predviđanja o kretanju broja stanovništva može se ustanoviti, da će se potrebe za izabranim doktorima i sestrama, kao timovima koji će nositi najveći dio zadataka u oblasti zdravstvene zaštite u Crnoj Gori u prosjeku iznositi 488 timova izabranih ljekara i ljekara u centrima za podršku, odnosno ukupno zaposlenih u domovima zdravlja 2427. Plan kadrova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radiće na osnovu normativa za svaku godinu prema kriterijumima za planiranje.

Tabela br.20 ***Planirani broj kadrova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti***

Dom zdravlja	**Broj zaposlenih**
ANDRIJEVICA	21
BAR	156
BERANE	137
BIJELO POLJE	197
BUDVA	62
CETINJE	73
DANILOVGRAD	64
HERCEG NOVI	130
KOLAŠIN	39
KOTOR	89
MOJKOVAC	39
NIKŠIĆ	296
PLAV	54
PLJEVLJA	141
PLUŽINE	16
PODGORICA	664
ROŽAJE	89
ŠAVNIK	11
TIVAT	53
ŽABLJAK	16
ULCINJ	80
UKUPNO	2.427

*Prosječan broj zaposlenih po timovima izabranih doktora i profilima dat je u prilogu Plana

Na osnovu normativa kadra, definisanih tokom rada na Projektu, neki domovi zdravlja i zdravstvene stanice neće ispunjavati uslove za nastavak rada u svim djelatnostima, koje su do

sada obezbjeđivale**.** U tim djelatnostima planiraće se zapošljavanje sa skraćenim vremenom, ili radom jednog tima u dva susjedna doma zdravlja. Na osnovu zakona, koji omogućava zdravstvenim radnicima, da rade za druge poslodavce, ljekari će imati mogućnost da ugovore rad sa zdravstvenom ustanovom u kojoj su stalno zaposleni, u okviru dogovorenog, normativima ograničenog obima usluga i da imaju takve ugovore i sa drugim zdravstvenim ustanovama. To je jedan od načina riješavanja pitanje osposobljenosti stanovništva u područjima, gdje je zadržavanje pojedinih timova neracionalno.

Radni normativi izabranih doktora i centara za podršku domova zdravlja utvrdiće se aktom Ministarstva zdravlja, na osnovu obimu prava i usluga i kataloga usluga pojedinih zdravstvenih djelatnosti, a služiće za planiranje rada zdravstvenih ustanova i za određivanje novog načina plaćanja na osnovu kapitacije i cijena usluga.

7.2. Plan kadrova u specijalističkoj i bolničkoj zaštiti

Sve predpostavke za detaljno planiranje kadrova u specijalističkoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, definisaće se tokom rada na Projektu unapređenja sistema zdravstva, utvrđivanjem normativa u ovoj djelatnosti. Takođe, na osnovu mreže zdravstvenih ustanova utvrdiće se ukupni institucionalni kapaciteti u ovom segmentu zdravstvene zaštite. Zbog potrebe usmjeravanja ovog veoma važnog dijela sistema zdravstva urađene su planski okviri za broj zaposlenih, kao osnove za vođenje kadrovske politike u ovoj oblasti.

Planirani kadrovi su izračunati na osnovu parametara i to:

- veličine gravitacionog područja, odnosno broja otpuštenih (ili primljenih) pacijenata u godini;
- normativa iskorišćenosti postojećih posteljnih kapaciteta;
- prosječnog planiranog trajanja bolničkog lječenja, po specijalnostima;
- prosječnom broju pacijenata, lječenih na stacionarnom odelenju u odnosu na jednog ljekara, odnosno njegov tim (na dan, godišnje);
- prosječnom broj normiranih bolničkih dana na 1 ljekara, u stacionarnoj bolničkoj djelatnosti;
- normativima sastava timova za stacionarno odnosno ambulantno lječenje.

