

**VLADA CRNE GORE**  
**MINISTARSTVO ZDRAVLJA, RADA I**  
**SOCIJALNOG STARANJA**

**Strategija za prevenciju i kontrolu**  
**hroničnih nezaraznih bolesti**

**Podgorica, novembar 2008**

## **Sadržaj**

<b>1. Uvod – potreba za donošenjem Strategije</b>	<b>4</b>
<b>2. Hronične nezarazne bolesti – problem i izazov</b>	<b>6</b>
<b>3. Opterećenje hroničnim nezaraznim bolestima u Crnoj Gori – situaciona analiza</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Najvažnije hronične nezarazne bolesti</b>	<b>10</b>
3.1.1. Bolesti sistema krvotoka	11
3.1.2. Maligne neoplazme	16
3.1.3. Diabetes mellitus (šećerna bolest)	21
3.1.4. Bolesti mišićno-koštanog sistema	24
3.1.5. Hronične opstruktivne bolesti disajnih puteva	24
3.1.6. Povrede	25
<b>3.2. Faktori rizika za najvažnije hronične nezarazne bolesti</b>	<b>28</b>
3.2.1. Hipertenzija (povišen krvni pritisak)	28
3.2.2. Pušenje duvana	30
3.2.3. Pretjerana upotreba alkohola	31
3.2.4. Nepravilna ishrana uz nizak unos voća i povrća	32
3.2.5. Nedovoljna fizička aktivnost	32
3.2.6. Prekomjerna tjelesna masa / gojaznost	33
3.2.7. Povišeni nivo holesterol u krvi	35
<b>3.3. Demografske, socio-ekonomske i sredinske determinante zdravlja koje imaju uticaj na nastanak hroničnih nezaraznih bolesti</b>	<b>37</b>
3.3.1. Demografske promjene	37
3.3.2. Siromaštvo	38
3.3.3. Obrazovanje	38
3.3.4. Globalizacija i urbanizacija	39
3.3.5. Problemi u orijentaciji zdravstvene službe	40
<b>3.4. Zaključci analize</b>	<b>41</b>
<b>4. Potencijali za unaprjeđenje zdravlja, prevenciju i liječenje hroničnih nezaraznih bolesti</b>	<b>42</b>
<b>5. Zakonski okvir za donošenje Strategije i postojeća zakonska i strateška dokumenta</b>	<b>46</b>
<b>6. Vodeći principi strategije</b>	<b>47</b>

<b>7. Strateški pristup</b>	48
<b>8. Vizija, ciljevi i ključne poruke strategije</b>	49
<b>9. Okvir za akciju</b>	51
9.1. Zastupanje za zdravlje	51
9.2. Znanje i informisanost	52
9.3. Zakonska regulativa i finansiranje	53
9.4. Kvalitetna i odgovarajuće orijentisana zdravstvena služba	55
9.5. Podrška zajednice	57
<b>10. Institucionalni okvir za sprovođenje strategije</b>	59
<b>11. Monitoring i evaluacija</b>	60
<b>Literatura korišćena pri izradi Strategije</b>	61
<b>Prilog 1. Okvir akcionog plana Strategije za prevenciju i kontrolu najvažnijih hroničnih nezaraznih bolesti</b>	

## 1. Uvod – potreba za donošenjem Strategije

Na osnovu zahtjeva država članica Svjetske zdravstvene organizacije, sa 54 sjednice Regionalnog komiteta SZO za Evropu, kancelarija Svjetske zdravstvene organizacije za Evropski region sačinila je sredinom 2006. godine Evropsku strategiju za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti. Strategija je vođena osnovnom idejom da je ostvarivanje boljeg zdravlja stanovništva Evrope moguće dostići prvenstveno kroz sveobuhvatne programe prevencije i kontrole najvažnijih masovnih hroničnih nezaraznih bolesti: ishemične bolesti srca, cerebrovaskularnih bolesti, malignih neoplazmi, diabetes mellitus-a i hroničnih opstruktivnih bolesti pluća.

Potreba za izradom Strategije za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti u Crnoj Gori zasniva se na nekoliko činjenica :

- U strukturi ukupnog umiranja stanovništva Crne Gore, udio hroničnih nezaraznih bolesti iznosi oko 75%.
- Učešće hroničnih nezaraznih bolesti u ukupnom obolijevanju stanovništva Crne Gore sve je veće. Ovo se objašnjava, prvenstveno procesom starenja stanovništva ali i karakteristikama društva u tranziciji odnosno socio-ekonomskim i sredinskim determinantama zdravlja koje u velikoj mjeri utiču na praktikovanje zdravstveno neadekvatnih životnih stilova (obrazaca ponašanja) među stanovništvom Crne Gore.
- Značajan gubitak godina života zbog preranog umiranja, kao i značajan invaliditet i apsentizam koje izazivaju hronične nezarazne bolesti predstavljaju veliko ekonomsko opterećenje za državu.
- Značajan broj faktora rizika za nastanak najznačajnijih hroničnih nezaraznih bolesti je identifikovan, a mnogi od tih faktora rizika su i preventibilni, prvenstveno kroz upražnjavanje zdravih životnih stilova tj. izmjena neodgovarajućih obrazaca ponašanja.
- Praksa razvijenih zemalja je pokazala da u je značajnoj mjeri moguća redukcija stopa obolijevanja i prijevremenog umiranja od najvažnijih hroničnih nezaraznih bolesti uspostavljanjem dobre funkcionalne povezanosti između mjera unaprijeđenja zdravlja, primarne, sekundarne i tercijarne prevencije i savremenih metoda liječenja.

Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja u Vladi Crne Gore u skladu sa gore navedenim činjenicama, kao i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, odlučilo je da izradi Strategiju za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti kao krovnog dokumenta koji bi trebao dati osnovne smjernice za sveobuhvatni i koordinisani odgovor na sve veću zastupljenost nezaraznih bolesti u nacionalnoj zdravstvenoj patologiji.

Cilj Strategije je izbjegavanje prijevremene smrtnosti, smanjenje obolijevanja od vodećih hroničnih nezaraznih bolesti (koronarne bolesti srca, cerebro-

vaskularnih bolesti, pojedinih malignih neoplazmi i šećerne bolesti), unaprijeđenje kvaliteta života i obezbijedenje zdravije dugovječnosti (“ne samo dodati godine životu” već i “dodati život godinama”). Najdjelotvorniji način za postizanje ovih ciljeva je kombinovana i integrisana multisektorska aktivnost usmjerena ka eliminaciji ili redukciji rizičnih faktora.

## 2. Hronične nezarazne bolesti – problem i izazov

Tokom XX vijeka a naročito u drugoj polovini XX vijeka došlo je do značajne promjene u učestalosti uzroka obolijevanja i umiranja, naročito u razvijenim državama svijeta. Zahvaljujući poboljšanju higijenskih uslova u stambenim i radnim sredinama, zdravstvenoj prosvijećenosti stanovništva, obezbjeđenju mikrobiološki ispravne vode za piće, bezbjednom načinu uklanjanja tečnog i čvrstog otpada, sanacijama životne sredine (isušivanje močvara i sl.), sprovođenju mjera dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije, upotrebom specifične imunoprofilakse (vakcine) i antibiotika, veliki broj zaraznih bolesti je u značajnoj mjeri stavljen pod kontrolu, čime je značajno opao njihov udio u ukupnom mortalitetu (umiranju). Morbiditet (obolijevanje) od zaraznih bolesti iako dosta reduciran još uvijek ima značajan udio u ukupnom obolijevanju. Sa druge strane, masovne hronične nezarazne bolesti postale su, ne samo u razvijenom već i zemljama u razvoju najvažniji uzrok umiranja, a u značajnoj mjeri i obolijevanja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da od hroničnih nezaraznih bolesti godišnje umire oko 35 miliona ljudi širom svijeta, što predstavlja 60% ukupnog mortaliteta u svijetu. Ako se izuzme Afrika u kojoj, još uvijek, veliki broj osoba umire od zaraznih bolesti, u najvećem broju država svijeta hronične nezarazne bolesti su uzrok, u prosjeku, 75-80% ukupnog mortaliteta.

Za hronične nezarazane bolesti karakterističan je komorbiditet (situacija da jedna ista osoba pati od dvije ili više nezaraznih bolesti/stanja). Komorbiditet često susriječemo kod starijih osoba (najmanje kod 35% lica starijih od 60 godina dijagnostikuju se dvije ili više hroničnih bolesti/stanja). Tako, depresija kao jedno od najčešćih oboljenja današnjice, češće se dijagnostikuje kod osoba koje boluju od neke bolesti nego kod kod zdravih osoba (depresija se srijeće kod 35% oboljelih od raka, kod 29% osoba sa povišenim krvnim pritiskom i kod 27% osoba sa dijabetesom).

Nezarazne bolesti imaju multifaktorijalnu etiologiju tj. rezultat su vrlo kompleksnih interakcija između pojedinca i njegove okoline. Individualne karakteristike (pol, genetska predispozicija...) i neki zdravstveno protektivni faktori (npr. emocionalna rezilijentnost pojedinaca), zajedno sa socio-ekonomskim i sredinskim determinantama (prihodi, obrazovanje, životni i radni uslovi i dr.) determinišu razlike u osjetljivosti pojedinca na stanja koja kompromituju zdravlje. Socio-ekonomske i sredinske determinante ili “uzroci uzroka” utiču snažno na obrasce ponašanja (životni stil) stanovništva kao i na pojavu, stepen izraženosti i ishod bolesti.

Jedan broj pojedinaca ima izraženu genetsku predispoziciju za nastanak nekih bolesti (diabetes mellitus, kardio- i cerebrovaskularna oboljenja, pojedine maligne neoplazme, šizofrenija, Alzheimer-ova bolest i sl.), dok npr. pol ima uticaja na prekomjernu težinu, kardiovaskularne bolesti i mentalna oboljenja.

Pored navedenog, značajno je istaći da odrasle osobe “vuku korijene” sopstvenih osnova zdravlja još iz najranijeg perioda života, čak i prije samog rođenja. “Dobar start” u životu je izuzetno važan za kasnije periode života. Nažalost, premlade, siromašne i neobrazovane majke u većoj mjeri rađaju bebe manje tjelesne mase što kod ove djece kasnije povećava rizik za pojavu pojedinih oboljenja. Slaba emocionalna podrška, izloženost nasilju i zloupotrebi u najranijem uzrastu, povezana je sa razvojem rizičnih ponašanja kasnije u životu (pušenje, fizička inaktivnost, gojaznost, alkoholizam).

Ipak, nekoliko hroničnih nezaraznih oboljenja i stanja koji imaju zajedničke rizične faktore i socio-ekonomske i sredinske determinante odgovorne su za značajan udio u ukupnom opterećenju od bolesti i ukupnoj smrtnosti. Ta, najvažnija oboljenja i stanja kao i faktori rizika i determinante koji ih uslovljavaju, manje više, zajednički su za gotovo sve države evropskog regiona. Među njima, bolesti sistema krvotoka predstavljaju “ubicu broj” jedan u svim državama Evrope jer su odgovorne za više od polovine svih smrtnih ishoda, a za njima slijede maligne neoplazme koje su odgovorni za gotovo 20% svih smrtnih ishoda (Tabela 1.).

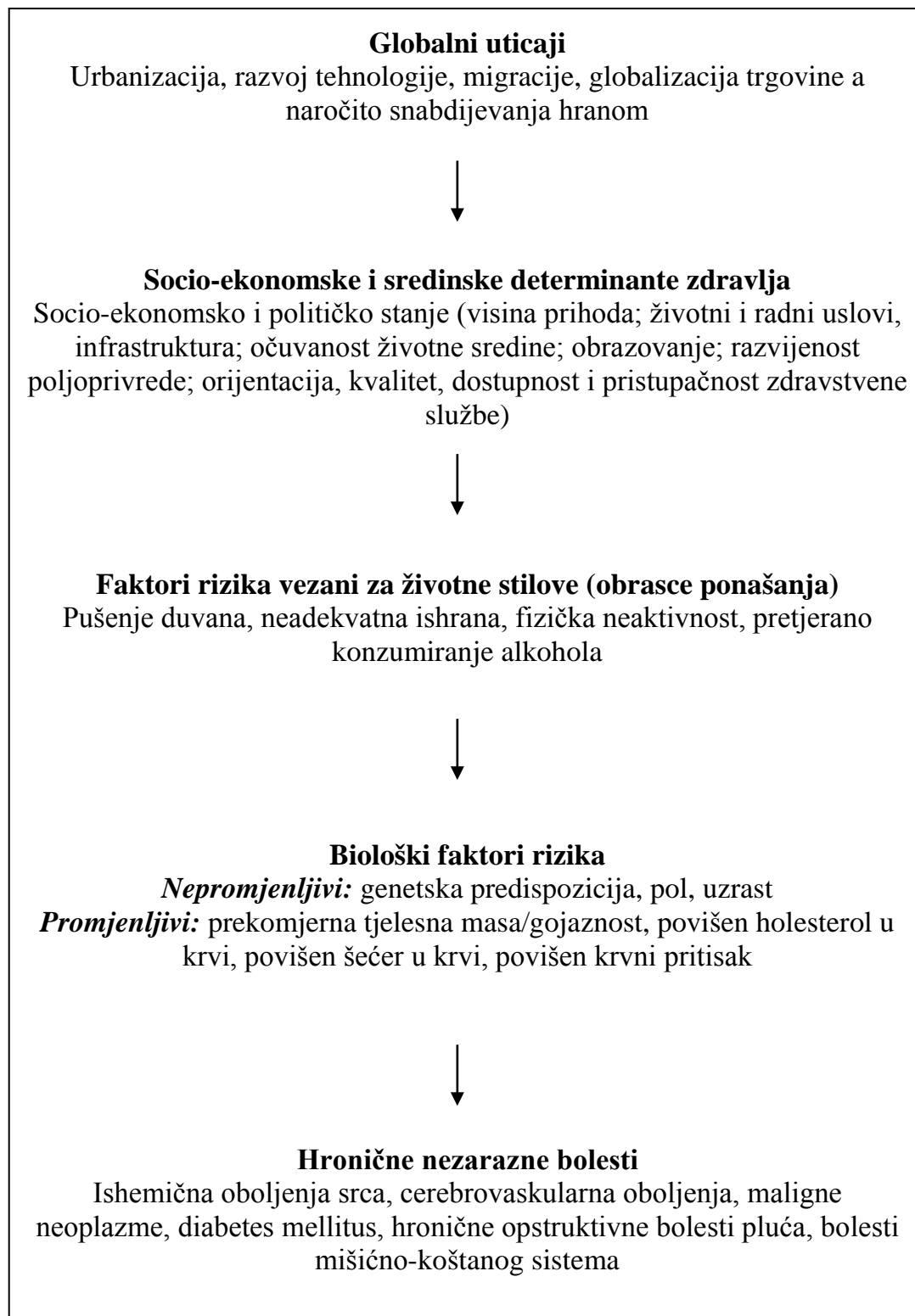
Tabela 1. Opterećenje bolešću i smrću od nezaraznih bolesti u Evropskom regionu SZO - procjene za 2005.)

Grupe nezaraznih oboljenja	Broj umrlih u hiljadama	% svih uzroka	Opterećenje bolešću (DALYs) u hiljadama	% svih uzroka
Oboljenja sistema krvotoka	5067	52%	34421	23%
Maligne neoplazme	1855	19%	17025	11%
Oboljenja digestivnog trakta	391	4%	7117	5%
Oboljenja respiratornog sistema	420	4%	6835	5%
Neuropsihijatrijska oboljenja	264	3%	29370	20%
Diabetes mellitus	153	2%	2319	2%
Bolesti organa čula	0	0%	6339	4%
Skeletno-mišićna oboljenja	26	0%	5745	4%
Bolesti usta	0	0%	1018	1%
<b>Sve nezarazne bolesti</b>	<b>8210</b>	<b>84%</b>	<b>115339</b>	<b>77%</b>
<b>Sve bolesti</b>	<b>9564</b>		<b>150322</b>	

Izvor: World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen:WHO; 2006

Veza između najznačajnijih hroničnih bolesti, rizičnih faktora i socio-ekonomskih i sredinskih determinanti zdravlja na koje veliki uticaj imaju i globalna kretanja prikazan je u Okviru 1.

Okvir 1. Povezanost socio-ekonomskih i sredinskih determinanti zdravlja, faktora rizika i pojedinih hroničnih oboljenja

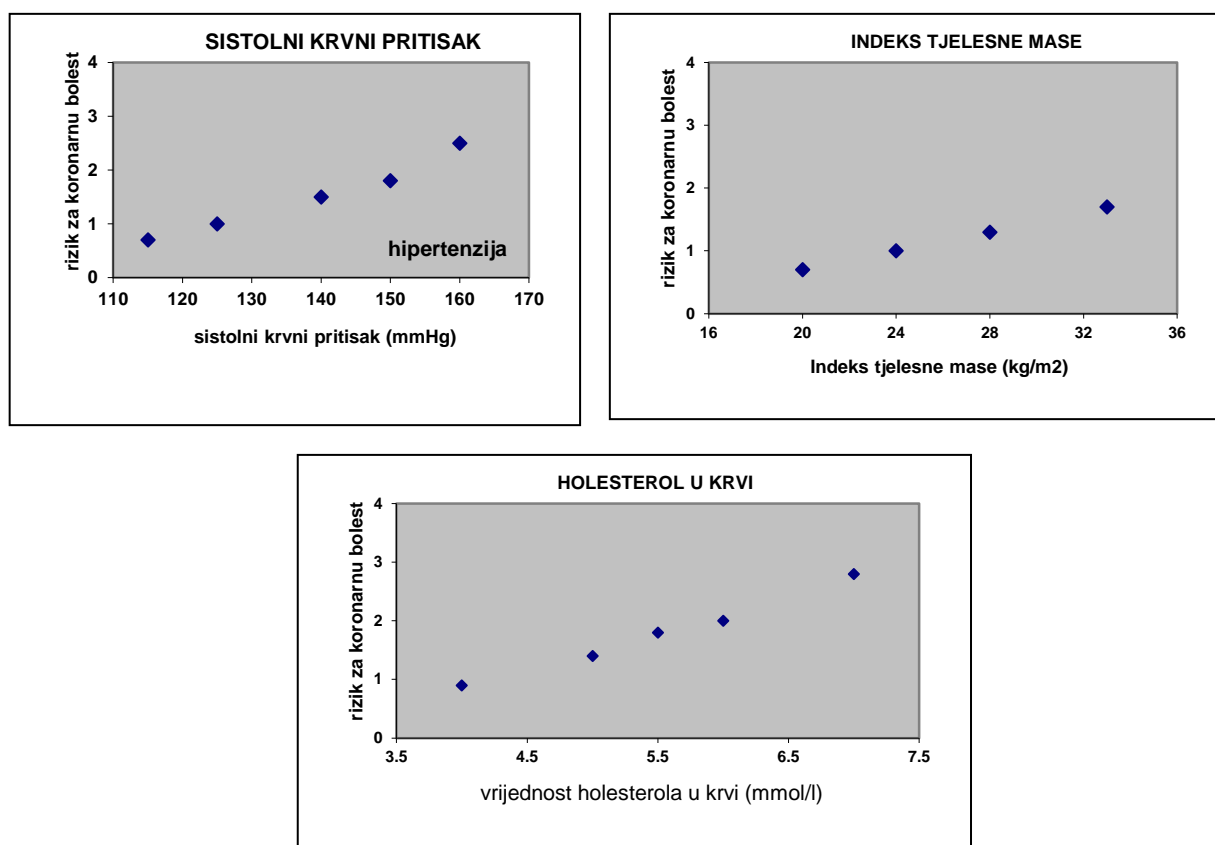




Eksperti Svjetske zdravstvene organizacije procjenjuju da skoro 60% ukupnog opterećenja bolešću (mjereno putem DALYs – broj izgubljenih godina zdravog života zbog prerane smrti ili nesposobnosti uzrokovanih bolešću) u Evropi nastaje kao posledica sedam vodećih ponašajnih i bioloških rizičnih faktora: povišenog krvnog pritiska (12,8%), pušenja duvana (12,3%), konzumiranja alkoholnih pića (10,1%), povišenog nivoa holesterola (8,7%), prekomjerne tjelesne mase (7,8%), niskog unosa voća i povrća (4,4%) i fizičke neaktivnosti (3,5%).

Ono što je izuzetno važno je da su navedeni rizični faktori zajednički za najčešća hronična nezarazna oboljenja i stanja. Naime, svaki pojedinačni rizični faktor je zajednički za najmanje dva vodeća hronična nezarazna oboljenja i stanja, a kod pojedinaca (češće onih koji pripadaju nižim socio-ekonomskim slojevima društva) nije rijetka i izloženost grupnom i interaktivnom dejstvu navedenih rizičnih faktora. Na grafikonu 1. dat je primjer uticaja tri faktora rizika (povišenog sistolnog krvnog pritiska, prekomjerne tjelesne mase i visine holesterola u krvi) na nastanak ishemične (koronarne) bolesti srca.

