**Milica Vukotić**

**Održivi razvoj: Zdravstveni sistem i sistem socijalne zaštite**

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

**Zdravstveni sistem Crne Gore**

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

* stepen uključenosti vlade;
* dominantno prisustvo neizvjesnosti na svim nivoima zdravstvene zaštite, polazeći od slučajnosti individualnih bolesti do razumijevanja koliko dobro medicinski tretman funkcioniše i za koga;
* asimetrične informacije: velika razlika u znanju između doktora (i drugih pružalaca usluga) i njihovih pacijenata, korisnika medicinskih usluga. Ova asimetrija dovodi do problema moralnog hazarda.
* eksternalije- ponašanje pojedinaca koje stvara troškove ili koristi drugima.

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

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

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

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

Naredni grafik slikovito prikazuje organizaciju zdravstvenog sistema, i pitanja koja će biti obrađena.

###### Grafik : Sistemska analiza zdravstvene zaštite



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

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

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

## Pregled stanja u zdravstvenom sektoru

Zdravstveni sistem Crne Gore predstavlja dio zdravstvenog sistema bivše SFRJ sa naslijeđenim karakteristikama neracionalne i neefikasne organizacije, uz promociju dostupnosti svih prava iz zdravstvene zaštite[[1]](#footnote-1). Time je stvorena slika da građani imaju pravo na bilo koju od zdravstvenih usluga bez obzira na stvarnu potrebu. Pri tom, nije razvijena svijest građana o tome da svaka zdravstvena usluga ima svoju cijenu i da zdravstvo nije besplatno.

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

Crnogorski zdravstveni sistem je suočen sa problemima koji zahtijevaju hitnu intervenciju, kako u finansiranju i upravljanju, tako i u pružanju zdravstvenih usluga. U Crnoj Gori, učešće javnih troškova za zdravstvo u ukupnom bruto društvenom proizvodu (BDP) iznosi 6,59%[[2]](#footnote-2) u 2005. godini, što predstavlja povećanje u odnosu na 2004. godinu kada je iznosilo 6,23%. Ovaj porast je nastavak trenda iz prethodnih godina, što će numerički biti predstavljeno kasnije u poglavlju.Ovo predstavlja prilično visok procenat. Izdaci na obrazovanje iznose 5, 9% BDP-ja, dok izdaci na socijalnu zaštitu iznose približno 3%. Ukoliko se uzme u obzir da procenat izdataka na zdravstvo u ukupnim budžetskim rashodima iznosi oko 14,58% u 2005. godini, što predstavlja povećanje u odnosu na 2004. godinu kada je iznosilo 13,68%, onda se dolazi do zaključka da je reforma u oblasti zdravstva neophodna. Uprkos relativno visokim izdacima za zdravstvo, nedostaje unaprjeđenje osnovnih zdravstvenih indikatora u posljednjih nekoliko godina.

Ovako visoka potrošnja za zdravstvo je značajno iznad prosjeka zemalja sa sličnim nivoima dohotka. Grafik 2 prikazuje odnos BDP-a po stanovniku i troškove za zdravstvo po stanovniku za izabrane zemlje Centralne i Istočne Evrope (CIS) za 2001. godinu[[3]](#footnote-3). Izdaci za zdravstvo u Crnoj Gori su upoređeni sa izdacima u Albaniji, Bosni i Hercegovini, Bugarskoj, Hrvatskoj, Češkoj, Mađarskoj, Makedoniji Poljskoj, Rumuniji, Moldaviji, Slovačkoj i Sloveniji. Potrošnja Crne Gore za zdravstvo nalazi se iznad prosjeka navedenih zemalja (roza tačka na grafiku 1). Na x osi predstavljeni je BDP po stanovniku, izražen u internacionalnim dolarima, odnosno mjeren prema konceptu kupovne moći (PPP), dok su na y-osi predstavljeni izdaci na zdravstvo, takođe mjereni u međunarodnim dolarima :

###### Grafik 2. Poređenje zdravstvenih izdataka u izabranim CIS zemljama (2001.)

Ovaj grafik je interesantan i za upoređivanje mikro i makro alokacije u oblasti zdravstva, odnosno kako pojedinac donosi odluke o kupovini zdravstvene zaštite, a kako društvo kao cjelina. Pojedinac će povećati tražnju za zdravstvenom zaštitom kada je bolestan, odnosno kada ima povećanu *potrebu* za njom. Zato mnogim pojedincima može nelogično zvučati zaključak (a koji može djelimično biti izveden i sa grafikona 2), da zemlje troše više novca na zdravstvenu zaštitu zato što imaju više novca za trošenje, a ne zato što imaju veće medicinske potrebe. Ovu pojavu detaljnije smo objasnili u sedmom poglavlju. Ukratko, pojedinačne odluke o potrošnji za zdravstvenu zaštitu (mikro) značajno se razlikuju, i baziraju na različitim faktorima, od nacionalnih odluka, koje se donose kroz politički proces, o tome koji dio budžeta ili BDP-a bi trebalo da bude potrošen za zdravstvo (makro). Odnosno, kada se pomjeramo sa mikro na makro nivo, determinanta potrošnje se pomjera sa «potrebe za zdrasvstvenom zaštitom» na «raspoloživi dohodak».