Analiza rad sekundarne djelatnosti pokazala je da iskorišćenost postelja u Crnoj Gori niska, prosječno trajanje lječenja predugo. Predlogom normativa o prosječnom trajanju lječenja i iskorišćenosti bolničkih postelja ustanovljene su realne potrebe za bolničkim posteljnim kapacitetima po bolnicama u Crnoj Gori. **Primjena navedenih normativa korištenja posteljnih kapaciteta i prosječnog trajanja lječenja, a koji su ispod evropskog prosjeka, neće narušiti za zdravstvenu bezbjednost stanovništva, smanjiti bolničke postelje kapacitete za nešto više oko 20 %, ili za oko 441 postelju koje nijesu decenijama bile u funkciji.**

Predlozi normativa se zasnivaju na međunarodnim iskustvima. Na teritoriju evropskog regiona Svjetske zdravstvene organizacije je prosječno trajanje jednog bolničkog lječenja u akutnim bolnicama iznosilo je 9,4 dana, a u Evropskoj uniji 7,1 dana (1999. godina). U istoj godini, prosječna iskorišćenost bolničkih postelja u Evropi je bila 80,18 %, a u Evropskoj uniji 77,13.[33]

[33] Podaci: Health for all Data Base, 2004. Kopenhagen)

Perspektivno ova dva veoma značajna indikatora rada bolničke zdravstvene djelatnosti, u Crnoj Gori moraju da se poboljšavaju i približavaju evropskim standardima, jer je činjenica, da se neiskorišćeni kapaciteti ne koriste za liječenje stanovništva i zbog toga predstavljaju neracionalnost u sistemu.

Tabela 21 ***: Normativ planske iskorišćenosti posteljnih kapaciteta bolnica*** [34]

Djelatnost - odelenje	***Stanje u CG u 2003***	***Normativ***
Interna *	76,70	80,0
Hirurgija (sa urologijom, maksilofacialnom hirurgijom, oftalmologijom, ORL)	66,53	75,0
Ginekologija	54,40	75,0
Pedijatrija	49,60	75,0
Psihijatrija **	47,70	90,0
Ortopedija **	55,1	75,0
Tercijarne djelatnosti ***	68,68	80,0

*Tabela 22****. Normativ prosječnog trajanja bolničkog lječenja ****

Djelatnost - odelenje	***Stanje u CG u 2003***	***Normativ***
Interna *	9,88	8,5
Hirurgija (sa urologijom, maksilofacialnom hirurgijom, oftalmologijom, ORL)	8,08	6,5
Ginekologija	6,61	5,6
Pedijatrija	6,69	6,7
Psihijatrija **	75,95	49,0

[34] Napomena:

* Interna sa infektologijom, pulmologijom, i nerurologijom u opštim bolnicama.

** Podatak o stanju kod psihijatrije odnosi se na SB Dobrota – Kotor, a za ortopediju za SB Risan.

*** Pod tercijarnom djelatnošću su predstavljene sve djelatnosti Kliničkog centra, (sekundarna i terciarna djelatnost)

Ortopedija **	15,20	12,5
Tercijarne djelatnosti ***	7,30	7,0

Tabela 23. ***Broj postojećih bolničkih postelja u opštim bolnicama i potrebe na osnovu normativa***

Opšta bolnica	***Broj postojećih postelja***	***Normativ izkoriščenosti kapacitet***	***Broj potrebnih postelja po normativima***
Interna medicina			
OB Bar	***61***	***80,0***	***49***
OB Berane	***67***	***80,0***	***54***
OB Bijelo Polje	***56***	***80,0***	***45***
OB Kotor	***52***	***80,0***	***42***
OB Nikšić	***95***	***80,0***	***76***
OB Pljevlja	***38***	***80,0***	***30***
OB Cetinje	***24***	***80,0***	***19***
OB – UKUPNO	***393***	***80,0***	***314***
Ginekologija			
OB Bar	***35***	***75,0***	***26***
OB Berane	***50***	***75,0***	***38***
OB Bijelo Polje	***36***	***75,0***	***27***
OB Kotor	***33***	***75,0***	***25***
OB Nikšić	***52***	***75,0***	***39***
OB Plevlja	***24***	***75,0***	***18***
OB Cetinje	***33***	***75,0***	***25***
OB UKUPNO	***263***	***75,0***	***197***
Hirurgija			

OB Bar	***42***	***75,0***	***32***
OB Berane	***54***	***75,0***	***41***
OB Bijelo Polje	***44***	***75,0***	***33***
OB Kotor	***41***	***75,0***	***31***
OB Nikšić	***115***	***75,0***	***86***
OB Plevlja	***27***	***75,0***	***20***
OB Cetinje	***49***	***75,0***	***37***
OB UKUPNO	***372***	***75,0***	***279***