**Grafikon br. 1 Rizik za koronarnu bolest srca raste sa povećanom izloženošću rizičnim faktorima (povišenom sistolnom krvnom pritiskom, prekomjernom tjelesnom masom i povišenim holesterolom u krvi)**



Izvor: Law MR, Wald NJ. Risk factors thresholds: their existence under scrutiny. BMJ 2002; 324:1570-6

### 3. Opterećenje hroničnim nezaraznim bolestima u Crnoj Gori – Situaciona analiza

#### 3.1. Najvažnije hronične nezarazne bolesti

Od svih poremećaja zdravlja, stanovništvo Crne Gore najviše je opterećeno hroničnim nezaraznim bolestima. Vodeći uzroci smrti u našoj zemlji gotovo su identični vodećim uzrocima smrti u razvijenim dijelovima svijeta, prvenstveno državama Evrope.

Bolesti sistema krvotoka i maligne neoplazme predstavljali su gotovo tri četvrtine svih uzroka smrti u Crnoj Gori u 2006. godini. U strukturi mortaliteta bolesti sistema krvotoka činile su više od polovine svih smrtnih ishoda (56,8%), dok je svaka šesta umrla osoba (16,3%), umrla je od maligne neoplazme (Tabela 2). Od ukupnog broja umrlih za 4,9% lica razlog umiranja bile su povrede i trovanja, za 4,3% bolesti sistema za disanje, za 2,0% komplikacije dijabetes mellitus-a, dok su za 9,3% lica razlog umiranja bili nedovoljno definisana stanja pa su kao razlog smrti označeni simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski nalazi koji su prevladavali kod umrlih osoba. Zbog ovako visokog učešća simptoma i nedovoljno definisanih stanja u Crnoj Gori u ukupnoj smrtnosti (u Srbiji je učešće ovih dijagnoza za 2006.g. iznosilo 4,8%), neophodna je izvjesna obazrivost pri analizi rangova i donošenju zaključaka.

Tabela 2. Vodeći uzroci umiranja (grupe bolesti) prema polu u Crnoj Gori, 2006. godina

Rang	Grupe Bolesti (šifre prema MKB-10)	Muškarci		Žene		Ukupno	
		Broj	%	Broj	%	Broj	%
1	Bolesti sistema krvotoka (I00-I99)	1621	47,8	1768	52,2	3389	56,8
2	Maligne neoplazme (C00-C97)	573	58,8	401	41,2	974	16,3
3	Simptomi, znaci i patološki i klinički laboratorijski nalazi (R00-R99)	274	49,1	284	50,9	558	9,4
4	Povrede, trovanja i posledice djelovanja spoljnih faktora (S00-T98)	213	72,7	80	27,3	293	4,9
5	Bolesti sistema za disanje (J00-J99)	152	59,4	104	40,6	256	4,3
6	Diabetes Mellitus (E10-E14)	52	43,0	69	57,0	121	2,0
7	Ostali uzroci smrti	207	54,9	170	45,1	377	6,3
	<b>UKUPNO</b>	<b>3092</b>	<b>51,8</b>	<b>2876</b>	<b>48,2</b>	<b>5968</b>	<b>100,0</b>

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

### 3.1.1. Bolesti sistema krvotoka

Bolesti sistema krvotoka predstavljaju vodeći uzrok obolijevanja i umiranja u svijetu. Prema procjeni Svetske zdravstvene organizacije (SZO) u 2006. godini u svijetu je od bolesti sistema krvotoka umrlo 17,5 miliona ljudi, što predstavlja 30% svih uzroka smrti. U državama evropskog regiona SZO tokom 2005. godine od bolesti sistema krvotoka umrlo je 5,1 miliona osoba što predstavlja 52% svih uzroka smrti. U istoj godini u Crnoj Gori je od bolesti sistema krvotoka umrlo 3389 osoba (1621 muškaraca i 1768 žena) što je činilo 56,8% svih uzroka smrti tj. nešto više od evropskog prosjeka, i gotovo isti udio kao i u Republici Srbiji (57,3%). Unutar grupe oboljenja sistema krvotoka, u Crnoj Gori najčešći uzrok smrti su druge bolesti srca, a zatim bolesti krvnih sudova mozga i ishemična (koronarna) bolest srca (Tabela 3).

**Tabela 3. Učešće pojedinih bolesti sistema krvotoka u ukupnom umiranju u Crnoj Gori prema polu u Crnoj Gori, 2006. g.**

Rang	Grupe Bolesti (šifre prema MKB-10)	Muškarci		Žene		Ukupno	
		Broj	%	Broj	%	Broj	%
1	Druge bolesti srca (I26-I51)	1056	47,8	1154	52,2	2210	37,0
2	Bolesti krvnih sudova mozga I60-I69	282	40,2	420	59,8	702	11,8
3	Ishemične bolesti srca (I20-I25)	260	58,7	183	41,3	443	7,4
4	Ostale bolesti sistema krvotoka	23	67,6	11	32,4	34	0,6
5	Sve ostale bolesti	1471	57,0	1108	43,0	2579	43,2
	<b>UKUPNO sve bolesti</b>	<b>3092</b>	<b>51,8</b>	<b>2876</b>	<b>48,2</b>	<b>5968</b>	<b>100,0</b>

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Iz tabele 3. se može uočiti da je u ukupnom mortalitetu od bolesti sistema krvotoka učešće žena nešto veće nego muškaraca (52,2%: 47,8%). Međutim, razlike su značajnije ako se posmatraju posebno cerebrovaskularne bolesti (bolesti krvnih sudova mozga) i ishemična (koronarna) bolest srca. Naime, u ukupnom mortalitetu od cerebrovaskularnih bolesti značajno je veće učešće žena u odnosu na muškarce (59,8% : 40,2%), dok je u ukupnom mortalitetu od ishemične bolesti srca situacija praktično obrnuta, tj. učešće muškaraca je značajnije u odnosu na žene (58,7% : 41,3%).

Ako posmatramo broj umrlih od bolesti sistema krvotoka u Crnoj Gori u poslednjih šest godina vidimo da postoji trend rasta broja oboljelih kao i njihove zastupljenosti kao grupe u ukupnom umiranju (Tabela 4.).

**Tabela 4. Učešće Bolesti sistema krvotoka u ukupnom umiranju u Crnoj Gori, 2001-2006.**

Grupa bolesti	Broj umrlih i učešće u ukupnom umiranju u Crnoj Gori u %					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sve bolesti Broj umrlih	5412	5513	5704	5707	5839	5968
Bolesti sistema krvotoka Broj umrlih	2912	2706	2873	2961	3086	3389
Bolesti sistema krvotoka Učešće u %	53,8	49,1	50,4	51,9	52,9	56,8
Bolesti krvnih sudova mozga Broj umrlih	669	701	687	699	742	702
Bolesti krvnih sudova mozga Učešće u %	12,4	12,7	12,0	12,2	12,7	11,8
Ishemične bolesti srca Broj umrlih	446	450	429	481	485	443
Ishemične bolesti srca Učešće u %	8,2	8,2	7,5	8,4	8,3	7,4

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Standardizovana stopa mortaliteta od bolesti sistema krvotoka (srca i krvnih sudova) u Crnoj Gori u 2006. godini iznosila je 611,5 za muškarce i 485,5 za žene na 100.000 stanovnika. U susjednoj Republici Srbiji te iste godine, standardizovana stopa mortaliteta iznosila je za muškarce 632,6 a za žene 507,6 na 100.000 stanovnika. Prema podacima o mortalitetu od bolesti sistema krvotoka iz baze podataka "Zdravlje za sve" Regionalne kancelarije SZO za Evropu vrijednosti standardizovanih stopa mortaliteta za oba pola ukupno iznosile su u Francuskoj od 173,6 (1999), u Španiji 197,9 (2000) i u Švajcarskoj 209,5 (2000). Visoke vrijednosti mortaliteta od bolesti sistema krvotoka karakteristika su većine država koje se nalaze u procesu socio-ekonomske tranzicije što je slučaj sa državama Istočne i Jugoistočne evrope (primjer Rusije u kojoj standardizovana stopa mortaliteta od bolesti sistema krvotoka u 2005. godini iznosila 837,3 na 100.000 stanovnika ili Moldavije sa 855,7 (2002). U odnosu na navedene vrijednosti kao i prosječnu standardizovanu stopu mortaliteta u Evropi od 479,4 na 100.000 i USA od 317/100.000 (2002.g), može se reći da se Crna Gora nalazi u grupi zemalja sa visokom stopom umiranja od bolesti sistema krvotoka.

Vrijednosti standardizovanih stopa mortaliteta od ishemične (koronarne) bolesti srca u Crnoj Gori u 2006. godini iznosile su za muškarce 96,1 a za žene 50,6 na 100.000 stanovnika, što je značajno niže u odnosu na Srbiju (168,9 za muškarce i 103,0 za žene). Zbog visokog učešća simptoma i nedovoljno definisanih stanja u Crnoj Gori u ukupnoj smrtnosti, neophodna je imati izvjesnu rezervu za gore navedene vrijednosti po kojima bi se Crna Gora trenutno nalazila u grupi zemalja sa niskom stopom umiranja od ishemične bolesti srca. U državama Evrope (baza podataka "Zdravlje za sve" za period 1999-2002.) najniže stope mortaliteta na 100.000 stanovnika od ishemične bolesti srca za oba pola zajedno registrovane su u Francuskoj (50,2/100.000),

Španiji (65,3), a najviše u Moldaviji (592,2), Ukrajini (517,0) i Bjelorusiji (456,9).

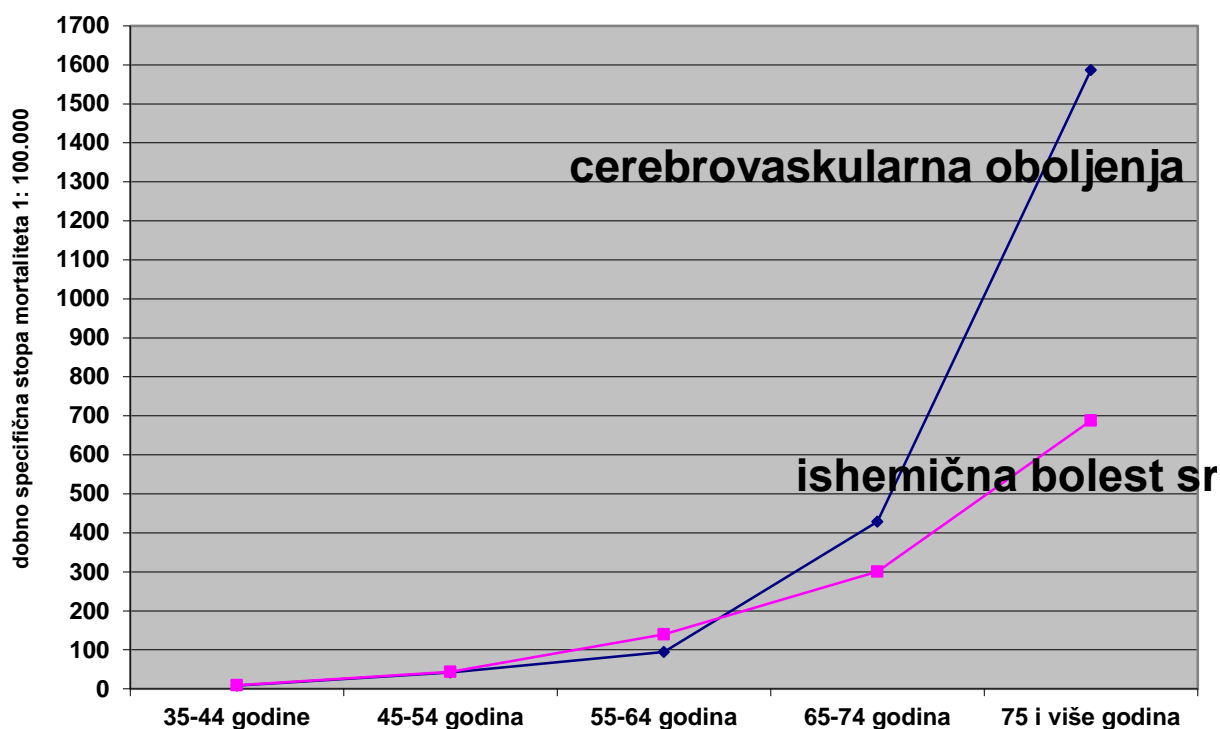
Vrijednosti stope standardizovanog mortaliteta od cerebrovaskularnih bolesti u Crnoj Gori u 2006. godini iznosile su za muškarce 106,1 a za žene 114,6 na 100.000 stanovnika, što je, takođe, značajno niže u odnosu na Srbiju (168,9 za muškarce i 153,0 za žene). U državama Evrope (baza podataka "Zdravlje za sve" za period 1999-2002.) najniže stope mortaliteta od cerebrovaskularnih oboljenja za oba pola registrovane su u Švajcarskoj (37,5/100.000), Francuskoj (41,5%) i Norveškoj (54,7), a najviše u Rusiji (306,6/100.000) i Moldaviji (228,9). Na osnovu prikazanih podataka možemo reći da se Crna Gora trenutno nalazi u grupi zemalja sa srednje visokom stopom umiranja od cerebrovaskularnih bolesti.

Od ukupnog broja osoba koje su umrle od bolesti sistema krvotoka, njih 1550 ili 45,7% u 2006. godini umrlo prije navršene 75 godine života (približna prosječna vrijednost za očekivanu dužinu života na rođenju u Crnoj Gori), a njih 586 ili 17,3% je umrlo prije navršenih 65. godina.

Ukoliko se posmatra prerano umiranje posebno za cerebrovaskularne bolesti i za ishemičnu bolest srca (grafikon 2.) situacija je sljedeća: Od ukupnog broja osoba koje su umrle od cerebrovaskularnih bolesti 45,1% je umrlo prije navršenih 75 godina života, a 14,7% prije navršenih 65 godina života, što ukazuje da je umiranje od cerebrovaskularne bolesti značajnije izraženo u starijim uzrastima. To se naročito dobro može uočiti kada se posmatraju dobno specifične stope mortaliteta čije su vrijednosti sljedeće: za uzrast od 35-44 godine stope mortaliteta su niske (8,1/100.000), da bi u uzrastu 45-54 godine došlo do petorostrukog porasta (42,4/100.000), a potom do još dvostrukog porasta u uzrastu od 55-64 godine (94,2/100.000). Međutim, do prave "eksplozije" u stopi mortaliteta dolazi tek u uzrastu preko 65 godina (za uzrast 65-74 godine – 428,9/100.000 a za uzrast preko 75 godina čak 1586,3/100.000).

Od ukupnog broja osoba koje su umrle od ishemične bolesti srca čak 62,3% je umrlo prije navršenih 75 godina života a 28,4% prije navršenih 65 godina života, što ukazuje da je umiranje od ishemične bolesti srca značajnije izraženo među nešto mlađim osobama u poređenju sa cerebrovaskularnim bolestima. Posmatranjem dobno specifičnih stopa mortaliteta za ishemičnu bolest srca to se jasno uočava. U uzrastu od 35-44 godine stope mortaliteta su niske (9,3/100.000), da bi u uzrastu 45-54 godine, slično kao kod cerebrovaskularnih bolesti do gotovo petorostrukog porasta (43,6/100.000). Međutim, porast stope mortaliteta u uzrastu od 55-64 godine je značajnije veći (oko 3,5 puta) u poređenju sa cerebrovaskularnim bolestima i iznosi 139,6/100.000. U uzrastu preko 65 godina takođe dolazi do daljeg rasta (uzrast 65-74 godine – 300,6/100.000 a uzrast preko 75 godina – 688,1/100.000) ali je to manje izraženo nego u slučaju cerebrovaskularnih oboljenja.

Grafikon 2 Dobno specifične stope mortaliteta za ishemičnu bolest srca i cerebrovaskularna oboljenja, Crna Gora 2006



Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Navedeni podaci jasno ukazuju da postoji značajan prostor da se umiranje od bolesti sistema krvotoka pomjeri “u desno” tj. ka dubljoj starosti čime bi se “uštedio značajan broj godina života” odnosno obezbijedio prostor za produženje prosječne očekivane dužine života.

Da bi se dobile precizniji podaci o opterećenju koje nose pojedine grupe bolesti ili pojedine bolesti neophodno je u budućem periodu stvoriti uslove za izračunavanje kompleksnijih pokazatelja koji se od skoro koriste, poput tzv. DALY (*engleski: Disability Adjusted Life Years*) tj. godina života korigovanih u odnosu na nesposobnost. Ovaj kompozitni pokazatelj pokazuje izgubljene godine (zdravog) života izazvane bilo ranijim smrtnim ishodom bilo nesposobnošću zbog same bolesti/stanja. Za izračunavanje ovog pokazatelja neophodno je, pored dobre mortalitetne statistike, imati i formirane registre za najvažnije masovne nezarazne bolesti čime bi se obezbijedili podaci o incidenciji (broju novooboljelih u svakoj godini), prevalenciji (ukupnom broju živih osoba koji boluju od neke bolesti) i uzrastu u kome su hronična nezarazna oboljenja dijagnostikovana. Za sada, tj. do formiranja registara i uvođenja programa sprovođenja redovnih nacionalno reprezentativnih studija zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore na svakih pet godina, nije moguće dati precizne podatke za broj novooboljelih od bolesti sistema krvotoka niti za pojedinačne entitete (npr. broj novooboljelih sa akutnim koronarnim sindromom ili cerebrovaskularnim inzultom – “šlogom”) ali je na osnovu postojeće zdravstvene statistike moguće odrediti zbog kojih se bolesti odrasle

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

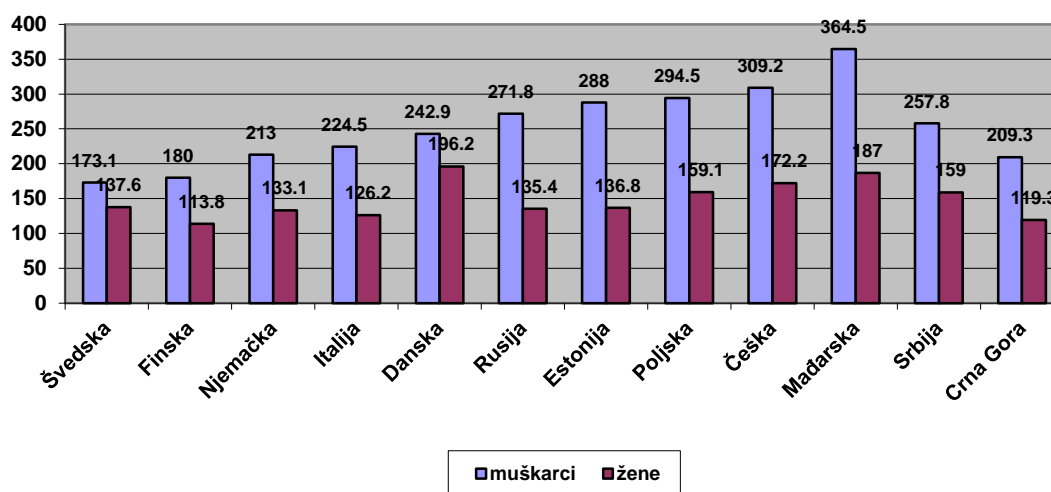
U Crnoj Gori, do sada, nije uspostavljen nacionalni program prevencije i kontrole bolesti sistema krvotoka (naročito za ishemičnu bolest srca i cerebrovaskularna oboljenja) koji bi uključio mjere primarne prevencije i ranog dijagnostikovanja oboljenja u opštoj populaciji kao i među visokorizičnim populacijama (pušači, osobe sa povišenim krvnim pritiskom, osobe sa prekomjernom težinom, osobe sa povišenim holesterolom i osobe koje boluju od dijabetes mellitus-a), što sigurno značajno utiče na broj novooboljelih, ukupan broj oboljelih i prerano umrlih lica od bolesti krvnih sistema krvotoka.

### **3.1.2. Maligne neoplazme**

Procjenjuje se da trenutno preko 22 miliona ljudi u svijetu živi sa nekim od oblika maligne neoplazme. Svake godine registruje se oko deset miliona novooboljelih, od čega oko 60% u zemljama u razvoju.