Iako Crna Gora troši više od zemalja sa sličnim nivoom dohotka, kada uporedimo izdatke za zdravstvo po stanovniku sa očekivanim trajanjem života, Crna Gora se pokazuje kao relativno dobra među izabranim CIS zemljama. Ovo poređenje ukazuje da Crna Gora ima relativno dobre zdravstvene performanse za svoj nivo potrošnje, ali se one ostvaruju po relativno visokom trošku za privredu kao cjelinu. Odnosno, očekivano trajanje života je posljedica karakteristika sistema, najviše u pogledu dostupnosti zdravstvene zaštite. Međutim, široka dostupnost nije neophodno uzrok visokih troškova, već značajnu ulogu igra i neefikasna upotreba sredsatva. Ovo je predstavljeno grafikom 3 (na x-osi su predstavljeni izdaci za zdravstvo po stanovniku, izraženi u međunarodnim dolarima, dok je na y-osi predstavljeno očekivano trajanje života):

###### Grafik 3. Očekivano trajanje života i p.c. izdaci za zdravstvo u CIS zemljama (2001)

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

Da zaključimo, nakon analize, sa jedne strane institucija zdravstvenog sistema, a sa druge strane ponašanja pojedinaca kao proizvođača sopstvenog zdravlja, biće date preporuke za reformu zdravstvenog sistema, a u skladu sa ciljevima održivog razvoja.

**Sistem socijalne zaštite**

U ovom dijelu projekta biće dat prikaz sistema socijalne zaštite u Crnoj Gori. Biće urađena analiza postojećeg sistema, na osnovu analize ekonomskih i demografskih trendova, kao i trendova na tržištu rada koji utiču na socijalnu zaštitu.

Uprkos progresu ostvarenom u poslednjih nekoliko godina, koji se ogleda u značajnom smanjenju stope nezaposlenosti, crnogorsko tržište rada još uvijek ima nekoliko ozbiljnih problema. Prvo, relativno niska stopa aktivnosti, posebno među ženskom radnom snagom, visoki

udio dugoročno nezaposlenih osoba i neravnoteža između ponude i potražnje za random snagom. Ovakva situacija je uzrokovana kombinacijom nekoliko faktora, koji su imali odlucujuci uticaj – gubitak poslova zbog restrukturiranja, barijere za ulazak na tržište rada (visok nivo zaštite zaposlenja i visoko fiskalno opterecenje troškova rada). Dodatno, posebno ozbiljan problem crnogorskog tržišta rada je i veliki obim neregistrovane zaposlenosti. Prema Istraživanju radne snage iz 2007. godine, blizu 50.000 osoba ili 22,6% ukupnog broja zaposlenih je neregistrovano. Dodatno, za 31.000 ili 17,5% registrovanih zaposlenih osoba poslodavci placaju doprinose za obavezno socijalno osiguranje samo na 50% njihove stvarne zarade.

Rashodi za socijalnu zaštitu u Crnoj Gori, prema završnom računu budžeta za 2007.godinu, su iznosili 426,9 miliona eura ili 17,44% procijenjenog BDP-a. Izdaci na prava i naknade iz oblasti socijalne zaštite su cinili 15,8%22 BDP-a, dok se na socijalno staranje, socijalne usluge i mjere odnosilo 0,52% BDP u 2007. godini. Drugi troškovi, koji se prvenstveno odnose na troškove institucija socijalne zaštite su cinili 1,13% BDP-a. Prava socijalne pomoci su predstavljala 1,13%BDP-a, dok su prava po osnovu socijalnog osiguranja predstavljala 14,57% BDP-a. Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja je institucija zadužena za rukovođenje cjelokupnog sistema socijalne zaštite u Crnoj Gori. Institucije koje su zadužene za sprovođenje socijalne zaštite su centri za socijalni rad (socijalna pomoc), rezidencijalne institucije (institucionalno staranje), Fond penzijskog i invalidskog osiguranja (penzijsko i invalidsko osiguranje), Fond za zdravstveno osiguranje (zdravstveno osiguranje) i Zavod za zapošljavanje Crne Gore (osiguranje od nezaposlenosti).