Pedijatrija

OB Bar	***19***	***75,0***	***14***
OB Berane	***26***	***75,0***	***20***
OB Bijelo Polje	***20***	***75,0***	***15***
OB Kotor	***19***	***75,0***	***14***
OB Nikšić	***24***	***75,0***	***18***
OB Plevlja	***15***	***75,0***	***11***
OB Cetinje	***15***	***75,0***	***11***
OB UKUPNO	***138***	***75,0***	***104***

*Tabela 24**: Broj postojećih postelja u specijalnim bolnicama i Kliničkom centru i potrebe na osnovu normativa***

Specjialna bolnica	***Broj postojećih postelja***	***normativ iskorišćenosti kapaciteta***	***Broj potrebnih postelja na osnovu normativa***
SB za plućne bolesti i TB BrezovikNikšić	***141***	***80,0***	***113***
SB za psihijatriju Dobrota Kotor	***303***	***90,0***	***273***
SB za ortopediju i	***178***	***75,0***	***134***

neurologiju Risan			
Klinički centar	***740***	***80,0***	***669***
UKUPNO	***1362***		***1189***

Izračunate potrebe posteljnih kapaciteta po odelenjima, zasnivaće se na dosadašnjem broju hospitalizovanih osiguranih lica na 1000 osiguranih lica, koji će se planski postepeno povećavati, sa dosadašnjih 108,2/ 1000 na oko 120/ 1000 stanovnika u godini 2007. Planirano povećanje potreba za hospitalnim lječenjem osiguranih lica značiće potrebu povećanja normativa bolničkih posteljnih kapaciteta, u odnosu na stanje iz 2003. godine za oko 10 % i to različito po pojedinim specijalnostima. Planirana predviđanja na nivou bolnica, odstupaće, saglasno promjenama njihovog gravitacionog područja, odnosno promjenama broja stanovništva u njemu.

Predlogom broja postelja u planu Crna Gora bi imala 3,4 bolničke postelje na 1000 stanovnika. Predlog se zasniva na postojećim podacima o obimu bolničkog lječenja i stopi hospitalizacije, kao na ekonomskim saznanjima o racionalnoj orgnizaciji i poslovanju bolnica. Broj potrebnih bolničkih postelja usklađivaće se svake godine, prilikom sklapanja ugovora sa Republičkom fondom za zdravstveno osiguranje, na osnovu podataka o broju primljenih /otpuštenih pacijenata u prethodnim godinama. To će postati jedan od kriterijuma za donošenje programa rada pojednih bolnica, po pitanju obima rada, odnosno planiranog broja bolničkih dana, potrebnih kadrova i troškova, za sklapanje ugovora i određivanje cijena usluga. Umjesto određivanja potrebnih kapacieta, koristitiće se i podaci o veličini gravitacionog područja pojedinog bolničkog odelenja, odnosno bolnice, koje će izračunavati i pratiti Institut za javno zdravlje. **Prilikom utvrđivanja plana bolnica uvažavaće se i normativi rada koji su predloženi, na osnovu broja bolničkih dana na jednog ljekara, odnosno na tim.** Normativi su predloženi na osnovu iskustva iz evropskih zemalja, gdje je »produktivnost« zdravstvenih radnika veća, nego u bolnicama u Crnoj Gori. Povećanje »efikasnosti: obim i kvalitet«, koji su predloženi normativima u ovom planu su u evropskim zemljama uobičajno opterećenje ljekarskih timova. Njihova primjena u Crnoj Gori značiće dalji napor ka poboljšanju efikasnosti, racionalizaciji rada bolničke djelatnosti i uštedu značajnih finansijskih sredstava.

*Tabela 25**. Broj ostvarenih BO dana u 2003 i planirani BO dana po djelatnostima***[35]

Djelatnost	***Broj ljekara u 2003. godini***	***Broj ostvarenih BO dana u 2003. godini***	***Broj B0 dana na ljekara u 2003. godini, na dan***	***Normativ BO dana na na ljekara***	***Broj BO dana na osnovu normativa o projsečnom trajanju lječenja na ljekara***	***Broj potrebnih ljekara za stacionarno lječenje na osnovu radnog normativa****
Opšte bolnice						

[35] Napomena: za izračunavanje potrebnog broja ljekara uzeto je 256 radnih dana u godini. U taj normativ se ne uračunavaju ljlekari, koji ne rade u stacionarima (direktori, menađeri, predavači na fakultetu), kao i ljekari u ambulantnoj djelatnost. Ukupan broj potrebnih kadrova izračunava se dodavanjem kadrova, koji rade u specijalističkoj ambulantnoj djelatnosti.