Poslije bolesti sistema krvotoka, maligne neoplazme (rak) predstavljaju najčešći uzrok umiranja u našoj zemlji. U Crnoj Gori su u 2006. godini od malignih neoplazmi umrle 974 osobe. U ukupnom mortalitetu učešće muškaraca je značajnije izraženo u odnosu na žene (573 muškaraca ili 58,8% : 401 žena ili 41,2%). Standardizovana stopa mortaliteta za 2006. godinu iznosila je 209,3 za muškarce i 119,3 za žene na 100,000 stanovnika (Tabela 5), dok je iste godine, u Srbiji ukupna standardizovana stopa mortaliteta (za muškarce i žene) bila značajno viša - iznosila je 257,8 (muškarci) i 159,0 (žene) na 100.000 stanovnika. Raspoloživi podaci o procijenjenim vrijednostima standardizovanih stopa mortaliteta na 100.000 stanovnika u izabranim državama Evrope za 2006. godinu, dati su na grafikonu 3. Na osnovu prikazanih podataka može se reći da se Crna Gora nalazi u grupi zemalja sa srednje visokom stopom umiranja od malignih neoplazmi za muškarce i niskom stopom umiranja za žene.

Grafikon 3. Standardizovana stopa mortaliteta 1:100.000 od malignih neoplazmi u izabranim evropskim državama



Izvor: J Ferlay, P Autier, M Boniol, M Heanue, M Colombet and P Boyle. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, Annals of Oncology 2007, Volume 18, No 3: 581-592

Tokom 2006. godine u Crnoj Gori muškarci su najviše umirali od raka pluća, kolona i rektuma, želuca, prostate a žene od raka dojke, pluća, kolona i rektuma, pankreasa, želuca i grlića materice (Tabela 5.).



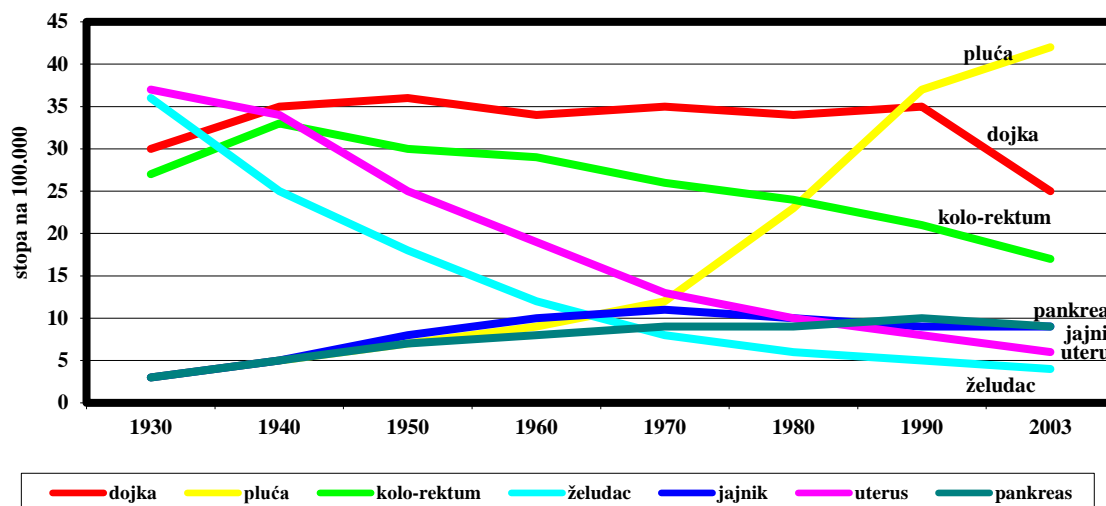
Tabela 5. Najčešće maligne neoplazme kao uzrok smrti kod muškaraca i žena, CG, 2006. g.

MUŠKARCI			ŽENE		
Lokalizacija	Mortalitet Sirova stopa na 100.000	Mortalitet Standardizovana stopa na 100.000	Lokalizacija	Mortalitet Sirova stopa na 100.000	Mortalitet Standardizovana stopa na 100.000
Pluća	68,0	74,9	Dojka	28,9	27,8
Kolo-rektum	13,9	15,0	Pluća	22,5	21,0
Prostata	12,5	15,0	Kolorektum	8,3	7,4
Želudac	9,9	11,0	Grlić materice	4,5	4,5
			Želudac	2,9	2,7

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Interesantno je da je potpuno isti redoslijed registrovan i u Srbiji u toku 2006. godine. Među muškaracima u Crnoj Gori, stope smrtnosti su daleko najveće za rak pluća (standardizovana stopa smrtnosti za rak pluća iznosila je 74,9 na 100,000 muškaraca), dok je kod žena najveća stopa smrtnosti od raka dojke (standardizovana stopa smrtnosti iznosila je 27,8 na 100,000 žena). Međutim, kod žena u Crnoj Gori sve više postaje izražen problem umiranja od raka pluća (standardizovana stopa smrtnosti u 2006.g. iznosila je 21,0 na 100,000 žena), što sriječemo i u drugim državama u kojima je konzumiranje duvana česta pojava među ženama. Tako, u SAD, stope umiranja od raka pluća kod žena su u posljednje dvije decenije veće od stopa umiranja od raka dojke (Grafikon 4.).

Grafikon 4. Standardizovani mortalitet - žene - Trend USA 1930-2003



Izvor: American Cancer Society. Cancer Fact & figures 2007, Atlanta, USA, 2007.

Inače, ako posmatramo broj umrlih od malignih neoplazmi u Crnoj Gori u poslednjih šest godina, vidimo da se broj umrlih kao i njihova zastupljenosti u ukupnom umiranju bitnije nije mjenjala (Tabela 6.)

**Tabela 6. Učešće malignih neoplazmi u ukupnom mortalitetu u Crnoj Gori, 2001-2006**

Grupa bolesti	Broj umrlih i učešće u ukupnom umiranju u Crnoj Gori u %					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sve bolesti Broj umrlih	5412	5513	5704	5707	5839	5968
Maligne neoplazme Broj umrlih	881	1000	967	971	1026	974
Maligne neoplazme Učešće u %	16,3	18,1	16,9	17,0	17,6	16,3

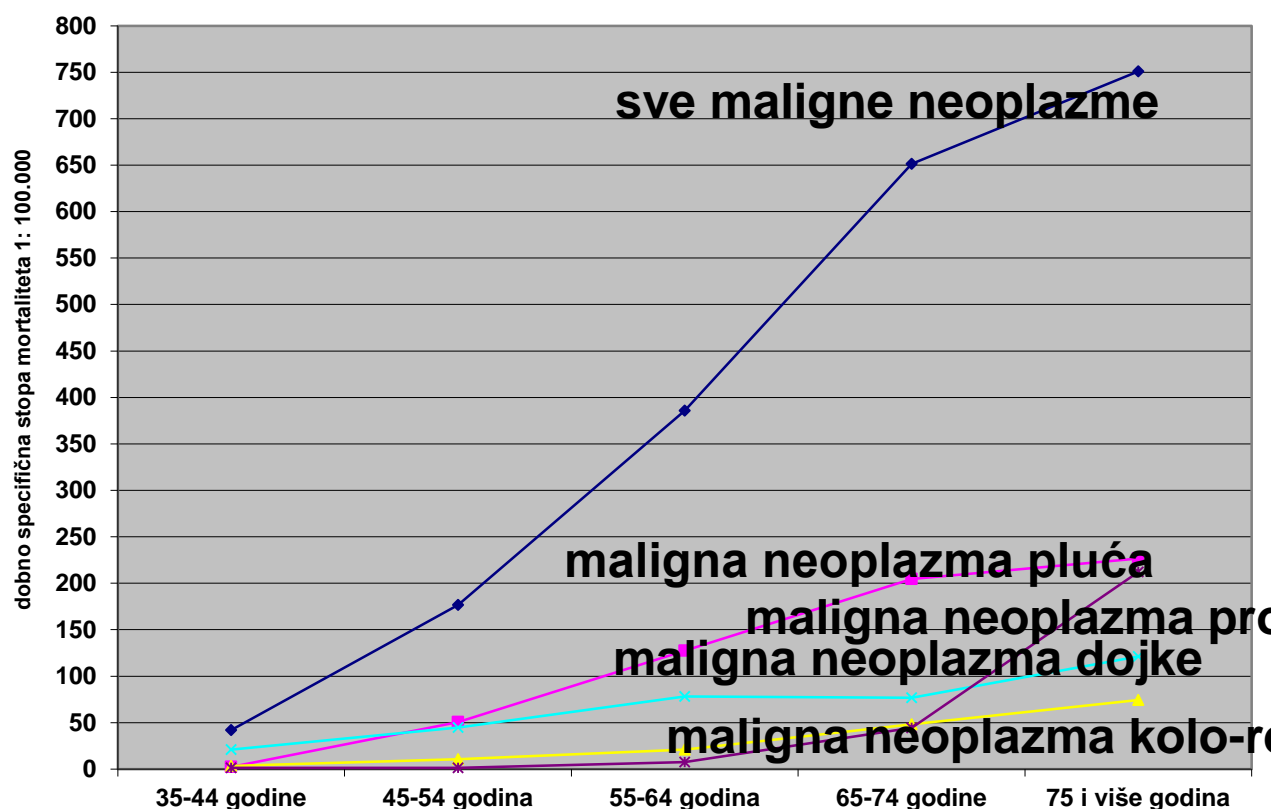
Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Od ukupnog broja osoba koje su umrle od malignih neoplazmi, njih 742 ili 76,2% u 2006. godini umrlo je prije navršenih 75 godina života, a njih 417 ili 42,8% je umrlo prije 65 godina života, što ukazuje na značajan problem prijevremenog umiranja. To potvrđuju i dobno specifične stope mortaliteta čije su vrijednosti sljedeće: u uzrastu 35-44 godine stopa mortaliteta iznosi 41,9 na 100.000 stanovnika, da bi u uzrastu 45-54 godine porasla oko 4,5 puta (176,6/100.000). U uzrastu 55-64 godine dolazi do daljeg dvostrukog porasta stope mortaliteta (385,7/100.000), kao i u starijim uzrastima (uzrastu 65-74 godina – 651,4/100.000 i u uzrastu preko 75 godina – 751,1/100.000).

Ukoliko se posmatraju dobno specifične stope mortaliteta za pojedine najčešće lokalizacije malignih neoplazmi (grafikon 5.) može se uočiti da među njima postoje značajne razlike u uzrastu u kojem se od njih umire. Naime, kod malignih neoplazmi bronha i pluća i dojke stope mortaliteta su značajno visoke već u uzrastu od 45-54 godine, dok je su za malignu neoplazmu prostate stope mortaliteta izražene tek poslije 65 godine života, sa eksplozivnim porastom u uzrastu poslije navršenih 75 godina života. Za malignu neoplazmu kolo-rektuma dobno specifične stope mortaliteta su nešto ravnomjernije raspoređene sa značajnijim porastom tek poslije navršenih 65 godina života.

Od ukupnog broja osoba koje su umrle od maligne neoplazme bronha i pluća 43,1% osoba je umrlo prije navršenih 65 godina života, a 80,0% prije navršenih 75 godina života. U slučaju maligne neoplazme dojke to učešće je još izraženije i iznosi čak 58,9% prije navršenih 65 godina života odnosno 81,1% prije navršenih 75 godina života. Kod maligne neoplazme kolo-rektuma učešće mladih osoba u ukupnom broju umrlih je nešto manje izraženo. Tako od ukupnog broja umrlih od maligne neoplazme kolo-rektuma, 38,2% je umrlo prije navršenih 65 godina života a 73,5% prije navršenih 75 godina života.

Grafikon 5 Dobno specifične stope mortaliteta za izabrane maligne neoplazme, Crna Gora, 2006



Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Svi navedeni podaci jasno ukazuju da postoji značajna mogućnost da se, sprovođenjem odgovarajućih mjera prevencije, ranog dijagnostikovanja i adekvatnog liječenja, znatno smanji prijevremeno umiranje stanovništva u Crnoj Gori od malignih neoplazmi.

Ako se uzme u obzir da je kombinacijom izbjegavanja ili redukovanja izloženosti rizičnim faktorima i primjenom protektivnih faktora danas moguće spriječiti nastanak oko 40% malignih neoplazmi i da je ranim otkrivanjem i odgovarajućim liječenjem moguće značajno poboljšati prognozu liječenja, kao imperativ se nameće primjena svih tih danas već dostupnih mjera.

Danas, postoje dobre i vrlo prihvatljive skrining metode za rano otkrivanje malignih neoplazmi dojke, grlića materice, kolo-rektuma i prostate, što u slučaju USA gdje se ove skrining metode primjenjuju značajno utiče na vrijednosti preživljavanja. U tabeli 7. dat je prikaz uticaja rane dijagnoze i odgovarajuće terapije na petogodišnje preživljavanje kod pojedinih malignih neoplazmi u USA.

**Tabela 7. Petogodišnje preživljavanje u % od malignih neoplazmi u zavisnosti od stadijuma u trenutku dijagnoze, USA (1996-2002)**

<i>Lokalizacija</i>	<b>Stopa petogodišnjeg preživljavanja u %</b>			
	<i>Svi stadijumi</i>	<i>Lokalizovani</i>	<i>Regionalne meta</i>	<i>Udaljene meta</i>
<i>Dojka</i>	88,5	98,1	83,1	26,0
<i>Kolo-rektum</i>	64,1	90,4	68,1	9,8
<i>Ezofagus</i>	15,6	33,6	16,8	2,6
<i>Bubrezi</i>	65,6	90,4	61,7	9,5
<i>Larings</i>	64,1	83,5	50,4	13,7
<i>Jetra</i>	10,5	21,9	7,2	3,3
<i>Pluća/Bronhi</i>	15,0	49,3	15,5	2,1
<i>Mal. Melanoma</i>	91,5	99,0	64,9	15,3
<i>Usna šupljina &amp; farings</i>	58,8	81,3	51,7	26,4
<i>Jajnik</i>	44,7	93,1	69,0	29,6
<i>Pankreas</i>	5,0	19,6	8,2	1,9
<i>Prostata</i>	99,9	99,9	----	33,3
<i>Želudac</i>	23,9	61,9	22,2	3,4
<i>Mokraćna bešika</i>	80,8	93,7	46,0	6,2
<i>Grlić materice</i>	71,6	92,0	55,5	14,6
<i>Korpus materice</i>	83,2	95,7	66,9	23,1

Izvor: American Cancer Society. Cancer Fact & figures 2007, Atlanta, USA, 2007.

Prema dostupnim podacima zdravstvene statistike za 2006. godinu, u Crnoj Gori učešće malignih neoplazmi u broju osoba koje su liječene u bolnicama je vrlo visoko. Sa učešćem od 8,7% od svih slučajeva bolničkih otpusta, to predstavlja četvrti najčešći razlog za hospitalizaciju u 2006. godini (bolesti sistema za krvotoka - 16,7%, bolesti sistema za varenje – 11,5%, bolesti sistema za disanje 11,0%).

Što se tiče opterećenja vanbolničke zdravstvene službe, ona je tokom 2006. godine u daleko najvećem broju slučajeva rješavala zdravstvene probleme iz grupe oboljenja sistema za disanje (47,2%), dok su maligne neoplazme sa učestalošću od 0,53% bile pri samom dnu ljestvice razloga za posjetu vanbolničke zdravstvene službe.

U Crnoj Gori, do sada, nije uspostavljen nacionalni program prevencije i kontrole od malignih neoplazmi koji bi uključio mjere primarne prevencije i ranog dijagnostikovanja oboljenja (naročito za maligne neoplazme za koje postoje validni i prihvatljivi skrining testovi: maligne neoplazme dojke, grlića materice, kolo-rektuma i prostate, kože) u opštoj populaciji kao i među visokorizičnim populacijama (pušači, osobe sa prekomjernom težinom, osobe sa porodičnom anamnezom obolijevanja od pojedinih malignih neoplazmi), što značajno utiče na broj novooboljelih, ukupan broj oboljelih i prerano umrlih lica od malignih neoplazmi.

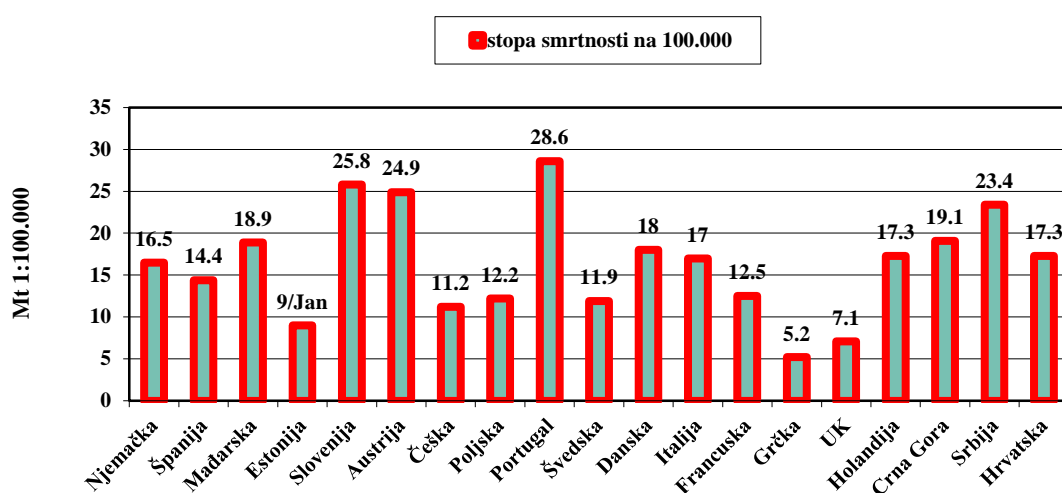
### 3.1.3. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (šećerna bolest) se nalazi među pet vodećih uzroka smrti u većini zemalja svijeta.

U Evropi standardizovane stope mortaliteta na 100.000 stanovnika su različite i iznose od 5,2 u Grčkoj do 28,6 u Portugalu (Grafikon br. 6)

Sa standardizovanom stopom mortaliteta koja i za muškarce i za žene iznosi po 19,1 na 100.000 stanovnika, Crna Gora spada u zemlje sa srednje visokom stopom mortaliteta od ove bolesti. U Republici Srbiji je te iste godine standardizovana stopa mortaliteta iznosila 23,4, a u Hrvatskoj 17,3 na 100.000 stanovnika.

**Grafikon 6. Standardizovane stope mortaliteta od dijabetesa na 100.000 stanovnika u Evropi, 2003., Crna Gora i Srbija, 2006.**



Izvor: Health for all database, WHO Regional Office for Europe

Od ukupnog broja osoba koje su umrle od diabetes mellitus-a u 2006. godini, 58,7% je umrlo prije navršenih 75 godina života, a 20,7% prije navršenih 65 godina života. Na to ukazuju i dobno specifične stope mortaliteta čije su vrijednosti sljedeće: za uzrast 45-54 godine stopa mortaliteta je vrlo niska (4,7 na 100.000 stanovnika). U uzrastu 55-64 godine stopa mortaliteta progresivno raste (oko šest puta) i dostiže vrijednost od 27,9/100.000, da bi u uzrastu preko 65 godina došlo do daljeg vrlo značajnog rasta (u uzrastu 65-74 godine vrijednosti iznose 98,2/100.000 a u uzrastu preko 75 godina 206,0/100.000). Navedeni podaci pokazuju da postoji značajna mogućnost da se, sprovođenjem odgovarajućih mjera prevencije, ranog dijagnostikovanja i adekvatnog liječenja, znatno smanji prijevremeno umiranje stanovništva u Crnoj Gori od diabetes mellitus-a.

Inače, ako posmatramo broj umrlih od dijabetesa u Crnoj Gori u poslednjih šest godina zapažamo da se broj umrlih kao i njihova zastupljenosti u ukupnom mortalitetu bitnije nije mjenjala (Tabela 8.)