Sistem socijalne zaštite obezbjeđuje naknade zasnovane na osiguranju i naknade socijalne pomoci. Naknade zasnovane na osiguranju uključuju: naknadu za nezaposlenost, naknadu zarade tokom porodiljskog odsustva, naknade iz penzijsko-invalidskog osiguranja (starosna, porodicna i invalidska penzija, i naknada za tjelesno oštecenje). Najvažnija prava socijalne pomoci ukljucuju: materijalno obezbjeđenje porodice (uslovljeno materijalnom situacijom), djeciji dodatak, licna invalidnina, dodatak za tuđu njegu i pomoć, naknada za starateljsku porodicu, i druge naknade. Od pocetka tranzicije, raspoloživost i kriterijumi za naknade su promijenjeni, za neke naknade raspoloživost je proširena a za neke sužena. Raspoloživost najvažnijeg prava socijalne pomoci je proširena, dok je na primjer raspoloživost za djeciji dodatak smanjena sa univerzalne na ogranicen broj korisnika. Takođe, neka nova prava su definisana, među kojima je

najvažnije pravo na ličnu invalidninu.

Detaljniji prikaz sistema socijalne zaštite, kao i faktora koji utiču na njega, biće dat u narednoj fazi projekta, a sada ćemo definisati ključne izazove skladu sa EU ciljevima procesa socijalne zaštite i socijalne inkluzije, koje je usvojio Evropski Savjet u martu 2006. godine. Izazovi su:

o Usmjeravanje prava socijalne zaštite ka zadovoljavanju potreba za socijalnom pomoci. Prava socijalne pomoci trebaju biti fokusirana ili na raspoloživost ili na trajanje i visinu naknada. Rigidnosti u oba aspekta ugrožavaju adekvatnost, dostupnost i socijalnu koheziju korisnika.

o Transparentnost i monitoring sistema. Transparentan i dostupan sistem socijalne zaštite može povecati povjerenje korisnika socijalne zaštite. Rigidnije sankcije za zloupotrebe sistema socijalne zaštite, za korisnike i provajdere socijalne zaštite, može unaprijediti javno mišljenje o profesionalcima ukljucenim u sistem socijalne zaštite.

o Decentralizacija Centara za socijalni rad u smislu finansiranja i pružanja pomoci. Na ovaj nacin ce se ukljuciti opštine, sa ciljem obezbjeUivanja dostupnosti i efikasnosti sistema socijalne pomoci.

o Unapređenje administrativnih kapaciteta institucija ukljucenih u obezbjeđivanje socijalne pomoci, prvenstveno Ministarstva zadravlja rada i socijalnog staranja, kao i institucija koje pružaju usluge socijalne zaštite.

Pored ovih, bitno je navesti i izazove za iskorjenjivanje siromaštva i socijalne isključenosti, a to su:

o Identifikacija i dizajn odgovarajucih mjera za iskljucene grupe, ukljucujuci one koje još uvijek vlada ne prepoznaje kao iskljucene, i ukljuciti siromašne zaposlene osobe, tehnološke viškove, žene iz etnickih zajednica koje žive u ruralnim oblastima, velike porodice, nezaposlene roditelje i samohrane roditelje, i osobe smještene u institucije socijalne zaštite.

o Diversifikacija mjera politike za razlicite grupe koje žive u siromaštvu, ukljucujuci prilagoUavanje mjera potrebama korisnika, kombinovanje obuka i savjetodavnih usluga pojedinaca koji su siromašni i povecanje finansijske pomoci tradicionalno siromašnim (Romi) i hronicno siromašnim osobama.

o Povecanje pristupa razlicitim socijalnim resursima, pravima i uslugama, posebno pristup obrazovanju i zdravstvu za osobe koje žive u udaljenim ruralnim oblastima.

o Ukljucivanje u obrazovni sistem i obuku mladih nezaposlenih osoba.

o Prevencija socijalne iskljucenosti kroz povecanje upisa u obrazovni sistem, smanjenjem broja osoba koje rano napuštaju obrazovni sistem i povecanjem pristupa osnovnom obrazovanju za ugrožene grupe, npr. djeca Romi, djeca sa invalidnošcu.

o Efikasna implementacija planiranih aktivnosti za iskorjenjivanje siromaštva, kao i aktivni monitoring procesa implementacije. Postojece strategije za suzbijanje siromaštva u Crnoj Gori su definisane u skladu sa ciljevima EU i ukazuju na spremnost Vlade da intenzivira aktivnosti na ublažavanju socijalne iskljucenosti u Crnoj Gori.

\*\*\*

U toku analize zdravstvenog sistema i sistema socijalne zaštite, biće uzet u obzir uticaj demografskih trendova na ove sisteme, a na osnovu projekcija koje će biti dio ovog projekta.

1. Za više informacija vidjeti “Strategija razvoja zdravstva Crne Gore”, Ministarstvo zdravlja, Septembar 2003. [↑](#footnote-ref-1)
2. Izvor: RZZO: Strateški razvojni plan zdravstvenog osiguranja CG do 2011. godine. [↑](#footnote-ref-2)
3. Izvor: World Health Organization; tabela sa podacima nalazi se u Aneksu 7 [↑](#footnote-ref-3)