Interna odelenja	***59***	***110.019***	***7,03***	***8,00***	***94.652***	***46***
Ginekologija	***38***	***52.224***	***5,36***	***8,00***	***44.244***	***21***
Hirurgija	***92***	***90.329***	***3,83***	***5,50***	***72.666***	***52***
Pedijatrija	***25***	***24.986***	***3,90***	***6,00***	***25.023***	***16***
Specijalne bolnice						
SB za plućne bolesti i TB Brezovik Nikšić	***15***	***64.016***	***16,67***	***15,0***	***18.955***	***5***
SB za psihijatriju Dobrota Kotor	***15***	***52.713***	***13,73***	***15,0***	***34.006***	***9***
SB za ortopediju i neurologiju Risan	***27***	***35.788***	***5,17***	***5,5***	***13.247***	***10***
Klinični center	***214***	***18.5510***	***3,39***	***5,5***	***185.449***	***137***

Pored normativa rada, značajan je sastav ljekarskog tima odnosno, koliko medicinskih sestara, tehničara i drugih zdravstvenih radnika dođe na jednog ljekara u stacionarnoj djelatnosti. Predlog normativa prosječnog bolničkog tima je izračunat na iskustvu i praksi drugih zemalja. U EU prosječan broj zaposlenih medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih kadrova na jednu postelju kreće se između 0,77 do 1,70. U Crnoj Gori taj prosjek zaposlenih u 2003. je bio 0,52, a broj ostalih zdravstvenih radnika 0,29, ili ukupno 0,81 zaposlenih na jednu postojeću postelju.

Ukupan broj sa ljekarima iznosio je 1,00 zaposleni na 1 postelju. Prosječan tim na jednu postelju iznosio je:

1 bolnički ljekar; 2,70 medicinskih sestara; 1,52 drugih zdravstvenih radnika

Predlog normativa kadrova za bolničko lječenje je:

Na planiranu postelju:

▪ ***0,14 ljekara*** ▪ ***0,50 medicinskih sestara*** ▪ ***0,30 ostalih zdravstvenih radnika*** ▪ ***0,20 nezdravstvenih radnika***
UKUPNO tim: 1 bolnički ljekar, 3,57 medicinske sestre, 2,14 drugih zdravstvenih radnika.

Konkretni normativi u stacionarnoj djelatnosti su dio reformskih aktivnosti koje će se izraditi nakon organizacionih promjena i razgraničenja između sekundarne i tercijarne djelatnosti; stacionara i ambulanti kod svih opštih i specijalnih bolnica i Kliničkom centru. Predloženi kadrovski normativi za bolničko lječenje su dati orjentaciono, kao indikatori globalnog razvoja kadrova u zdravstvu u narednom srednjoročnom periodu.

Određivanje plana bolničkih postelja i kadrova u odnosu na stopu hospitalizacije je usmjeravanje bolničke djelatnosti za koju će osnovni kriterijum biti potrebe stanovništva za hospitalizacijom. Cilj planiranja bolničkih kapaciteta, na osnovu ovog plana je povečavanje efikasnosti i efektivnosti bolnička zdravstvena zaštita.

Djelatnost bolnica sadrži i specijalističku ambulantnu djelatnost. Planski odnos između bolničke i ambulantne djelatnosti biće sljedeći:

- 10 % radnog vremena timova ljekara u oblasti onkologije i infektologije;
- 15 % radnog vremena timova ljekara u djelatnosti pedijatrije i ginekologije;
- 25 % radnog vremena timova ljekara u djelatnosti ortopedije i hirurgije;
- 40% radnog vremena timova ljekara u djelastnosti interne medicine, psihiatrije i neurologije;
- 50 % radnog vremena u djelatnosti oftalmologije i otorinolaringologije.