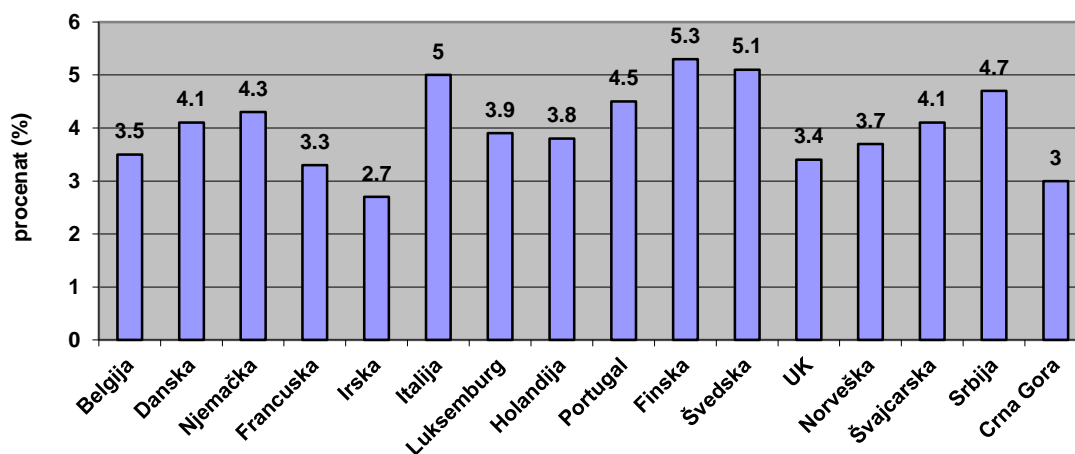
**Tabela 8. Učešće diabetes mellitus-a u ukupnom mortalitetu u Crnoj Gori, 2001-2006**

Grupa bolesti	Broj umrlih i učešće u ukupnom umiranju u Crnoj Gori u %					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sve bolesti Broj umrlih	5412	5513	5704	5707	5839	5968
Dijabetes mellitus Broj umrlih	138	121	128	120	122	121
Dijabetes mellitus Učešće u %	2,5	2,2	2,3	2,1	2,1	2,0

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Prevalencija diabetes mellitusa na globalnom nivou iznosila je oko 2,8% u 2000. godini tj. oko 171 miliona osoba u svijetu je živjelo sa dijabetesom. Ukoliko se nastavi sa sadašnjim trendom rasta, projekcije su da će 2030. godine u svijetu prevalencija iznositi 4,4% tj. da će oko 366 miliona osoba u svijetu živjeti sa dijabetesom. Trenutno, prevalencija dijabetesa u Crnoj Gori, procjenjena je na oko 3% što Crnu Goru svrstava u grupu Evropskih država sa nižom prevalencijom (grafikon 7.).

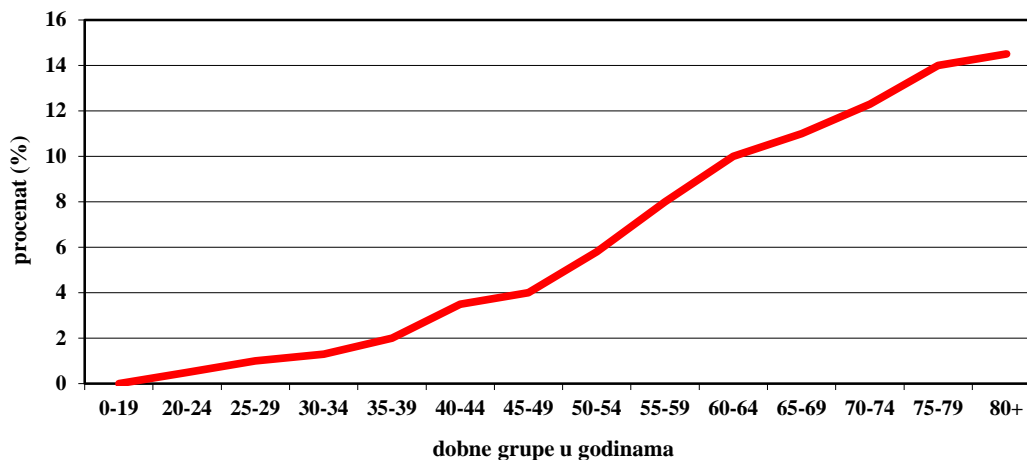
**Grafikon 7. Prevalencija diabetes mellitus-a u državama EU, 2000., Srbiji i Crnoj Gori, 2006**



Izvor: Wild S, Roglić G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetic Care 2004, Volume 27: 5:1047-1053.

Prevalencija dijabetesa značajno raste sa uzrastom i to tako da dobno specifična prevalencija naglo počinje da raste poslije 50-te godine života dostižući u dubokoj starosti vrijednosti i do 15% (Grafikon 8.).

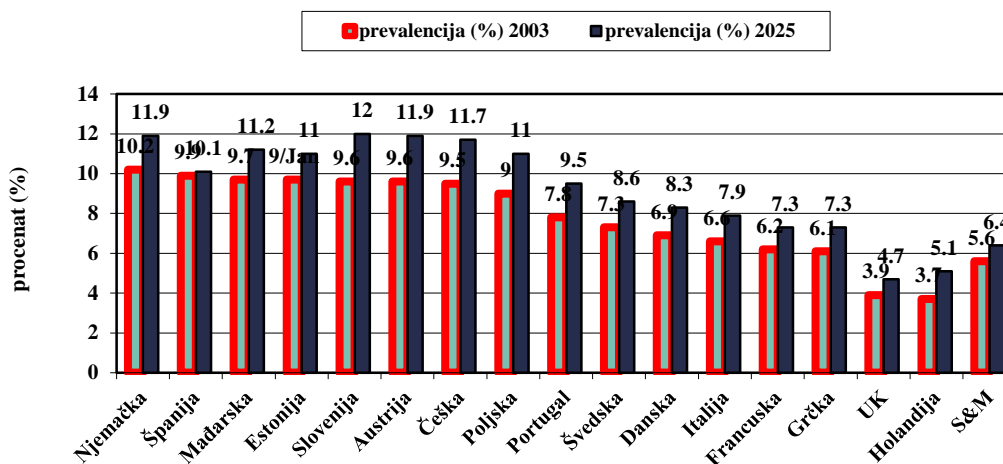
**Grafikon 8. Globalna prevalencija diabetes mellitus-a u odnosu na uzrast, 2000. godina**



Izvor: Wild S, Roglić G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetic Care 2004, Volume 27: 5:1047-1053.

Obzirom na činjenicu da prevalencija značajno raste sa uzrastom, prevalencija dijabetesa se često prikazuje samo za odrasle osobe tj. osobe starije od 20 godina (Grafikon 9.). Na grafikonu se vidi da se u narednih 20 godina očekuje dalji rast prevalencije dijabetesa u državama Evrope za 10 do 20%.

**Grafikon 9. Prevalencija diabetes mellitusa za 2003 i 2025 u Evropskim državama za uzrast 20-79 godina**



Izvor: Wild S, Roglić G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetic Care 2004, Volume 27: 5:1047-1053.

Laboratorijska ispitivanja u sklopu Nacionalnog istraživanja zdravlja stanovništva Crne Gore koje je sprovedeno tokom 2008, upućuju da oko 10,8% odraslog stanovništva (stariji od 20 godina) ima povišene vrijednosti glikemije, što potvrđuje pretpostavku da veliki broj odraslih građana Crne Gore ne zna da ima povišen šećer u krvi. Ovo istovremeno ukazuje na potrebu da se organizuje sistematski skrining stanovništva na diabetes mellitus kako bi se bolest

dijagnostikovala u ranoj fazi čime bi uz odgovarajuće edukativne i terapijske mjere u značajnoj mjeri spriječio nastanak komplikacija.

Prema dostupnim podacima zdravstvene statistike za 2006. godinu, učešće diabetes mellitus-a u broju osoba koje su liječene u bolnicama iznosilo 2,9%, dok je u isto vrijeme učešće u prvim dijagnozama u vanbolničkoj službi iznosilo 1,4%. U Crnoj Gori, do sada, nije uspostavljen nacionalni program prevencije i kontrole od diabetes mellitus-a koji bi uključio mjere primarne prevencije i ranog dijagnostikovanja oboljenja u opštoj populaciji kao i među visokorizičnim populacijama (osobe sa prekomjernom težinom, osobe sa porodičnom anamnezom obolijevanja od diabetes mellitus-a), što značajno utiče na broj novooboljelih, ukupan broj oboljelih i prerano umrlih lica od diabetes mellitus-a.

### **3.1.4. Bolesti mišićno-košanog sistema i vezivnog tkiva**

Bolesti mišićno-košanog sistema i vezivnog tkiva takođe, predstavljaju važan uzrok izgubljenih kvalitetnih godina života ali ne zbog smrtnosti koja je vrlo mala već zbog same bolesti i posljedične nesposobnosti (invalidnosti) koja je prisutna u svim zemljama. Negativni uticaj ove grupe oboljenja na društvo proističe iz njihove velike učestalosti, dugog trajanja i invaliditeta praćenog pogoršanjem kvaliteta života, ali i značajnih troškova nastalih kao posledica radne nesposobnosti oboljelih i korišćenja resursa zdravstvene i socijalne zaštite za njihovo liječenje i rehabilitaciju. Ovi poremećaji zdravlja javljaju se u svim životnim dobima i predstavljaju najčešći uzrok invalidnosti. Ipak, njihova učestalost značajno raste sa godinama starosti.

U Evropi skoro četvrtina odraslih osoba ima dugotrajne koštano-mišićne probleme i posljedično ograničene svakodnevne aktivnosti. U Srbiji, prema podacima zdravstvenog istraživanja iz 2006. godine 16,8% odraslih stanovnika (populacija preko 20 godina starosti) ima reumatske poremećaje, preko 40% ima ili je imalo bolove u zglobovima, a više od 50% bolove u leđima.

U Crnoj Gori tokom 2006. godine, 6,6% svih otpusnih dijagnoza iz bolnica odnosilo se na ovu grupu bolesti. Vanbolničke službe, takođe, često registruju ove bolesti, tako da je u 2006. godini registrovano oko 27.000 prvih posjeta vanbolničkim zdravstvenim službama zbog problema sa bolestima mišićno-košanog sistema i vezivnog tkiva (predominatno zbog problema sa leđima), što čini 3,5% od ukupnog broja dijagnoza postavljenih u vanbolničkoj službi.



### **3.1.5. Hronične opstruktivne bolesti disajnih puteva**

U svijetu više stotina miliona ljudi boluje od hroničnih respiratornih oboljenja, među kojima se procjenjuje da ima 300 miliona oboljelih od bronhijalne astme i 80 miliona oboljelih od drugih hroničnih opstruktivnih bolesti pluća (HOBP).

Nažalost, zbog nepostojanja Nacionalnog registra za bronhijalnu astmu i druge hronične opstruktivne bolesti pluća (disajnih puteva), u Crnoj Gori, za sada, nije moguće odrediti incidenciju i prevalenciju bronhijalne astme i drugih hroničnih opstruktivnih bolesti disajnih puteva. Jedino je moguće reći da je tokom 2006. godine u vanbolničkim zdravstvenim službama registrovano nešto više od 18.000 prvih dijagnoza vezanih za zdravstvene probleme bronhijalne astme i drugih hroničnih opstruktivnih bolesti disajnih puteva (2,4 % od ukupnog broja postavljenih dijagnoza u vanbolničkoj službi), kao i da se broj tih registrovanih dijagnoza u posljednjih pet godina nije značajno mijenjao.

Mortalitet od navedenih oboljenja u Crnoj Gori je vrlo nizak ali ove bolesti izazivaju značajne negativne efekte za društvo koje se ogledaju u hroničnom toku same bolesti i velikih troškova nastalih kao posledica radne nesposobnosti oboljelih, apsentizma i korišćenja resursa zdravstvene i socijalne zaštite za njihovo liječenje i rehabilitaciju, kao i indirektnih troškova zbog apsentizma roditelja u slučaju bolesti djece.

U Crnoj Gori, do sada, nije uspostavljen nacionalni program prevencije i kontrole od hroničnih opstruktivnih bolesti disajnih puteva koji bi uključio mjere primarne prevencije i ranog dijagnostikovanja oboljenja u opštoj populaciji kao i među visokorizičnim populacijama (pušači, osobe sa prekomjernom težinom), što značajno utiče na broj novooboljelih, ukupan broj oboljelih hroničnih opstruktivnih bolesti disajnih puteva.

### **Povrede**

Povrede, iako ne predstavljaju u pravom smislu riječi dio hroničnih nezaraznih bolesti jer mnoge od njih imaju akutan tok, dijele jedan broj rizičnih faktora sa njima (alkohol, pušenje) pa sa redukcijom tih faktora može ostvariti i značajna redukcija u učestalosti i smrtnosti od povreda. Inače, povrede predstavljaju jedan od značajnijih uzroka smrti u državama Evrope. Povrede nastaju u vrlo širokom dijapazonu situacija: povrede kod kuće, tokom rekreativnih i sportskih aktivnosti, u saobraćaju, na radnom mjestu i sl.

Nenamjerne i namjerne povrede su jedan od najznačajnijih uzroka invaliditeta mladih što dovodi do ogromnog gubitka "zdravih godina života". Trenutne stope mortaliteta u državama Evropske Unije variraju od 27 na 100.000 stanovnika u Velikoj Britaniji i Holandiji do više od 120 na 100.000 stanovnika u Baltičkim državama, Latvija (129/100.000) i Estonija (143/100.000). U Crnoj Gori vrijednost standardizovane stope mortaliteta za povrede i posledice

djelovanja spoljašnjih faktora u 2006. godini iznosi 47,5/100.000 stanovnika. U ukupnom mortalitetu od povreda i posljedica djelovanja spoljašnjih faktora učešće muškaraca je značajnije izraženo u odnosu na žene (72,7% : 27,3%). Standardizovana stopa mortaliteta za muškarce je iznosila 72,0 na 100.000 stanovnika, a za žene 25,3 na 100.000. Najveći broj smrtnih slučajeva unutar ove grupe stanja (50,7%) rezultat je povreda glave, vrata grudnog koša i trbuha, dok na tzv. druge povrede otpada 47,6%.

Od ukupnog broja osoba koje su u toku 2006.g. umrle od posledica povreda i djelovanja spoljašnjih faktora, oko 90% je umrlo prije 75 godine života, a njih oko 77% je umrlo prije 65 godina života. Naročito je važan podatak da od ukupnog broja umrlih od posledica povreda i djelovanja spoljašnjih faktora, na uzrast do 35 godina otpada oko 26,5%. Navedeni podaci pokazuju da postoji značajna mogućnost da se sprovođenjem, prvenstveno, odgovarajućih mjera prevencije povrijeđivanja, znatno smanji prijevremeno umiranje lica u Crnoj Gori.

Inače, ako posmatramo broj umrlih od posledica povreda i djelovanja spoljašnjih faktora u Crnoj Gori u poslednjih šest godina vidimo da se broj umrlih kao i njihova zastupljenosti u ukupnom umiranju bitnije nije mjenjala osim što bilježimo skok u 2006. godini (Tabela 9.)

**Tabela 9. Učešće povreda u ukupnom mortalitetu u Crnoj Gori, 2001-2006**

Grupa bolesti	Broj umrlih i učešće u ukupnom umiranju u Crnoj Gori u %					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sve bolesti Broj umrlih	5412	5513	5704	5707	5839	5968
Povrede Broj umrlih	294	236	225	211	225	290
Povrede Učešće u %	4,5	4,3	4,1	3,8	4,0	4,9

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

U Crnoj Gori tokom 2006. godine oko 9,0% svih otpusnih dijagnoza iz bolnica odnosilo se na povrede i posledice djelovanja spoljašnjih faktora. Vanbolničke službe, takođe, često registruju značajan broj pacijenata koji dolaze zbog povreda i posledica djelovanja spoljašnjih faktora, tako da je u 2006. godini registrovano nešto više od 20.500 prvih posjeta vanbolničkim zdravstvenim službama zbog povreda i posledica djelovanja spoljašnjih faktora. To čini 2,7% ukupnog broja dijagnoza postavljenih u vanbolničkoj službi. Unutar ove grupe najčešći razlog za posjetu ljekaru bile su tzv. "Druge specifične, nespecifične povrede i višestruke povrede" sa učešćem od 78,1%. Nažalost, zbog nepostojanja specifičnih registara za povrede, iz postojećeg sistema zdravstvene statistike nije moguće dobiti detaljnije podatke o načinu nastanka povreda tj. da li su nastale kao posledica saobraćajnih nezgoda/nesreća,

povreda u toku rekreativnih ili sportskih aktivnosti, na poslu ili kod kuće, kao i da li su dovele do određenog stepena invaliditeta tj. hroničnog stanja.

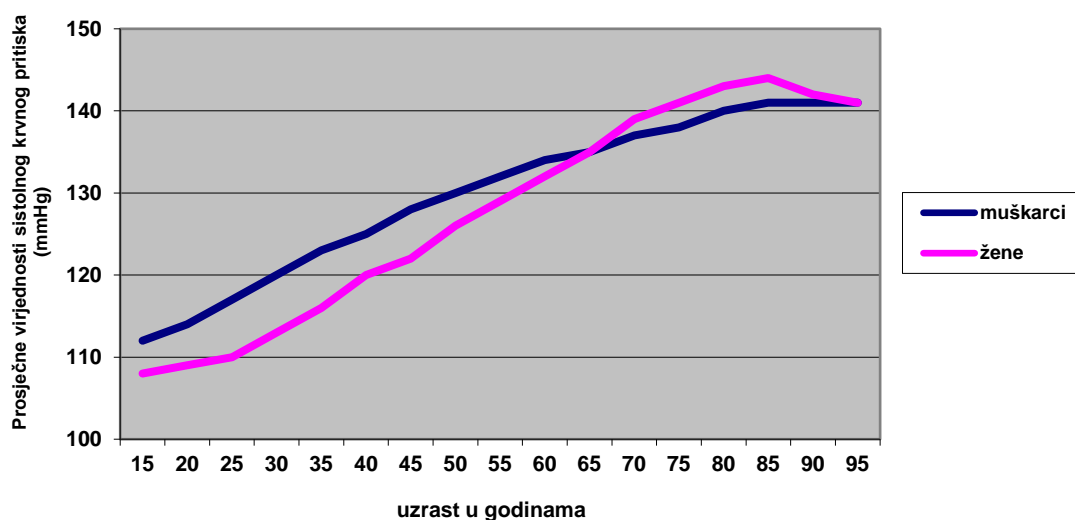
Zbog važnosti koju povrede čine u nacionalnoj patologiji, kompleksnosti njihove problematike i činjenice da ne predstavljaju u pravom smislu riječi dio hroničnih nezaraznih bolesti jer uglavnom imaju akutan tok nastanka, neophodno je sačiniti posebnu Strategiju za prevenciju i kontrolu povreda.

## 3.2. Faktori rizika

### 3.2.1. Povišen sistolni krvni pritisak

Povišen sistolni krvni pritisak je jedan od najvažnijih rizičnih faktora za nastanak hroničnih nezaraznih oboljenja. Naime, on je najkonzistentnije povezan sa smrtnim ishodom i kod muškaraca i kod žena i zbog toga se uzima kao parametar koji u se prati u međunarodnim studijama za poređenja procjene izloženosti rizičnim faktorima. Uzrasno specifične vrijednosti za sistolni krvni pritisak su slične u svim populacijama svijeta i nema značajnijih razlika između muškaraca i žena (Grafikon 10.)

Grafikon 10. Standardni obrasci uzrasno specifičnih vrijednosti sistolnog krvnog pritiska kod muškaraca i žena



Izvor: World Health Organization. The SuRF Report 2: Surveillance of Chronic Disease Risk Factors. Geneva: WHO, 2005

Ezzati M at al., eds. Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to select major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004.

Najveći broj studija u svijetu pokazuje da prosječne vrijednosti sistolnog krvnog pritiska rastu sa uzrastom. Ova korelacija se uočava u nacionalnim izvještajima koje koristi projekat SZO za praćenje faktora rizika na nivou država. Međutim, postoji i evidencija (SZO) da u nekoliko izolovanih populacija sistolni krvi pritisak ne pokazuje tendenciju rasta sa godinama starosti. Ove populacije dokazuju da povišenje sistolnog krvnog pritiska sa godinama starosti nije fiziološki fenomen već da je povezan sa promjenama u životnom stilu koje se dešavaju sa fenomenom starenja u urbanim populacijama, a koje su povezane sa povećanjem tjelesne mase i smanjenju fizičke aktivnosti. U principu, u skorije vrijeme, u najrazvijenim zemljama svijeta, osim u Sjevernoj Americi, došlo je do smanjenja prosječne vrijednosti sistolnog krvnog pritiska, što se ne može objasniti samo upotrebom

antihipertenzivnih lijekova jer njih ne koristi cijela populacija, već značajnim izmjenama u ponašanju. Nažalost, u državama Istočne Evrope konstantno se bilježi trend rasta prosječnih vrijednosti sistolnog krvnog pritiska (MONICA projekat SZO), što se povezuje sa obrascima ponašanja koji su karakteristični za društva u tranziciji.

Povišeni krvni pritisak, u početku, gotovo uvijek ide bez prateće simptomatologije, ali on dovodi do strukturalnih oštećenja arterija koje snabdijevaju krvlju velike organe čovječijeg tijela. Ta oštećenja mogu dovesti do cerebrovaskularnih infarkta (ishemije ili krvarenja), ishemične bolesti srca, oštećenja bubrega i dr. oboljenja. Prema procjenama SZO, na globalnom planu, povišeni sistolni krvni pritisak godišnje je odgovoran za 7,1 miliona smrtnih ishoda.