8. Financijski okviri razvoja zdravstvene zaštite

Planirane promjene u zdravstvenoj zaštiti obuhvataju i promjene u organizaciji i radu Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, kao dio reformskog procesa. To se posebno odnosi na planiranje zdravstvene zaštite i na uspostavljanje partnerskih odnosa sa zdravstvenim ustanovama i radnicima. Iskustva zemalja ukazuju da su reforme bile uspješne, samo ako ih je pratilo i adekvatno finansiranje i promjene u ovoj oblasti**. Imajući u vidu značaj i odgovornost Republičkog fonda za uspjeh reformi zdravstvene zaštite i obezbjeđenje finsansijske održivosti sistema zdravstva, Vlada Republike Crne Gore je usvojila Finansijski plan održivosti za period 2005-2010 godina.**

Ovim dokumentom je predviđeno, da sredstva za zdravstvenu zaštitu u sljedećim realno godinama opadaju u odnosu na učešće u DBPu sa 7,10% u 2003. godini na 6,60 % u 2007. godini[36]. Prognoza se zasniva na očekivanom privrednom rastu i rastu bruto domaćeg proizvoda. Planirano je da se sredstva za zdravstvenu zaštitu osiguranih lice nominalno

[36] Prosjek Evropskog unije, učešće sredstava za zdravstvenu zaštitu u GDP 8,66%

povećavaju u periodu od 2003.do 2007. godine za 16,4%, ili u prosjeku za oko 4,1% godišnje, odnosno sa 152,54€ na 177,61€. Izrada kriterijuma za ugovaranje, kao i obima i standarda zaštite koju finansira Fond biće jedan od prioritetnih zadataka u 2006 godini.

Utvrđeni finansijski okvir u naredne tri godine, ne obezbjeđuje veće finansijske mogućnosti razvoja zdravstvene zaštite u Crnoj Gori. Mogući pristup za održivost sistema zdravstva je racionalizacija zdravstvene zaštite i povećanje dodatnih, sredstava, na račun smanjenja učešća javnih sredstava. Pored mjera utvrđenih Finansijskim planom održivosti, a na osnovu definisanih prioriteta, Master **planom se ističu sljedeće mjere :**

1. proširenje i povećanje participacija osiguranih lica prilikom korišćenja zdravstvenih usluga. Zakonom su izdvojene kategorije osiguranih lica koja su oslobođena obaveze plaćanja participacije.

2. uvođenje dobrovoljnog osiguranja, koje može obezbijediti dodatna prava odnosno usluge, koje nisu uključene u obavezno osiguranje (npr. stomatološke usluge), usluge u većem standardu od onog koji je objektivno moguć, lječenje van teritorije Crne Gore (koja ne obezbeđuje Republički fond), usluge prilikom liste čekanja (ortopedija i dr), kod privatnika, koji nisu uključeni u mrežu javne zdravstvene službe i nemaju ugovora sa Republičkim fondom i druge. Dobrovoljno osiguranje moglo bi se uvesti kao posebna djelatnost Republičkog fonda, koja bi bila organizaciono i financijski odvojena od obaveznog osiguranja i funkcionisala bi po principima i zakonima zdravstvenog, i opšteg osiguranja i njihovih propisa.

3. uvođenje privatnih ambulanti u javni sistem zdravstva. Javne zdravstvene ustanove mogu, na osnovu Zakona nuditi svoje neiskorišćene kapacitete, za koje nema potreba odnosno pokrića u javnom sistemu odnosno osiguranju. Te usluge bi mogle biti sastavni dio ponude dodatnog dobrovoljnog osiguranja.

4. procesuiranje regresionih odšteta, koje su pravna i fizička lica prouzrukovala Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje, jer se praksi ovo ne ostvaruje u zadovoljavajućoj mjeri.

5. uvešće se prijavljivanje i evidentiranje povreda na radu i profesionalnih bolesti kod aktivnih osiguranika (zaposleni, samozaposleni, poljoprivrednici, i dr) i osoba koji su izloženi rizicima obolijevanja, ili povređivanja.

Sa predloženim mjerama bi se postiglo povećanja izvora sredstava za funkcionisanje obaveznog osiguranja i finansiranje zdravstvene zaštite, a uspostavila bi se bolja obuhvatnost i kontrola nad privatnim sredstvima, koja se inače pojavljaju u sistemu, kao izdaci stanovništva. Istovremeno, ovim dodatnim sredstvima bi se poboljšala finansijska situacija u osiguranju, a time i u poslovanju zdravstvenih ustanova. Time bi postigli i određene ciljeve u pravcu privatizacije zdravstvenog osiguranja i zaštite, koja ne bi bila prepuštena stihiji.

Zbog potrebe povećanja kvaliteta predviđena je mogućnost konkurencije u zdravstvu zbog čega će se na osnovu zakona pripremiti akta za uključivanje privatnih kapaciteta u mrežu javne zdravstvene službe. Takođe će se pripremiti kriterijumi za dodjeljivanje koncesija privatnicima, koji će ispunjavati zakonske uslove i koji će imati interes za sklapanje ugovora sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje. Svi koncesionari moći će se javiti

na konkurse za pružanje zdravstvenih usluga, ako ponude bolje uslove od javnih zdravstvenih ustanova, ili bar jednake na područjima, gdje su javne ustanove i njihovi kapaciteti nedovoljni.

Mreža javne zdravstvene službe predstavljaće kapacitete potrebne za pružanje programa zdravstvenih usluga, koji će se finasirati iz javnih sredstava, Mreža javne zdravstvene službe odrediće se na osnovu:

1. priortitea utvrđenih ovim planom,
2. smjernica i stavova u razvoju zdravstvenih kapaciteta,
3. normativa i standarda zdravstvenih timova i kadrova, rada

Mreža javnih zdravstvenih ustanova će:

- **se zasnivati na savremenoj organizaciji zdravstvene službe i postavljenim prioritetima zdravstvene zaštite utvrđenim ovim Planom;**
- **se bazirati na tehnologiji rada, neophodnim znanjima timova zdravstvenih radnika i zahtjevima po specializacijama i višoj stručnoj spremi, koja nije potrebna za obavljanje određenih zadataka;**
- **sadržati i uključivati samo one kapacitete, za koje postoji pokriće u javnim finansijskim sredstvima, odnosno dopunskim sredstvima koji će biti održivi i racionalno iskorišćeni;**
- **na organizaciji i rasporedu zdravstvenih kapaciteta raspoređenenih na teritoriji Crne Gore, gdje je dovoljno veliko gravitaciono područje, odnosno zadovoljavajući broj potencijalnih korisnika usluga;**
- **uvažavanju specifičnosti pojedinih opština, kako bi se obezbijedila jednaka dostupnost neophodnih usluga stanovništvu:**

Ministarstvo zdravlja će izraditi Mrežu javnih zdravstvenih ustanova, nakon završetka rada na projektnim aktivnostima u dijelu izrade normativa i stabnarda u sekundarnoj i tercijernoj zdravstvenoj zaštiti.

Mrežu zdravstvenih ustanova usvaja Vlada Republike Crne Gore na osnovu člana 12 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

9. Zaključak

Usvajanjem i ostvarivanjem ovog plana za period 2005 – 2010 godina realizovaće se utvrđeni ciljevi razvoja zdravstva kroz:

- usklađivane razvoja sa potrebama stanovništva i prioritetima, kao dio ukupnih reformskih procesa;
- povećanje efikasnost zdravstvene djelatnosti,
- smanjenje kapaciteta na svim nivoima, koji neće umanjiti mogućnosti liječenja, ili smanjenja dostupnosti i obezbjenosti sa zdravstvenim uslugama
- financijska stabilnost sistema,
- primjena plana će efektuirati 15% potrebnih srestava za ostavrivanje zdravstvene zdravstvene zaštite. Ta će se sredstva namijeniti za poboljšanje uslova rada i poslovanja zdravstvenih,

ustanova, što podrazumijeva bolju opremljenost, bolje uslove stručnog usvršavanja i povećanje plata zaposlenih, što su ciljevi reforme zdravstvene zaštite.

Ministarstvo zdravlja će pratiti ostvarivanje ovog plana preko godišnjih izvještaja Instituta za javno zdravlje, Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova.

Evaluacija Plana obuhvatiće posebne izvještaje i analize o ostvarivanju prioritetnih planskih zaadataka. Evaluacija plana će sadržati i mjere i nosioce za realizaciju svake aktivnosti.

Aneksi:

Error! No index entries found.