Prema podacima SZO, u svijetu 15-37% odraslog stanovništva ima povišen krvni pritisak, dok prevalencija hipertenzije kod osoba starijih od 60 godina iznosi oko 50%. Na osnovu podataka iz istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine koje je sprovedeno na nacionalno reprezentativnom uzorku, procijenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija povišenog krvnog pritiska iznosila je 40,8% (39,9% u populaciji žena i 41,7% u populaciji muškaraca).

Studija zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore iz 2008 ukazuje da je došlo do smanjenja prevalencije izmjerene hipertenzije na 27,2 % (25,7% u populaciji žena i 28,7% u populaciji muškaraca). Učestalost povišenog krvnog pritiska takođe je rasla sa godinama starosti tako da je najniža prevalencija registrovana u dobnoj grupi 20-34 godine (7,8%), u uzrastu 35-44 godine (20,2%), sa manje izraženim rastom u uzrastu 45-54 (32,0%) i 55-64 (42,5%). Najviše vrijednosti prevalencije su registrovane među licima u dobnoj grupi 65-74 godine (51,6%) i među licima starijim od 75 godina (53,2%).

Pored osoba kojima je prilikom istraživanja utvrđen povišen krvni pritisak, registrovan je i određen broj osoba koji su imali normalan krvni pritisak kao posledicu uzimanja antihipertenzivne terapije. Obzirom da po definiciji u grupu osoba sa povišenim krvnim pritiskom spadaju i osobe koje imaju normalan krvni pritisak ali uzimaju antihipertenzivne lijekove, ukupna vrijednost prevalencije hipertenzije i potencijalne hipertenzije u Crnoj Gori u 2000. g. iznosi 43,4% , a u 2008. 32,7%.

Prosječne vrijednosti sistolnog krvnog pritiska u 2000.g iznosile su 132,6 mmHg (131,3 za žene i 134,1 za muškarce), a dijastolnog 81,4mmHg (80,1 za žene i 82,8 za muškarce), a u 2008.g.: 131,3 mmHg (128,8 za žene i 134,0 za muškarce), a dijastolnog 81,7 mmHg (80,8 za žene i 82,8 za muškarce). Vrijednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska u oba istraživanja su pokazale trend rasta sa rastom godina starosti. Tako su prosječne vrijednosti sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska iznosile u odnosu na uzrasne grupe:

Dobne grupe (u godinama)	Prosječne vrijednosti sistolnog krvnog pritiska (mmHg)		Prosječne vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska (mmHg)	
	2000.g.	2008.g.	2000.g.	2008.g.
	20-34	122,8	121,5	76,4
35-44	128,8	126,5	80,6	80,7
45-54	137,1	132,6	84,7	84,0
55-64	145,9	139,7	87,4	86,1
65 i više	148,7	146,3	86,8	86,3

Za razumijevanje veličine problema, značajan je i podatak o broju registrovanih prvih dijagnoza povišenog krvnog pritiska u vanbolničkoj zdravstvenoj službi. U toku 2006. godine registrovano je 31.518 ovih dijagnoza, što predstavlja 4,1% ukupnog broja utvrđenih stanja u toku 2006. godine u vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Ovo je poslije akutnog tonzilofaringitisa (221.518 ili 29%), drugih akutnih infekcija gornjih respiratornih puteva (44.723 ili 5,8%) i akutnog bronhitisa (42.953 ili 5,6%) najčešća dijagnoza u vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti i ukazuje na značajnost problema povišenog krvnog pritiska među stanovništvom Crne Gore.

### **3.2.2. Pušenje duvana**

Upotreba duvana uključivši pušenje duvana kao najrasprostranjeniji vid upotrebe duvana, uzročno je povezana sa brojnim hroničnim nezaraznim bolestima, među njima i najvažnijim, poput malignih neoplazmi, kardio- i cerebrovaskularnih bolesti i hroničnih opstruktivnih bolesti pluća (HOBP). SZO procjenjuje se da je tokom 2000.g. konzumiranje duvana na globalnom planu bilo uzrokom 4,8 miliona smrtnih ishoda od kojih su najvažniji: kardiovaskularne bolesti (1,7 miliona smrtnih ishoda), hronične opstruktivne bolesti pluća (1 milion smrtnih ishoda), maligna neoplazma pluća (0,85 miliona smrtnih ishoda). Prema procjenama SZO, u ukupnom broju izgubljenih zdravih godina, duvanu se pripisuje udio od 4,1%, s tim da je ta šteta čak veća u zemljama u razvoju jer u njima osobe od navedenih bolesti umiru u mnogo mlađem uzrastu nego u razvijenim zemljama. Pušenje duvana predstavlja pojedinačno najvažniji faktor rizika za nastanak malignih neoplazmi (faktor rizika za 15-30% svih malignih neoplazmi). Interesantno je da je duvan jedini proizvod koji se legalno nabavlja, a koji kada se koristi na način kako to preporučuje proizvođač, ubija najmanje polovinu svojih korisnika.

Na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine procjenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija svakodnevnih pušača iznosila 37,4% (28,5% u populaciji žena i 47,7% u populaciji muškaraca), uz još 6,1% povremenih pušača, što je ukupno iznosilo 43,5%. Studija zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008 ukazuje da je došlo do značajnog smanjenja prevalencije konzumiranja duvana među stanovništvom Crne Gore i da ona trenutno iznosi 32,7% (26,4% svakodnevnih pušača i 6,3% povremenih

pušača). Među ženama puši njih 29% (26% svakodnevno i 6% povremeno) a među muškarcima njih 36,7% (30% svakodnevno i 6,7% povremeno).

Značajan podatak predstavlja učestalost konzumiranja duvana među školskom omladinom. Istraživanje među školskom omladinom uzrasta od 11-18 godina iz 1999 i Studija globalnog istraživanja pušenja kod mladih (*engleski: Global Youth Tobacco Survey 2004*) pokazali su da je pušenje među školskom omladinom prilično zastupljeno. Naime, oko 20% srednješkolske populacije svakodnevno puši duvan, kao i 4 % djece uzrasta 11-14g. u osnovnoj školi, pri čemu je svaki treći osnovac i svaki drugi srednjoškolac eksperimentisao sa pušenjem duvana. Obzirom da je dokazano da i pasivno pušenje duvana značajno utiče na zdravlje (samo u 15 država Evropske unije, SZO procjenjuje da godišnje oko 20.000 nepušača umre od kardiovaskularnih bolesti i još oko 1.000 nepušača od maligne neoplazme pluća kao posledica pasivnog izlaganja duvanskom dimu), važan podatak iz navedenih istraživanja je da je više od 90% djece izjavilo da su svakodnevno izloženi duvanskom dimu u svojim domovima ili na javnim mjestima.

Procjene Instituta za javno zdravlje su da godišnje u Crnoj Gori od posledica pušenja duvana umire oko 800-1000 osoba.

### **3.2.3. Pretjerana upotreba alkohola**

Ekscesivna upotreba alkohola izaziva brojne zdravstvene probleme, koji se ogledaju u vidu posljedica poput saobraćajnih nesreća, nasilja u porodici, hroničnih bolesti i brojnih drugih socijalnih problema koje sa sobom nosi alkoholizam. Problem sa alkoholom, za razliku od duvana, je što umjerena konzumacija alkohola ima i svoje koristi u odnosu na kardio- i cerebrovaskularne bolesti, diabetes mellitus (u Francuskoj se prisutan pogodan obrazac korišćenja alkohola, uglavnom vina, uz konzumiranje hrane tj. vino se tretira se kao životna namirnica). Ipak, pretjerano uzimanje alkohola i u formi intoksikanta (karakteristika nekih država npr. skandinavskih, gdje se žestoka pića koriste bez konzumiranja hrane i često samo u svrhu opijanja) izaziva oboljenja poput ciroze jetre, kardiovaskularnih oboljenja i pojedinih malignih neoplazmi. Prema procjenama SZO, u ukupnom umiranju na globalnom nivou, pretjerana upotreba alkohola učestvuje sa 3,2%, dok je u evropskom regionu (najveći potrošač alkohola po glavi stanovnika - oko 7,3 litra čistog alkohola po glavi stanovnika) učešće alkohola kao uzroka u ukupnom umiranju oko tri puta je veće nego na globalnom planu.

U Crnoj Gori, ne postoje precizni podaci o prevalenciji tj. ukupnom broju osoba koje pretjerano konzumiraju alkohol, ali je na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine, procjenjeno da je te 2000.godine u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija osoba koje svakodnevno piju alkohol iznosila 2,7% (0,4% žena i 5,6% muškaraca). Prevalencija svakodnevnih konzumenata

alkohola najviša je bila u dobnoj grupi 45-54 godina i iznosila je 5,2%. Prevalencija lica koja povremeno konzumiraju alkohol iznosila je 26,7% (8,6% žena i 47,5% muškaraca). Procenat osoba koje su se deklarirale kao osobe koje su ranije pile ali više ne piju iznosio je 5,7% (0,8% žena i 11,4% muškaraca). Prema Studiji zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore iz 2008. procjenjena prevalencija svakodnevne upotrebe alkohola među stanovništvom Crne Gore iznosi 2,9% (0,3% žena i 5,7% muškaraca) tj. nije došlo do značajne promjene u odnosu na 2000.g. Jedino je prevalencija svakodnevnih korisnika alkohola sada najviša u najstarijoj dobnoj grupi (75g. i više). Takođe, porasla je prevalencija osoba koje su ranije pile a sada više ne piju – 11,9% (3,2% žena i 21,2% muškaraca).

### ***3.2.4. Nepravilna ishrana***

Epidemiološke studije već duže vremena ističu da ishrana koju karakteriše unošenje povećanih količina voća i povrća značajno redukuju vjerovatnoću od nastanka određenih malignih neoplazmi i kardiovaskularnih bolesti. Naime, nedovoljno unošenje voća i povrća predstavlja nezavisni faktor rizika za maligne neoplazme želuca, kolorektuma, ezofagusa i pluća, kao i kardiovaskularnih bolesti. Na osnovu komparativnih međunarodnih studija, SZO je procijenila da minimalna količina voća i povrća koju treba dnevno da unese odrasla osoba iznosi 600 grama, djeca uzrasta od 5 do 14 godina oko 480 grama i djeca 1 do 4 godine oko 330 grama. Dobro je obezbijediti najmanje pet obroka dnevno u kojima se konzumiraju voće ili povrće, pri čemu bi za jedan obrok trebalo pojesti oko 80 grama voća ili povrća. Prema procjenama SZO, ukupni pripadajući mortalitet usled nedovoljnog unošenja voća i povrća na globalnom nivou iznosi 2,7 miliona smrti.

Poseban problem predstavlja nepravilna ishrana koja se odnosi na povećano unošenje soli, koncentrovanog šećera i zasićenih masti što povećava rizik od pojave povišenog krvnog pritiska i šećerne bolesti koji onda predstavljaju faktore rizika za nastanak brojnih oboljenja, prvenstveno kardio- i cerebrovaskularnih oboljenja.

Studija zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore iz 2008 pokazuje da je među odraslim stanovništvom konzumiranje svježeg povrća i voća nedovoljno (47,4% odraslih svakodnevno konzumira svježe povrće, a 39,4% svježe voće). Slična situacija je i među mladima (41,5% konzumira svakodnevno svježe povrće a 33,4% svježe voće). Sa druge svakodnevno unošenje slatkiša i slatkih bezalkoholnih pića je značajno izraženo.

### ***3.2.5. Nedovoljna fizička aktivnost***

Redovna umjerena fizička aktivnost izaziva brojne koristi po zdravlje, uključujući regulisanje tjelesne mase i jačanje kardiovaskularnog i



respiratornog sistema. Mjerenje nivoa fizičke aktivnosti ili neaktivnosti u populaciji prilično je teško izvesti ali je projekat SZO o praćenju i poređenju faktora rizika procijenio da fizička inaktivnost doprinosi u značajnoj mjeri nastanku pojedinih oboljenja. Taj doprinos je slijedeći:

- 21,5% ishemične bolesti srca,
- 11% cerebrovaskularnih inzulata
- 14% diabetes mellitus-a
- 16% maligne neoplazme kolorektuma
- 10% maligne neoplazme dojke

Na osnovu današnjih znanja, SZO preporučuje da svakoga dana treba provesti najmanje 30 minuta u sprovođenju umjerenih fizičkih aktivnosti (npr. brza šetnja ili vožnja biciklom).

Na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine procijenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti) prevalencija osoba koje su svakog dana radile fizičke vježbe tako da se zadišu ili oznoje iznosila 9,1% (6,9% žena i 11,5% muškaraca; s tim da je učestalost sprovođenja svakodnevnih fizičkih vježbi bila najčaća u dobnoj grupi 20-34 – 13,1% a najniža u dobnoj grupi preko 65 godina - 6,0%). Prevalencija osoba koje su na taj način radile fizičke vježbe 4-6 puta nedeljno iznosio je 4,2% (2,5% žena i 6,0% muškaraca) a prevalencija onih koji su to radili 2-3 puta nedeljno iznosila je 10,1% (7,9% žena i 12,6% muškaraca). Jednom nedeljno fizičke vježbe radilo je 14,9% osoba (13,6% žena i 16,4% muškaraca). Dakle, oko 61,8% odnosno 76,5% osoba (ako se izuzmu osobe koje su svega jednom nedeljno radile vježbe) je te 2000. godine bilo fizički nedovoljno aktivno (od toga 13,8% lica nije bilo u mogućnosti da vježba zbog bolesti ili invalidnosti);

Studija zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008. ukazuje da je na osnovu indikatora koji se prati (procenat odraslog stanovništva koje se oznoji vježbajući više od tri puta nedjeljno), prevelencije fizičkih aktivnosti među stanovništvom Crne Gore iako nešto niža, ostala na približno istom nivou kao i u toku 2000. godine. Naime, u 2008. g. prevalencija osoba koje su svakog dana radile fizičke vježbe tako da se zadišu ili oznoje iznosi 9,2%, dok je još 2,3% osoba na isti način praktikovalo fizičke aktivnosti 4-6 puta nedjeljno.

### **3.2.6. Prekomjerna tjelesna masa / gojaznost**

Za procjenu da li neka osoba ima prekomjernu tjelesnu masu ili ne, koriste se različiti pokazatelji. Jedan od najjednostavnijih pokazatelja je računanje vrijednosti Indeksa tjelesne mase – ITM (*engleski: Body Mass Index - BMI*) koji se dobija kada se masa tijela u kg podijeli kvadratom visine u metrima (m<sup>2</sup>). Pod prekomjernom tjelesnom masom podrazumijeva se stanje u kojem

vrijednost ITM prelazi 25,0. Izražena prekomjerna tjelesna masa kod koje vrijednost ITM prelazi 30,0 označava se kao gojaznost. Oboljenja koja se značajno češće srijeću kod osoba koje imaju prekomjernu tjelesnu masu ili su gojazne su:

- diabetes mellitus tip 2
- hipertenzivna bolest
- ishemična bolest srca
- cerebrovaskularni inzulti
- osteoartritis
- maligne neoplazme debelog crijeva (kolona), bubrega, endometrijuma i postmenopauzalne maligne neoplazme dojke

Rezultati nacionalnih istraživanja, koje je prikupila SZO, pokazuju da je u svijetu trenutno 300 miliona osoba gojazno i da preko 750 miliona osoba ima prekomjernu tjelesnu masu. Broj lica sa prekomjernom tjelesnom masom raste u svim zemljama svijeta (Tabela 10.) Prema procjenama SZO, na globalnom planu, gojaznost i prekomjerna tjelesna masa odgovorni su za oko 2,5 miliona smrti.

Tabela 10. Učešće prekomjerne tjelesne mase za muškarce i žene u izabranim zemljama sa procjenama za 2010. godinu

Država	Prekomjerna težina % Muški			Prekomjerna težina % Žene		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
Brazil	43,4	47,4	54,0	49,2	53,5	60,3
Austrija	59,0	61,0	62,9	53,4	53,2	55,2
Alžir	32,1	34,1	37,4	43,2	45,6	49,4
Njemačka	63,7	65,1	67,2	53,6	55,1	57,1
Hrvatska	60,0	61,3	63,5	45,3	46,4	48,3
Norveška	53,3	54,8	57,2	42,0	43,4	45,8
Švedska	51,7	54,5	57,0	43,3	44,9	47,2
Francuska	44,1	45,6	48,0	33,4	34,7	36,9
Grčka	74,6	75,7	77,5	60,1	61,3	63,2
Kina	27,5	33,1	45,0	22,7	24,7	32,0
SAD	72,2	75,6	80,5	69,8	72,6	76,7

Izvor: World Health Organization. The SuRF Report 2: Surveillance of Chronic Disease Risk Factors. Geneva: WHO, 2005

Na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine procijenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija osoba čija je tjelesna masa bila prekomjerna iznosila 34,8% (27,2% žene i 41,9 muškarci) dok je prevalencija gojaznih osoba iznosila 12,8% (12,1% žene i 13,3% muškarci). Podatak da je te 2000. godine, 47,6% odrasle populacije (39,3% žena i 55,2% muškaraca) u Crnoj Gori imalo neku formu prekomjerne tjelesne mase, ukazivao je na činjenicu da je problem prekomjerne tjelesne mase među odraslim osobama značajno prisutan i u Crnoj Gori. Problem prekomjerne tjelesne mase evidentan

je i kod mlađih uzrasta u Crnoj Gori. U nedavnom istraživanju stepena uhranjenosti školske djece uzrasta 6-11 godina koje je sproveo Institut za javno zdravlje, 29,5% učenika navedenog uzrasta je imalo prekomjernu tjelesnu masu. Problem prekomjerne tjelesne mase izraženiji je kod dječaka (36,6%) nego od djevojčica (22,4%).

Rezultati Studije zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008 pokazuju da je u proteklih 8 godina došlo do daljeg porasta prevalencije prekomjerne tjelesne mase među stanovništvom Crne Gore. Naime, u 2008.g prevalencija osoba čija je tjelesna masa prekomjerna iznosi 40,0% (32,2% žene i 48,4% muškarci) dok prevalencija gojaznih osoba iznosi 15,1% (14,5% žene i 15,8% muškarci). Ovo znači da 55,1% odraslih osoba u Crnoj Gori (46,7% žena i 64,2% muškaraca) ima neku formu prekomjerne tjelesne mase što predstavlja zabrinjavajući podatak.

Isto istraživanje je pokazalo da u 2008. g. u uzrastu od 7-19 godina, 21,2 % djece i adolescenata ima je prekomjernu tjelesnu masu.

### ***3.2.7. Povišeni nivo holesterola u krvi***

Visoki nivoi holesterola u krvi povezani su sa nasljednim poremećajima, diabetes mellitusom i ishranom bogatom zasićenim mastima. Povišeni holesterol u krvi povećava rizik za nastanak cerebrovaskularnog infarkta, ishemične bolesti srca i drugih vaskularnih oboljenja.

Prema procjenama SZO, na globalnom nivou, povišene vrijednosti holesterola u krvi odgovorne su za 4,4 miliona smrti na godišnjem nivou. Distribucija smrtnosti je slijedeća:

- 40% za razvijene države
- 20% za države u razvoju koje karakterišu niske stope mortaliteta
- 20% za države u razvoju koje karakterišu visoke stope mortaliteta

Do nedavno u Crnoj Gori nijesu postojali podaci o prevalenciji tj. ukupnom broju osoba koje imaju povišen holesterol u krvi. Nacionalna studija zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008 ukazuje na visoku prevalenciju povišenog holesterola u krvi među stanovništvom Crne Gore. Naime, kod 40 % odraslog stanovništva (osobe starije od 20 godine) nađene su povišene vrijednosti holesterola (preko 5,0 mmol/l) pri čemu su kod 12,2 % stanovništva vrijednosti bile preko 6,2 mmol/l a kod 27,8 % stanovništva vrijednosti su bile u granicama od 5,0 do 6,2 mmol/l, što se već danas smatra rizičnim vrijednostima.

Istovremeno kod 52,7 % odraslih osoba su pronađene povišene vrijednosti triglicerida u krvi (vrijednosti iznad 1,7 mmol/l).

Navedeni nalazi ukazuje na potrebu da se organizuje sistematski skrining stanovništva na povišene vrijednosti holesterola i triglicerida kako bi se na vrijeme pristupilo odgovarajućim korektivnim dijetama i eventualnim terapijskim mjerama čime bi se u značajnoj mjeri spriječio nastanak kardiovaskularnih komplikacija.

### 3.3. Demografske i socio-ekonomske determinantne koje imaju uticaja na nastanak hroničnih nezaraznih bolesti

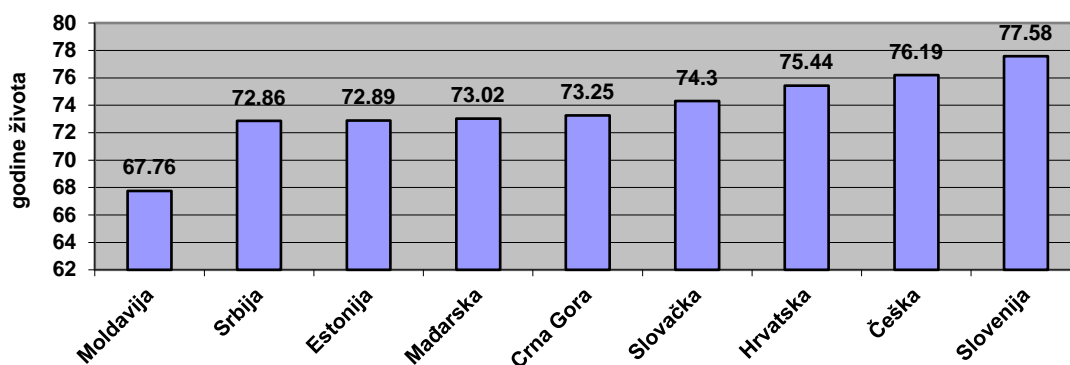
#### 3.3.1. Demografske promjene

Demografske promjene u državama Evrope koje se ogledaju u procesu starenja stanovništva predstavljaju dopunske izazove u ekonomskom, budžetskom i socijalnom pogledu. U Zapadnoj Evropi, broj osoba starijih od 65 godine se više nego udvostručio od 1950, dok se broj lica starijih od 80 godina učtverostručio. Iako se to može smatrati sjajnim rezultatom javno zdravstvenih sistema, to takođe, predstavlja veliki izazov za zdravstveni i socijalni sektor tih država. Predviđanja demografa su da će u zapadno evropskim državama u periodu od 2005 do 2050 odnos starih, ekonomski neaktivnih osoba (lica starija od 65 godina) i lica u radno aktivnim godinama biti izuzetno nepovoljan. Zbog toga je izuzetno važno da osobe ostanu zdrave i nezavisne od tuđe pomoći što je moguće duže u svom životu i da se prijevremena smrt u srednjim godinama izbjegne u najvećoj mogućoj mjeri a morbiditet i mortalitet pomjere ka samom kraju životnog vijeka tj. u duboku starost.

Prema posljednjem popisu iz 2003. godine, u Crnoj Gori udio stanovništva starijeg od 65. godina u ukupnom stanovništvu iznosio je oko 12% (među muškarcima 10,5% a među ženama 13,4.%) i pokazuje stalni trend rasta, slično kao i u ostalim državama Evrope: Austrija (16,7%), Hrvatska 17,3%), Francuska (16,3%), Njemačka (18,3%), Grčka (18,5%). U susjednoj Srbiji prema popisu iz 2002. godine, učešće osoba starijih od 65 godina je iznosilo 14,4% među muškarcima i 18,6% među ženama.

Posljednji raspoloživi podaci (Monstat) o dužini očekivanog trajanja života živorođenih u Crnoj Gori su za 2004. godinu i iznose 73,3 godina (69,8 za muškarce i 76,1 za žene). Navedene vrijednosti su značajnije niže od prosjeka za razvijene države Evrope (za muškarce od 76-79 godina a za žene od 80-84 godine tj. za oba pola nešto manje od 80 godina), ali su u rang u vrijednosti država Balkana i nešto šireg okruženja (Grafikon 11.)

Grafikon 11. Očekivano trajanje života na rođenju u Crnoj Gori i izabranim državama Evrope u 2005. godini (podaci za Crnu Goru odnose se na 2004. godinu)



Izvor: Health for all database, WHO Regional Office for Europe

### **3.3.2. Siromaštvo**

Siromaštvo, koje se obično definiše kao nedovoljnost prihoda da bi se zadovoljile životne potrebe, predstavlja vrlo kompleksan fenomen koji se manje ili više ogleda u nemogućnosti zapošljavanja, nezadovoljavajućim stambenim uslovima, neadekvatnom pristupu zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti, obrazovnim i komunalnim uslugama, neostvarenim pravima na zdravu životnu sredinu i dr. što pojedinca i porodicu stavlja u nezadovoljavajući socio-ekonomski položaj. Zbog svega navedenog siromaštvo čini važnu determinantnu za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti. Naime, odavno je uočeno da se većina siromašnih pojedinaca i porodica neadekvatno hrani, da su podložniji brojnim lošim navikama (npr. konzumiranje duvana i alkohola), da žive u neadekvatnim uslovima i sl. što uslovljava činjenicu da siromašni češće boluju od hroničnih nezaraznih bolesti. Povišen krvni pritisak, na primer, prema podacima nedavnih istraživanj asprovedenih u Srbiji, bio je češći kod stanovnika sa najnižom školskom spremom (62,7%), kao i kod najsiromašnijih stanovnika (53,1%). Prema posljednjem istraživanju problema siromaštva u Crnoj Gori (Monstat), procjenjuje se da je 11,3% stanovništva siromašno, pri čemu je najveći procenat siromašnih u Sjevernom regionu (18,3%).

Sva društva koja prolaze kroz proces socio-ekonomske tranzicije suočavaju se u manjoj ili većoj mjeri sa fenomenom siromaštva. Ni Crna Gora, u tom smislu, nije izuzetak tako da aktivnosti na smanjenju siromaštva koje se preduzimaju u Crnoj Gori i koje treba još više intenzivirati čine istovremeno i dio aktivnosti na smanjenju obolijevanja i umiranja od hroničnih nezaraznih bolesti. Rast nacionalnog bruto proizvoda, smanjenje stope nezaposlenosti i rast ličnih primanja su vrlo važni pokazatelji sprovedenih aktivnosti i oni se u Crnoj Gori kreću u pozitivnom smjeru. Prema podacima Zavoda za zapošljavanje Crne Gore, u julu 2000. godine u Crnoj Gori je bilo 86.163 nezaposlenih lica sa stopom nezaposlenosti od 32,7%, dok je u junu 2008. godine registrovano 29.876 nezaposlenih lica sa stopom nezaposlenosti od 11,34%.

### **3.3.3. Obrazovanje**

Prema podacima iz posljednjeg popisa stanovništva iz 2003. godine u Crnoj Gori je registrovano 12.617 nepismenih lica što je činilo 2,3% ukupnog stanovništva Crne Gore. Inače, na nivou cijele Evrope, procenat nepismenih se kreće oko 1,5%. Od ukupnog broja nepismenih 8714 lica ili 69% se odnosi na lica starija od 65 godina. Među njima 7882 ili 90,4% su osobe ženskog pola. Među mlađim stanovništvom pismenost je izuzetno visoka i ravnomjerno raspoređena u odnosu na pol. Trenutno, u Crnoj Gori, najveći broj stanovništva ima završenu srednju (48,4%) i osnovnu školu (22,9%), zatim višu (9,6%) i visoku školu (7,5%). Ono što je značajno napomenuti je da se iz popisa u popis uočava trend porasta broja lica za završenom višom i visokom školom.

Pored pozitivnih trendova u odnosu na stepen pismenosti stanovništva, značajno je napomenuti da je proces reformisanja obrazovnog sistema u velikoj

mjeri odmakao i da su njegovi osnovni postulati u velikoj mjeri saglasni sa programima prevencije i kontrole HNB (Usvajanje strategije inkluzivnog obrazovanja sa naglaskom na djecu sa posebnim potrebama što se već implementira u određenom brju škola; nastavni program “Zdravi životni stilovi”; cjelodnevni boravci učenika u školi i sl.). Međutim i dalje su evidentni problemi koji imaju direktnu vezu sa prevencijom i kontrolom hroničnih koje bi trebalo u narednom periodu riješiti:

- nedovoljan broj škola (mreža škola ne prati demografske promjene), što uslovljava veliki broj učenika u pojedinim školama u kojima se radi u više smjena a što opet onemogućava sprovođenje svih planiranih programa predviđenih Reformom.
- neadekvatna opremljenost savremenim nastavnim sredstvima neophodnim za sprovođenje savremenih oblika nastave;
- još uvijek u potpunosti neostvarena integracija marginalizovanih grupa, prvenstveno Roma i djece sa posebnim potrebama u redovni obrazovni sistem;
- nedovoljan broj odgovarajućih aktivnosti za srednjoškolsku i studentsku populaciju sa posebnim akcentom na zdravstvenom obrazovanju i sticanju određenih socijalnih znanja i vještina koje će budućim generacijama pomoći u svakodnevnim izazovima koje donosi život.

### ***3.3.4. Globalizacija i urbanizacija***

Proces globalizacije, između ostalog, povezan je sa trendom da populacije niskorazvijenih i srednje razvijenih država konzumiraju nezdravu hranu, visokoenergetsku (visokokaloričnu) sa dosta zasićenih masti, soli i šećera. U sve većem broju država stanovništvo postaje polako ali sigurno zavisno samo od nekoliko velikih snabdjevača, dok mali marketi i pijace polako izčezavaju. Taj trend koji je započeo u Zapadnoj Evropi sada se viđa sve češće u Istočnoj Evropi. Porast broja trgovinskih sporazuma, zajedničkih tržišta i transnacionalnih tržišta duvana i alkoholnih pića umanjuje napore lokalnih vlada da uspostave efektivne kontrolne mjere na snabdijevanju i dostupnosti ovih artikala.

Urbanizacija je sve izraženija u svim državama. Urbana populacija postaje sve više orijentisana ka sedentarnom načinu života i rada, kojem doprinosi i sve veći stepen motorizovanog transporta, neplanskog i nekontrolisanog širenja urbanih naselja i smanjenih mogućnosti za redovnu dnevnu fizičku aktivnost u kućnoj, profesionalnoj/radnoj i školskoj sredini. Moderno “obesogeno” okruženje, u kombinaciji sa neadekvatnom, uglavnom visokoenergetskom ishranom, fizičkom neaktivnošću i stresom ima ozbiljne implikacije na porast brojnih faktora rizika (gojaznost, povišen holesterol i šećer u krvi, povišen krvni pritisak) koji dalje povećavaju mogućnost nastanka kardiovaskularnih bolesti, diabetes mellitusa i malignih neoplazmi.

Prema posljednjem popisu iz 2003, u ukupnoj strukturi stanovništva Crne Gore, gradsko stanovništvo čini 62% a seosko 38%, sa trendom daljeg rasta učešća gradskog i smanjenja učešća seoskog stanovništva.

### **3.3.5. Problemi u orijentaciji zdravstvene službe**

Programi unapređenja zdravlja i prevencija hroničnih nezaraznih bolesti imaju relativno mali udio u zdravstvenim budžetima većine država svijeta. Na osnovu podataka Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD), u prosjeku svega 3% ukupne zdravstvene potrošnje u državama OECD-a je usmjereno ka javno zdravstvenim populacionim preventivnim programima, dok se većina budžeta troši za liječenje oboljelih. Nacionalni programi ranog otkrivanja bolesti su nedovoljno rašireni. Naime, smatra se da do 50% osoba koje imaju šećernu bolest nijesu dijagnostikovani u ranoj fazi, što povećava mogućnost brojnih komplikacija koju izaziva ova bolest. Isto tako, u Evropi godišnje umre oko 30.000 žena od raka grlića materice, najčešće zbog toga što im bolest nije dijagnostikovana na vrijeme jer ne postoje nacionalni skrining programi na karcinom grlića materice. Ovaj problem je naročito izražen u zemljama Centralne i Istočne evrope u kojima su stope smrtnosti od karcinoma grlića materice dva do četiri puta više u odnosu na države Zapadne evrope.

Jedan od razloga za nedovoljno razvijene i finansirane programe prevencije i kontrole nezaraznih bolesti je i nedostatak kapaciteta za adekvatan sistem nadzora i evaluacije problema hroničnih nezaraznih bolesti. Naime, Crna Gora kao i veliki broj država nema zadovoljavajući zdravstveno-informacioni sistem koji bi obezbijedio kvalitetne informacije institucijama koje bi trebalo da na osnovu tih informacija utvrđuju prioritete, donose odluke za izradu pojedinih programa i izdvajaju sredstva za njihovu implementaciju. Zdravstveno informacioni sistem bi pored prikupljanja podataka o zdravstvenom stanju stanovništva trebao da analizira podatke o obolijevanju po uzrastu, polu, etničkoj pripadnosti kako bi se olakšalo uočavanje eventualnih nejednakosti u zdravlju između pojedinih grupacija stanovništva. Pored toga, imajući u vidu višefaktorsku etiologiju hroničnih nezaraznih bolesti, važno je prikupljati i podatke o najvažnijim socio-ekonomskim i okolišnim determinantama zdravlja kao i najvažnijim faktorima rizika. Obzirom da je do nekih podataka moguće doći samo kroz kompleksne metode istraživanja na nacionalno reprezentivnim uzorcima neophodno je obezbijediti sredstva za jačanje kapaciteta zdravstvenih institucija koje će sprovoditi takva istraživanja kao i za sprovođenje samih istraživanja.

Pored navedenog, dostupnost zdravstvene zaštite u vidu kontinuiranog pružanja zdravstvene zaštite u svim vidovima i nivoima (prevencije, liječenja i rehabilitacije) i u skladu sa potrebama cijelokupne zajednice od velike je važnosti za realizaciju svih planiranih programa iz oblasti javnog zdravstva. Za potrebe realizacije Strategije i specijalizovanih programa prevencije i kontrole pojedinih hroničnih nezaraznih bolesti koji tek treba da se sačine, biće neophodno ojačati kapacitete zdravstvene službe i obezbijediti njihovu odgovarajuću geografsku distribuciju u cilju bolje dostupnosti zdravstvene službe što je preduslov za punu realizaciju programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, odnosno odgovarajućeg liječenja pojedinih hroničnih nezaraznih bolesti na teritoriji cijele Crne Gore.



### 3.4. Zaključci analize

1. Crna Gora prolazi kroz period socio-ekonomske tranzicije koji, pored brojnih karakteristika, pogoduje praktikovanju neadekvatnih životnih stilova odnosno izloženošću pojedinim faktorima rizika koji doprinose porastu hroničnih nezaraznih bolesti (HNB);
2. U strukturi ukupnog umiranja stanovništva Crne Gore, udio HNB iznosi oko 75%. HNB, trenutno, predstavljaju najvažnije razloge radne nesposobnosti, invaliditeta i prijevremenog umiranja.
3. Značajan gubitak godina života zbog preranog umiranja, kao i značajan invaliditet i apsentizam koji izazivaju HNB, predstavljaju značajno ekonomsko opterećenje za Crnu Goru.
4. Udio populacije starije od 65. godina u Crnoj Gori je relativno visok i ima trend daljeg rasta što će neumitno uticati na dalji porast obolijevanja i umiranja od HNB;
5. Procesi globalizacije čiji efekti su sve vidljiviji i u Crnoj Gori kao i sve izraženija urbanizacija, takođe će, pored brojnih pozitivnih efekata, imati i efekte na porast obolijevanja od HNB;
6. Faktori rizika koje SZO navodi kao važne za nastanak najvažnijih HNB a koji su preventibilni, u značajnoj mjeri su prisutni i među stanovništvom Crne Gore;
7. Sistem za nadzor nad hroničnim nezaraznim bolestima je nedovoljno razvijen (nedostaju registri za najvažnije HNB) zbog čega ne postoje precizni podaci o obolijevanju (incidenciji i prevalenciji) za najvažnije HNB;
8. Osim par izuzetaka, nedovoljno su razvijeni i organizovani multisektorski programi unaprjeđenja zdravlja i prevencije bolesti a naročito HNB;
9. Nacionalni programi zdravstvene edukacije građana putem elektronskih i štampanih medija su nedovoljno razvijeni zbog čega su građani nedovoljno informisani o determinantama zdravlja i faktorima rizika za nastanak HNB;
10. Nacionalni skrining programi za ranu dijagnostiku najvažnijih HNB koje SZO i EU preporučuju nijesu razvijeni i uspostavljeni;
11. Nacionalne preporuke i nacionalni klinički vodiči za tretman najvažnijih HNB nijesu ustanovljeni i implementirani ;

#### 4. **Potencijali za unaprjeđenje zdravlja, prevenciju i liječenje hroničnih nezaraznih bolesti**

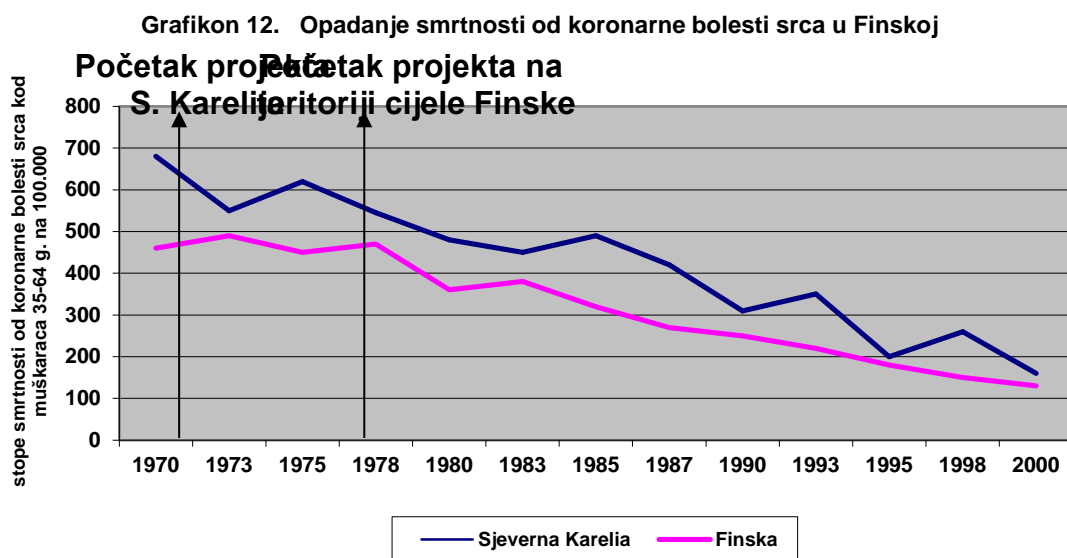
Iskustva pojedinih država pokazuju da postoje djelotvorni interventni programi za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti. Moguće je redukovati ili modifikovati brojne faktore rizika odnosno spriječiti pojavu bolesti ili pak značajno usporiti a nekada i spriječiti progresiju bolesti programima rane dijagnostike, odgovarajućim savremenim terapijskim postupcima i sve djelotvornijim postupcima rehabilitacije.

Iskustva država poput Finske, Australije, Kanade, Poljske, Velike Britanije pokazuje da je, od momenta pune implementacije programa prevencije i kontrole hroničnih nezaraznih bolesti, moguće očekivati smanjenje stopa smrtnosti od najvažnijih hroničnih nezaraznih bolesti (HNB) po stopi od oko 2% na godišnjem nivou, tj. da bi došlo do vidljivih promjena u stopama smrtnosti neophodno je da prođe najmanje 5 do 10 godina.

Svjetska zdravstvena organizacija u svojoj Strategiji za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti za države evropskog regiona ukazuje na slijedeće mogućnosti za unaprjeđenje zdravlja i prevenciju bolesti, invalidnosti i prijevremene smrti:

- **Dokazano je da postoje efikasne intervencije za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti pri čemu prevencija ima najveći potencijal za smanjenje obolijevanja od HNB.** Nije uvijek neophodno čekati decenijama da bi se postigli efekti preventivnih programa. Smanjenje izloženosti faktorima rizika može dovesti do relativno brzog unaprjeđenja zdravlja, što se može uočiti posmatranjem nacionalnih trendova za pojedine poremećaje zdravlja. Odličan primjer su Finska i Irska. Zahvaljujući značajnom smanjenju glavnih faktora rizika (pušenje, holesterol i povišen krvni pritisak) u Finskoj je u periodu 1972–1992. godine mortalitet od ishemične (koronarne) srčane bolesti smanjen za gotovo 60 %, a u Irskoj za 48,1% u periodu od 1985-2000. godine. Primjeri država poput Finske i Irske ukazuju na velike potencijale koje nude programi unapređenja zdravlja i primarne prevencije, s tim da preventivni programi moraju biti istovremeno zastupljeni i na populacionom i na individualnom nivou. Rezultati koje je Finska postigla u smanjenju stopa smrtnosti od koronarne bolesti srca (Grafikon 12.) rezultat su sveobuhvatnih multisektorskih aktivnosti koje je ova država sprovela na nivou unapređenja zdravlja, primarne, sekundarne i tercijarne prevencije i primjene odgovarajućih mjera liječenja. Oko 75% ukupnog smanjenja mortaliteta od koronarne bolesti srca rezultat je dobro planiranih i sprovedenih mjera prevencije koji su usmjereni na eliminaciju ili smanjenje izloženosti najvažnijim faktorima rizika, a 25% redukcije mortaliteta posledica je primjene savremene terapije. Dobre primjere za redukciju obolijevanja od dijabetesa imamo

u nekoliko država: Incidencija dijabetesa tipa 2 redukovana je za 60% u Finskoj i SAD-u i za preko 30% u Kini. Prevencija u opštoj populaciji predstavlja održivu strategiju na dugi rok, a odnosi se na istovremeno delovanje na zajedničke faktore rizika za više nezazarnih bolesti. U više zemalja uočeni su efekti na smanjenje obolijevanja i umiranja od pojedinih HNB istovremenim djelovanjem na pušenje, ishranu i fizičku aktivnost. Ohrabruje primjer susjedne Srbije gdje je, zahvaljujući sveobuhvatnoj akciji države koja je kontrolu duvana postavila kao prioritet, prevalencija pušenja među odraslim stanovništvom u periodu 2000–2006. godine snižena za 6,9%. U istom periodu smanjena je i učestalost pušenja kod omladine uzrasta od 15 do 19 godina sa 22,9% na 15,5%.



- **Posebnu pažnju treba usmjeriti na smanjenje nejednakosti u zdravlju.** Intervencije kojima se deluje na determinante zdravlja, kao što su ekonomski rast, nejednakosti u dohotku, siromaštvo, obrazovanje, radna sredina, nezaposlenost i dostupnost zdravstvene službe, predstavljaju glavne opcije za značajno unapređenje zdravlja. Širok opseg mjera na nivou populacije zahtijeva uključivanje, ne samo zdravstvenog, već i ostalih vladinih sektora u zajedničke napore. Zdravstveni sektor treba da ukaže ostalim sektorima na značaj koji oni imaju u određivanju uslova bitnih za zdravlje i blagostanje ljudi, kao i na njihovu odgovornost za poboljšanje zdravlja populacije.
- **Neophodno je istovremeno sprovesti prevenciju na individualnom i populacionom nivou.** Ukoliko se osobe sa povišenim rizikom od nastanka HNB ne liječe, kratkoročno i srednjoročno gledano neće biti značajnog uticaja na obolijevanje i umiranje od HNB, tj. značajni rezultati se mogu očekivati tek dugoročno. Kod osoba sa poremećenom tolerancijom glukoze, koje su pod visokim rizikom da obole od dijabetesa, program modifikacije stila života može da smanji rizik pojave dijabetesa za oko 58%, a farmakološka intervencija (primjena

odgovarajućih lijekova) za 31%. Dakle, kombinacijom primjene preventivnih mjera na populacionom nivou (npr. izgradnja zdravih životnih stilova kod mladih ili modifikacija neadekvatnih životnih stilova kod mladih i odraslih) sa primjenom tih istih mjera u visokorizičnoj populaciji i upotrebom savremene i u praksi dokazano djelotvorne terapije, rezultati će biti značajno bolji i ranije vidljivi.

- **Primjenom skrininga**, može se spriječiti nesposobnost, smanjiti smrtnost i poboljšati kvalitet života, pod uslovom da je efikasna, pristupačna i prihvatljiva terapija dostupna svima kojima je potrebna prema rezultatima skrininga. Skrining sa slijedstvenom terapijom osoba sa povećanim rizikom od nastanka kardiovaskularnih bolesti i istovremenim djelovanjem na više faktora rizika, isplativiji je od fokusiranja na pojedinačne faktore rizika. U zemljama sa dovoljnim resursima za obezbjeđenje odgovarajuće terapije, efektivno je uvođenje masovnog skrining programa za ranu detekciju raka dojke i raka grlića materice. U državama u našem okruženju već se krenulo sa razvojem nacionalnih skrining programa za pojedine maligne neoplazme. Tako, u Hrvatskoj su napravljeni nacionalni programi za skrining raka grlića materice, dojke i kolo-rektuma. U Srbiji je napravljen program i stvoreni su svi preduslovi za uvođenje skrininga za rak grlića materice, a planira se i uvođenje masovnog skrininga za detekciju raka dojke u bliskoj budućnosti. Takođe, u planu je i skrining za detekciju kolorektalnog raka. Mada su redukcija i kontrola faktora rizika i determinanti zdravlja kamen temeljac u prevenciji i kontroli HNB, predviđa se da će se u slijedećih 5–10 godina razviti testovi za otkrivanje poremećaja na nivou gena, što će omogućiti identifikovanje osoba sa genetskom predispozicijom za pojedine bolesti i primjenu intervencije prije pojave simptoma.
- **Preventivne aktivnosti treba kombinovati sa naporima za jačanje protektivnih (zaštitnih) zdravstvenih faktora** koji povećavaju otpornost osoba u odnosu na faktore rizika i bolest. Neki od uspješnih primjera predstavljaju promovisanje programa “dobrog starta u životu” (Program porodilišta po mjeri beba i majki, Program isključivog dojenja beba do 6 mjeseci starosti i sl.), Programa unaprijeđenje socijalnog okruženja u školama (“Zdrave škole”); Programa unaprjeđenja socijalnog okruženja i uslova rada na radnom mjestu (“Zdrava radna mjesta”). Programi unaprjeđenja socijalnog okruženja u zajednici (“Zdravi gradovi”). Takođe, posebnu pažnju je neophodno pokloniti razvijanju i jačanju programa jačanja socijalne podrške starim licima, a u školama i kompanijama koji edukuju i zapošljavaju mlade i odrasle tehnikama i socijalnim vještinama usmjerenim ka adekvatnom rješavanju životnih problema, prevenciji bolesti, kontroli stresa i sl. Nekoliko strategija i akcionih planova nedavno donijetih u Crnoj Gori, kao što su Nacionalni plan akcije za djecu, Nacionalni plan akcije za mlade, Strategija razvoja mentalnog zdravlja, Strategija prevencije

nasilja, Akcioni plan za prevenciju narkomanije, Strategija za kontrolu pušenja duvana upravo se zasnivaju na kombinovanom delovanju preventivnih aktivnosti i jačanju zaštitnih zdravstvenih faktora.

- **Treba se fokusirati na intervencije zasnovane na dokazima, na isplative intervencije i na poboljšanje njihovog kvaliteta.** Efektivnim intervencijama primjenjenim u tretmanu bolesti moguće je smanjiti morbiditet, nesposobnost i prijevremeni mortalitet. Liječenjem šloga u specijalnim jedinicama intenzivne njege, moguće je smanjiti smrtnost i nesposobnost kao posledicu ove bolesti za 25%. Izazov za zdravstvene sisteme je kako primijeniti efektivne intervencije u širem opsegu populacije, mada se kvalitet liječenja može poboljšati čak i u zemljama sa oskudnim resursima.
- **Za poboljšanje rezultata tretmana hroničnih bolesti potrebni su programi koji će uzeti u obzir zajedničke pristupe u liječenju hroničnih stanja, kao i pristupe specifične za svaku pojedinačnu bolest.** U susjednim državama, Srbiji i Hrvatskoj su, po ugledu na mnoge evropske zemlje, napravljeni vodiči dobre prakse za tretman pojedinih HNB. Pritom se sve više pažnje obraća aktivnom učešću pacijenata u liječenju, što može poboljšati ishod bolesti. Zbog produženog životnog vijeka sve je više ljudi koji boluju od jedne ili više HNB, čijem nastanku pogoduju i urbanizacija, usvajanje nezdravih stilova života, kao i reklamiranje u medijima stilova života koji predstavljaju rizik po zdravlje. Imajući u vidu visok stepen koomorbiditeta, prednost treba dati integrisanoj zaštiti u čijem sprovođenju ljekari primarne zdravstvene zaštite imaju važnu ulogu. Sve ovo nameće potrebu za reorganizacijom zdravstvenih sistema širom svijeta kako bi bili u stanju da se uhvate u koštac sa povećanim opterećenjem HNB. U Crnoj Gori je u toku reforma zdravstvenog sistema koja, između ostalog, pokušava da se izbori sa navedenim izazovima.

Kao rezime treba istaći da najveći potencijal za unaprijeđenje zdravlja leži u sveobuhvatnoj strategiji kojom se istovremeno promoviše unaprijeđenje zdravlja na populacionom nivou kao i primarna, sekundarna i tercijarna prevencija hroničnih nezaraznih bolesti aktivno usmjerena na grupe i pojedince sa povišenim rizikom i koja obezbjeđuje maksimalnu obuhvaćenost populacije efikasnim liječenjem i njegom.

## **5. Zakonski okvir za donošenje Strategije i postojeća strateška dokumenta**

Strategija se bazira na osnovnim principima i vrijednostima istaknutim u međunarodnim dokumentima:

- Evropska strategija za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti, 2006. (WHO Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO 2006).;
- Zdravlje za sve u 21 vijeku – “21 cilj za 21 vijek”, 1999;
- Helsinška deklaracija i akcioni plan za mentalno zdravlje, 2005 ;
- Evropska strategija za kontrolu pušenja, 2002 ;
- Evropski plan za politiku hrane i ishrane, 2000 ;
- Evropski okvir za politiku o alkoholu, 2005 ;
- Evropska strategija za zdravlje i razvoj djece i adolescenata, 2005 ;
- Dječija sredina i zdravlje akcioni plan za Evropu , 2004 ;
- Globalna strategija o hranjenju dojenčadi i male djece, 2002 ;
- Globalna strategija o ishrani, fizičkoj aktivnosti i zdravlju, 2004

i nacionalnim zakonskim i drugim strateškim dokumentima :

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti – Sl. list RCG br. 39/04, član 10.;
- Zakon o zdravstvenom osiguranju – Sl. list RCG br. 39/04, član 17.;
- Zdravstvena politika u Republici Crnoj Gori do 2020. godine, 2001 ,
- Zakon o ograničavanju upotrebe duvanskih proizvoda, 2004 ;
- Zakon o bezbjednoj hrani, 2007 ;
- Strategija razvoja zdravstva Crne Gore, 2003 ;
- Strategija za suzbijanje siromaštva i socijalne isključenosti, 2007 ;
- Nacionalna strategija održivog razvoja Crne Gore, 2007 ;
- Nacionalna strategija za kontrolu pušenja duvana, 2005;
- Strategija zdravstvene bezbjednosti hrane, 2006;
- Nacionalni plan akcije za djecu, 2006;
- Nacionalni plan akcije za mlade ;
- Strategija unaprijeđenja mentalnog zdravlja u RCG, 2006;
- Strategija prevencije nasilja, 2005;
- Nacionalni strateški odgovor na droge, 2008

## 6. Vodeći principi strategije

Principi strategije su usaglašeni sa principima evropske strategije za prevenciju i kontrolu HNB i Strategijom “Zdravlje za sve” za evropski region Svjetske zdravstvene organizacije koji dijele viziju zdravlja kao fundamentalnog prava koje se može ostvariti kroz pet ključnih principa koji treba da usmjeravaju razvoj politike na svim nivoima u zemlji:

- Krajnji cilj zdravstvene politike je unaprjeđenje zdravlja i dostizanje punog zdravstvenog potencijala svakog pojedinca.
- Smanjenje nejednakosti u zdravlju doprinosi boljem zdravlju cijelog društva.
- Aktivno angažovanje pojedinca i zajednice u cjelini, presudni su za poboljšanje zdravlja pojedinca i nacije.
- Vidljivi napredak u nacionalnom zdravlju može biti ostvaren samo kroz strategije koje na multisektorski način tretiraju determinante zdravlja.
- Svaki sektor društva odgovoran je za uticaj svojih aktivnosti na zdravlje.

Provođenjem politike u skladu sa navedenih pet principa moguće je ostvariti viziju Zdravlja za sve i definiciju zdravlja SZO da je “zdravlje pozitivno stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti”. Na ovaj način zdravstvena politika se usmjerava na mnogo više od same brige za pacijente.

Vlada je prepoznata kao neko ko je odgovoran da djeluje na socio-ekonomske i sredinske determinante zdravlja tj. da stvara uslove koji pogoduju kreiranju zdravog okruženja koje vodi očuvanju i unaprjeđenju zdravlja nacije jer je to ne samo jedan od najvažnijih ciljeva i odgovornosti države već i najvažniji preduslov za razvoj djelotvorne i efikasne ekonomije.

## 7. Strateški pristup

- Strategija objedinjuje principe prevencije i kontrole hroničnih nezaraznih bolesti, sa namjerom da se obezbijedi uravnoteženost između aktivnosti kojima je cilj izbjegavanje uzroka bolesti, invalidnosti i prijevremene smrti sa aktivnostima da se poboljša ishod bolesti i kvalitet života onih koji su se već razboljeli od HNB. Strategija teži prevenciji, redukciji ili modifikaciji faktora rizika, prevenciji pojave bolesti ili njene progresije odnosno nastanka invaliditeta i bolne i prijevremene smrti.
- Strategija pokriva sve one hronične nezarazne bolesti (kardio- i cerebrovaskularne bolesti, maligne neoplazme, diabetes mellitus, hronične opstruktivne bolesti disajnih puteva) koje su povezane zajedničkim rizičnim faktorima i njihovim socio-ekonomskim i okolišnim determinantima za koje postoje mogućnosti za prevenciju. Ovakav pristup (prioritizacija i fokusiranje na najvažnije HNB i zajedničke faktore rizika za njihov nastanak) danas se smatra najdjelotvornijim i najefikasnijim jer se djelovanjem na faktore rizika koji se mogu modifikovati ili izbjeći istovremeno rješava problem većeg broja hroničnih nezaraznih bolesti.
- Strategija promovise populacioni pristup unaprijeđenju zdravlja i programe prevencije pojedinih bolesti, vodeći računa o posebnim ciljnim grupama i pojedincima koji su u povišenom riziku za obolijevanje od HNB. Strategija zagovara pristup maksimalno mogućeg pokrivanja populacije Crne Gore mjerama djelotvornog liječenja i njege.



## **8. Vizija, ciljevi i ključne poruke strategije**

### **Vizija:**

Crna Gora bez hroničnih nezaraznih bolesti (HNB) koje je moguće prevenirati, bez invaliditeta i prijevremenog umiranja od HNB koji se mogu izbjeći.

### **Glavni cilj:**

Smanjenje broja prijevremenih smrtnih ishoda i značajno smanjenje opterećenja od vodećih hroničnih nezaraznih bolesti (obolijevanja i invaliditeta) preduzimanjem integrisane akcije za poboljšanje kvaliteta života i produženje očekivanog trajanja zdravog života na rođenju za sve stanovnike Crne Gore. Do 2020. godine smanjiti smrtnost u populaciji ispod 65. godina od najvažnijih HNB (kardio- i cerebrovaskularnih bolesti, malignih neoplazmi i diabetes mellitus-a) za 10-15% i produžiti očekivano trajanje života na rođenju za 3-5%.

### **Specifični ciljevi:**

- Stvaranje socio-ekonomskog i sredinskog okruženja koje pogoduje eliminaciji ili smanjenju izloženosti populacije Crne Gore rizičnim faktorima za najvažnije HNB kroz primjenu zdravih životnih stilova (načina ponašanja).
- Unaprjeđenje i jačanje sistema zdravstvene zaštite Crne Gore u cilju djelotvornijeg i efikasnijeg djelovanja na polju specifične prevencije i liječenja HNB.

## **Ključne poruke Strategije**

Ključne poruke su usklađene sa porukama Evropske strategije za prevenciju i kontrolu HNB.

1. Prevencija tokom čitavog života je djelotvorna (efektivna) i mora se posmatrati kao ulaganje u zdravlje i razvoj. Treba je otpočeti što ranije, još u prekonceptijskom i prenatalnom periodu.
2. Društvo bi trebalo da stvori zdravo okruženje koje podržava zdravlje, čineći da se zdraviji izbori lakše prihvataju kao odgovarajući izbori.
3. Zdravstvene i medicinske službe treba da budu usklađene sa potrebama, tj. da odgovaraju aktuelnom opterećenju bolestima i unaprijedenim mogućnostima za promovisanje zdravlja.
4. Ljudima treba omogućiti da stalno, tokom čitavog života, unaprjeđuju svoje zdravlje, da efikasno sarađuju sa zdravstvenim službama i budu aktivni partneri u borbi sa bolešću.
5. Univerzalni pristup promociji zdravlja, prevenciji bolesti i zdravstvenim službama je od najvećeg značaja za ostvarenje pravičnosti u zdravlju.
6. Vlada na svim nivoima ima odgovornost za razvijanje javno-zdravstvene politike i obezbjeđenju sinhronog rada svih relevantnih sektora.

## 9. Okvir za akciju

Strategija za prevenciju i kontrolu HNB se zasniva na sveobuhvatnom pristupu i intersektorskoj saradnji kao preduslovima uspješnosti predloženih aktivnosti, prepoznajući prioritetne oblasti za akciju:

1. Zastupanje za zdravlje
2. Znanje i informisanost (unaprijeđenje znanja o hroničnim nezaraznim bolestima i faktorima rizika za njihov nastanak i njihova diseminacija stanovništvu),
3. Zakonska regulativa i finansiranje
4. **Kvalitetna** i odgovarajuće orijentisana zdravstvena zaštita
5. Podrška zajednice,

### 9.1. Zastupanje za zdravlje

Zastupanje za zdravlje predstavlja kombinaciju akcija koje se sprovode na svim nivoima radi dostizanja političke i društvene posvećenosti i podrške politikama i programima koji pozitivno utiču na formiranje zdravih životnih stilova odnosno dobrog zdravlja pojedinca i nacije. U cilju prevencije i kontrole HNB, zastupanje za zdravlje podrazumijeva slijedeće aktivnosti:

- Pozicioniranje prevencije i kontrole HNB kao prioritetne oblasti od značaja za sve sektore u društvu u cilju jačanja produktivnosti, socijalne kohezije i ekonomskog napretka cijelog društva;
- Donošenje propisa od strane Vlade CG kojim će se utvrditi odgovornost svih državnih organa čije su aktivnosti povezane sa zdravljem i njihovu ulogu u ostvarivanju ciljeva i mjera zdravstvene politike. Time će se stvoriti obaveza kod svih organa i organizacija da prilikom predlaganja zakonskih propisa, određenih programa i mjera vode računa o zdravstvenim efektima tih mjera. Ovim bi se obezbjedio princip “health in all policies” tj. zastupljenosti zdravstvene komponente u svim političkim dokumentima;
- Kreiranje i sprovođenje multisektorskih strategija (programa) namijenjenih smanjenju rizika po zdravlje i unaprjeđenju kvaliteta života stanovnika;
- Pridruživanje međunarodnim akcijama i programima koji djeluju na eliminaciju ili redukciju pojedinih faktora rizika
- Putem medija kontinuirano isticanje odnosa između zdravlja i socio-ekonomskih i sredinskih determinanti i potrebe da se problemu prevencije i kontrole HNB priđe multisektorski (medijska podrška je izuzetno važna ne samo u informisanju stanovništva već i u postupku zapažanja pojedinaca da su izloženi riziku po zdravlje kao i voljnog

prihvatanja potrebe o očuvanju i unaprjeđenju zdravlja kroz praktikovanje zdravog životnog stila);

## 9.2 Znanje i informisanost

Prilikom kreiranja politike, strategija i programa neophodno je, u cilju definisanja prioriteta i adekvatne alokacije resursa, donositi brojne odluke koje moraju biti zasnovane na znanju baziranom na pouzdanim informacijama i dokazima. U cilju prevencije i kontrole HNB, jačanje znanja i informisanosti podrazumijeva slijedeće aktivnosti:

- Razvoj nacionalnog zdravstvenog informacionog sistema koji će obezbijediti prikupljanje odgovarajućih informacija i indikatora neophodnih za praćenje zdravlja stanovništva Crne Gore kao i praćenje i evaluaciju zdravstvenih programa;
- Implementacija zakonske obaveze sprovođenja obdukcija za sva lica za koja nije poznat tačan uzrok smrti, uz unaprjeđenje rada mrtvozorničkih službi u cilju smanjenja broja dijagnoza sa nedovoljno definisanim stanjima ;
- Razvoj i održavanje populacionih registara za najvažnije HNB sa najvećim socio-medicinskim značajem;
- Jačanje saradnje između naučno-istraživačkih institucija i donosilaca odluka iz oblasti zdravstvene politike;
- Jačanje kapaciteta institucija odgovornih za sprovođenje zdravstvenih istraživanja, kreiranje politika i donošenje odluka;
- Periodično (na svakih pet godina) sprovođenje nacionalno reprezentativnih populacionih istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore, stepenu njihove izloženosti rizičnim faktorima i socio-ekonomskim i okolišnim determinatama zdravlja;
- Periodično (na svakih šest godina) sprovođenje nacionalno reprezentativnih populacionih istraživanja o stanju uhranjenosti stanovništva Crne Gore, kvalitativnim i kvantitativnim sastojcima hrane koja se konzumira i stepenu fizičke aktivnosti stanovništva Crne Gore;
- Izrada preporuka za pravilnu i “zdravu” ishranu za različite populacione grupe u cilju unaprijeđenja ishrane stanovništva Crne Gore;
- Edukacija prehrambenih tehnologa u cilju smanjenja sadržaja soli, šećera, zasićenih masti i aditiva u industrijski proizvedenoj hrani, kao i daljem unaprjeđenju bezbjednosti hrane;
- Unaprjeđenje zdravstvene informisanosti cjelokupnog stanovništva Crne Gore putem bolje dostupnosti svih relevantnih zdravstvenih informacija a naročito informacija o faktorima rizika za nastanak HNB ili protektivnih faktora (ovo mora biti objašnjeno na vrlo razumljiv i plastičan način tako da stanovništvo razumije kako npr. povećane koncentracije soli utiču na nastanak povišenog krvnog pritiska ili kako

fizička aktivnost djeluje protektivno na zdravlje čovjeka – za ovo se moraju angažovati vrhunski edukativni profesionalci ili preuzeti odgovarajuće inostrane edukativne emisije koje onda treba prilagoditi našim socijalnim i kulturnim osobnostima tj. neophodno je izdvojiti značajna finansijska sredstva). Na ovaj način će se obezbijediti jačanje kapaciteta samog stanovništva za donošenje odgovornih odluka zasnovanih na provjerenim i naučno dokazanim činjenicama (npr. odluka o potrebi promjenama u sopstvenom životnom stilu koje mogu podrazumijevati adekvatniju ishranu ili više redovne fizičke aktivnosti ili prekid pušenja duvana ili možda sve navedeno i sl.);

- Upoznavanje stanovništva sa svim međunarodnim akcijama na eliminaciji ili redukciji faktora rizika ili upražnjavanju zdravih životnih stilova koji predstavljaju protektivne faktore za zdravlje;
- Organizacija zdravstveno edukativnih kampanja na TV medijima, poput kurseva za odvikavanje od pušenja duvana, kurseva za izbor “zdravih” namirnica kao i njihovo odgovarajuće pripremanje i čuvanje; kurseva za sprovođenje odgovarajuće korekcione i relaksacione gimnastike, kurseva za nefarmakološke tretmane povišenog šećera i holesterola u krvi i dr.

### **9.3. Zakonska regulativa i finansiranje**

Zakonska regulativa i finansiranje predstavljaju osnovne i polazne elemente politike javnog zdravstva. Regulatorni okvir odnosi se na ulogu svih resora Vlade, a naročito na ulogu Ministarstva zdravlja i socijalnog staranja u donošenju i sprovođenju odluka od značaja za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja stanovništva. Odgovarajuće finansiranje sistema zdravstva obezbjeđuje mogućnost sprovođenja strateških opredjeljenja i principa odnosno zdravstvenih programa u praksi.

Zakonska regulativa i finansiranje u prevenciji i kontroli HNB podrazumevaju slijedeće:

- Unaprijeđenje zakonske regulative u odnosu na ograničavanje mogućnosti reklamiranja odnosno sponzorisana proizvoda poput duvana, alkohola i određenih industrijski proizvedenih prehrambenih proizvoda, a naročito onih namijenjenih djeci i omladini koji povećavaju rizik za nastanak HNB (npr. visokoenergetski, slatki/slani zasićenim mastima bogati industrijski proizvodi);
- Unaprijeđenje zakonskih okvira za redovnu i rigoroznu kontrolu kvaliteta životnih namirnica i predmeta opšte upotrebe uz obavezno uvođenje deklaracija sa jasnim informacijama o karakteristikama i sastavu proizvoda kao i potencijalnim rizicima po zdravlje, kako bi potrošači mogli da donesu odgovorne i razumne odluke prilikom izbora pojedinih artikala (npr. koliki je sadržaj soli ili holesterola u proizvodu) ;

- Obezbjedenje pomoću dobrovoljnih sporazuma ili putem prinudnih mjera (propisa) da prehrambena industrija smanji nivo dodatih soli, šećera, masti (naročito zasićenih), raznih aditiva u industrijski proizvedenim životnim namirnicama koje se prodaju na tržištu;
- Obezbjedenje finansijske i stručne podrške razvoju poljoprivrednog sektora, naročito organske poljoprivrede uz zamjenu pojedinih kultura koje se gaje (npr. umjesto duvana gajiti druge korisne industrijske biljke kao i voće i povrće) i uz stvaranje odgovarajućeg standarda za život poljoprivrednih proizvođača i njihovih porodica na selu kako bi se obezbijedo ostanak mlade radne snage na selu;
- Obezbjedenje preko poljoprivrednog i ekonomsko-trgovinskog sektora veće dostupnosti svježeg voća, povrća, i drugih “zdravih” životnih namirnica (npr. obranog mlijeka) po povoljnim cijenama. Pri tome, u skladu sa mogućnostima, koristiti i subvencije za obezbjedenje navedenih namirnica u predškolskim i školskim ustanovama i na radnim mjestima kako bi se kroz obezbjedenje “zdravog obroka” pomoglo stvaranju pravilnih navika u konzumiranju hrane;
- Obezbjedenje uslova da se postojeći zakon o ograničavanju upotrebe duvanskih proizvoda (prevenstveno zabrana pušenja u zatvorenim javnim prostorima) u potpunosti sprovodi;
- Razvoj adekvatne poreske politike na sredstva koja predstavljaju rizik po zdravlje (podizanje taksu na duvan, alkohol i dr. proizvode čija upotreba može štetiti zdravlju, npr. zaslađenih napitaka) a dobijena sredstva usmjeravati u aktivnosti koje podržavaju zdrave životne stilove;
- Unaprjeđenje propisa koji promovišu savremene arhitektonske i ekološke principe prilikom izgradnje stambenih i proizvodnih/radnih kapaciteta i objekata, a koji treba da obezbijede dovoljno prostora za odmor, šetnju i rekreaciju (parkovi, šetališta, sportski i rekreativni tereni), zaštitu od prirodnih zračenja (radon) i sl.;
- Unaprjeđenje propisa koji na savremen i ekološki način regulišu pitanje izgradnje i održavanja savremenih saobraćajnica sa ciljem povećanja bezbjednosti u saobraćaju. Takođe, treba osavremeniti zakonske propise koji utiču i na druge elemente koji doprinose bezbjednosti u saobraćaju (uspostavljanje rigoroznih i jasnih standarda za tehničku ispravnost vozila, obavezu da vozila imaju savremene sisteme pasivne i aktivne bezbjednosti – sigurnosni pojasevi, vazdušni jastuci, automatsko paljenje svijetla povezano sa kontaktnom bravom, sistem ABS kočenja, obavezna zaštitna odijela i kacige za motocikliste, bicikliste, obavezno korišćenje posebnih sjedišta za malu djecu i dr.). Pored navedenog, neophodno je obezbjedenje striktno primjene postojećih zakona o saobraćaju (visoke kazne za prekoračenje brzine, kazneni bodovi koji vode ka ponovnom polaganju vozačkog ispita, kazne za pješake i bicikliste koji se ne pridržavaju pravila u saobraćaju i sl.) kao i obezbjedenje savremenijeg pristupa u edukaciji budućih vozača, kontrole stanja osoba koje upravljaju vozilom (alkohol, narkotici) ili

- kontrole upotrebe mobilne telefonije i dr. aparature koja ometa pažnju vozača;
- Unaprjeđenje propisa koji obezbjeđuju da u naseljima postoje adekvatni uslovi za bezbjedno kretanje pješaka i biciklista kako bi što je moguće veći broj osoba dolazio na posao koristeći fizičku snagu sopstvenog tijela, čime bi se značajno povećao broj osoba koje redovno upražnjavaju umjerene fizičke aktivnosti;
  - Unaprjeđenje propisa koji promovišu kontrolu aerozagađenja u radnom i životnom prostoru, kroz obavezu korišćenja savremenih proizvodnih tehnologija ali i obavezu korišćenja vozila sa motorima na unutrašnje sagorijevanje koji ispunjavaju najsavremenije evropske standarde za zaštitu od aerozagađenja. Takođe, tamo gdje bi se to moglo i ekonomski opravdati treba razmotriti mogućnost korišćenja tramvaja ili trolejbusa za potrebe gradskog saobraćaja;
  - Unaprjeđenje propisa koji obezbjeđuju bolje uslove rada (“zdrava radna mjesta” - uvođenje većeg broja pauza u toku rada za potrebe sprovođenja relaksacione gimnastike, šetnji ; obezbjeđenje prostorija na radnom mjestu za kratkotrajne relaksacione gimnastičke vježbe u toku radnih pauza ; stvaranje uslova za “zdravi obrok” na radnom mjestu, predškolskim i školskim ustanovama; podizanje nivoa bezbjednosti na radnom mjestu; organizacija kontrolnih zdravstvenih pregleda; organizacija zdravstvene edukacije na radnom mjestu posvećene najvažnijim faktorima rizika za nastanak HNB; edukacije posvećene načinu rukovođenja i timskom rada u cilju unaprjeđenje organizacije rada, kontrole stresa i rasta zadovoljstva zaposlenih što vodi za povećanoj efikasnosti rada; obezbjeđenje povoljnih uslova za odmor i rekreaciju zaposlenih i sl.);
  - Donošenje propisa kojim se poboljšava dostupnost i pristupačnosti socijalnih službi za pomoć starim licima a posebno onim sa HNB u vođenju svakodnevnog života i njihovim potrebama;

#### **9.4. Kvalitetna i odgovarajuće orijentisana zdravstvena služba**

Sistem zdravstvene zaštite u Crnoj Gori trenutno prolazi kroz proces reforme čiji je cilj da se svakom građaninu Crne Gore efikasno obezbijedi i učini dostupnim najbolja kombinacija neophodnih usluga uz adekvatan i održiv sistem finansiranja. Ulaganje u osnovne resurse u sistemu (kadar, prostor, oprema, lijekovi i medicinska sredstva) preduslov je za unaprjeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite. U cilju kontrole HNB, pružanje zdravstvene zaštite podrazumijeva:

- Stvaranje uslova za pružanje sveobuhvatne, pristupačne, kontinuirane i dostupne zdravstvene zaštite uz poštovanje principa jednakosti i pravičnosti i eliminaciju barijera u ostvarivanju zdravstvene zaštite;

- Poboljšanje dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene službe za stara lica ili pripadnike marginalizovanih populacija a posebno za lica sa već utvrđenim HNB;
- Osnaživanje primarne zdravstvene zaštite kao prioriternog nivoa u sistemu zdravstvene zaštite koji pored liječenja pacijenata sve više treba da se okreće zdravstveno preventivnim programima kojima je cilj prevencija teških hroničnih oboljenja i njihovo rano otkrivanje u cilju sprječavanja progresije bolesti i prijevremene smrti. Naročito treba staviti akcenat na preventivne-skrining preglede u cilju ranog dijagnostikovanja pojedinih faktora rizika (prekomjerne težine, povećanog nivoa holesterola i šećera u krvi) kako bi se definisale osobe koje su u povećanom riziku na nastanak najučestalijih HNB (bolesti sistema krvotoka, pojedinih malignih neoplazmi, diabetes mellitus-a);
- Edukaciju postojećih i budućih zdravstvenih radnika i saradnika (putem redovne dodiplomske/poslijediplomske i kontinuirane edukacija) u cilju unaprjeđenja znanja i vještina za prevenciju i kontrolu HNB (programi odvikavanja od pušenja, pretjerane upotrebe alkohola, upotrebe “nezdrave” hrane i uopšte pretjeranih količina hrane);
- Izrada programa sa organizacijom savjetovališta za odvikavanje od pušenja, pretjerane upotrebe alkohola, upotrebe “nezdrave” hrane i konzumiranja pretjeranih količina hrane (u okviru centara za prevenciju DZ);
- Jačanje Instituta za javno zdravlje (IJZ) i lokalnih higijensko-epidemioloških službi (HES) u pogledu znanja i vještina za razvijanje programa unaprjeđenja zdravlja i prevencije HNB na nivou države i koordinacije njihove primjene na nivou lokalnih zajednica. Takođe, u saradnji sa medijima IJZ i lokalne HES treba da se edukuju za koordinaciju i sprovođenje zdravstvenog informisanja, edukacije i motivacije građana Crne Gore u namjeri široko rasprostranjenog upražnjavanja zdravih životnih stilova sa ciljem smanjenja opterećenja društva vodećim oboljenjima posebno HNB;
- Formiranje radnih grupa za izradu detaljnih programa prevencije i kontrole najvažnijih HNB koje imaju zajedničke faktore rizika (ishemična bolest srca; cerebrovaskularni inzulti; maligne neoplazme dojke, grlića materice, kolorektuma i prostate; diabetes mellitus; bolesti mišićno skeletnog sistema; hronične opstruktivne bolesti pluća). Navedeni programi treba da sadrže i specifikaciju humanih resursa u zdravstvu koje treba angažovati na realizaciji pojedinih programa, kao i neophodne dijagnostičke i terapijske opreme;
- Razvoj i implementaciju nacionalnog plana investiranja u rekonstrukciju, rehabilitaciju i izgradnju nove infrastrukture zdravstvenih ustanova kao i nabavku odgovarajuće opreme za dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju najvažnijih HNB na svim nivoima u skladu sa prioritetima datim u odgovarajućim planovima i programima za



prevenciju pojedinih HNB. Posebnu pažnja treba posvetiti nabavci opreme za preventivne i skrining preglede – npr. aparati za mjerenje arterijskog krvnog pritiska, vage za mjerenje tjelesne mase, mjeraci vršnog protoka vazduha i plućnog kapaciteta (pikfloumetri – engl. Peak flow meter i spirometri), mjeraci nivoa šećera i holesterola u krvi, testovi za otkrivanje krvi u stolici - hemokult, mamografi, oprema i dijagnostikumi za kolposkopiju i Papanikolau testove i dr., kao i opremu za adekvatan tretman oboljelih od HNB;

- Promovisanje terapijski opravdanog i racionalnog korišćenja lijekova putem izrade nacionalnih preporuka i kliničkih vodiča za liječenje najvažnijih HNB koje treba redovno osavremenjavati u skladu sa novim naučnim saznanjima;
- Stvaranje uslova za obezbjeđenje dostupnosti kvalitetnih, bezbjednih i djelotvornih esencijalnih lijekova i medicinskih sredstava za liječenje HNB u skladu sa nacionalnim preporukama i kliničkim vodičima;

## 9.5. Podrška zajednice

Djelovanje zajednice u pogledu očuvanja i unaprjeđenja zdravlja njenih članova podrazumijeva da država, lokalna samouprava i pojedinci djeluju zajedno u cilju uspostavljanja veće kontrole nad socio-ekonomskim i sredinskim determinantama zdravlja. Jačanje kapaciteta zajednice kroz osnaživanje i mobilizaciju pojedinaca u cilju preuzimanja odgovornosti za sopstveno zdravlje i razvoj socijalnih mreža i partnerstava za zdravlje dovode do jačanje socijalne kohezije i stvaranja uslova za unaprjeđenje kvaliteta života i blagostanja svih njenih članova. U cilju prevencije i kontrole HNB, jačanje podrške zajednice podrazumijeva :

- Jačanje kapaciteta individua u cilju preuzimanja odgovornosti za zdravlje i razvijanja zdravih životnih stilova kroz unaprjeđenje zdravstvene informisanosti, znanja i razvijanje neophodnih vještina.
- Promovisanje društvene odgovornosti za zdravlje, tolerancije, pravičnosti i solidarnosti uz stvaranje mehanizama za veću participaciju korisnika u odlučivanju o načinu sopstvenog liječenja i usmjeravanja sredstava za zdravstvo;
- Socijalna integracija marginalizovanih grupa (siromašni, izbjeglice, žrtve nesreća i dr).
- U sklopu novog predmeta, “Zdravi životni stilovi”, koji treba da krene sa imlementacijom u osnovnim školama u toku školske 2008/2009 godine i koga treba u narednom periodu proširiti i na srednje škole, neophodno je uvesti i praktičnu nastavu u obliku pripremanja “zdravih obroka”. Na taj način mlade generacije bi se naučile u praksi pravilnom odabiru i pripremi životnih namirnica, kao i njihovom pravilnom

čuvanju. Pored toga, uvođenje “zdravog obroka” u predškolskim ustanovama i školama, će kod mladih generacija stvoriti kritičan odnos prema načinu izbora i pripremanja hrane u svojim domovima i započeti informisanje i neophodne izmjene u lošim navikama svojih roditelja.

- Stvaranje uslova za razvijanje i jačanje partnerstava za zdravlje između vladinog i nevladinog, državnog i privatnog sektora (npr. stvaranje klubova pacijenata ili grupa za podršku hronično oboljelim i njihovim porodicama u mijenjanju životnih stilova. Te klubove/udruženja treba da podržavaju Vlada, lokalne samouprave, državne i privatne firme);
- Organizacija nevladinih organizacija za pomoć starim licima a posebno onim sa HNB u vođenju svakodnevnog života i njihovim potrebama;
- Kreiranje uslova i okruženja koja promovišu zdravlje i podržavaju zdrave stilove života (programi “Zdravi gradovi”, “Zdrave škole”, “Zdrava radna mjesta”, “Bolnice po mjeri beba i majki”, i sl.).
- Organizacija nacionalnih i lokalnih akcija tipa dan ili vikend u mjesecu posvećen fizičkoj rekreaciji, dan ili vikend u mjesecu posvećen pripremi zdrave hrane, dan/vikend bez TV/DVD i sl. Sve navedene akcije treba da prati snažna medijska podrška koja treba da stvori klimu da je takvo ponašanje ne samo prihvatljivo već i poželjno, čime bi se ohrabрили i olakšali napori svim pojedincima koji žele da promjene svoja rizična ponašanja.

## **10. Institucionalni okvir za sprovođenje Strategije**

Institucionalni okvir za sprovođenje Strategije uključuje slijedeće:

1. Usvajanje Strategije (Vlada Republike Crne Gore);
2. Osnivanje Nacionalne kancelarije za prevenciju i kontrolu HNB u sklopu Ministarstva zdravlja, rada i socijalnog staranja (praćenje realizacije Strategije i evaluacija efekata) ;
3. Formiranje međusektorske vladine komisije za podršku realizaciji Strategije;
4. Formiranje specifičnih stručnih komisija za oblasti obuhvaćene Strategijom (izrada detaljnih programa sa akcionim planovima za najvažnije HNB);

## **11. Monitoring i evaluacija**

Praćenje i evaluacija aktivnosti koje su usmjerene na prevenciju i kontrolu najvažnijih HNB, ostvaruje se putem kontinuiranog i godišnjeg praćenja procesnih indikatora koji se odnose na realizaciju planiranih aktivnosti. U cilju evaluacije rezultata Strategije i specifičnih programa prevencije i kontrole za pojedine HNB neophodno je u određenim vremenskim intervalima sprovesti analizu indikatora učinka koji se odnose na promjene ponašanja (životnih stilova) stanovništva Crne Gore koji eliminišu ili redukuju najvažnije faktore rizika (povišeni krvni pritisak, pušenje duvana, pretjerano konzumiranje alkohola, prekomjerna tjelesna masa, povišeni holesterol i šećer u krvi), kao i analizu indikatora uticaja koji se odnose na promjene u dobno specifičnim stopama obolijevanja i umiranja od pojedinih HNB kao i očekivane dužine života na rođenju.

Svjetska zdravstvena organizacija, na osnovu iskustva država poput Finske, Australije, Kanade, Poljske, Velike Britanije, procjenjuje da je kod populacije mlađe od 65. godina, od momenta pune implementacije sveobuhvatnih programa prevencije i kontrole hroničnih nezaraznih bolesti, moguće očekivati smanjenje stopa smrtnosti za najvažnije HNB po stopi od oko dva procenta na godišnjem nivou, tj. da bi došlo do vidljivih promjena u smrtnosti neophodno je da prođe najmanje pet do deset godina. Pri tome očekuje se pomjeranje stopa mortaliteta u starije dobne grupe i porast očekivane dužine života na rođenju. Iz navedenih razloga pored godišnjeg monitoringa procesnih indikatora kojim se prati realizacija planiranih aktivnosti, evaluaciju indikatora učinka i uticaja razumno je sprovoditi na svakih pet godina putem nacionalno reprezentativnih studija o zdravstvenom stanju stanovništva i životnim stilovima (ponašanju), kao i kroz sistem zdravstvenog nadzora (statistika obolijevanja i umiranja), koji će se ojačati uvođenjem registara za najvažnije HNB koje su predmet strategije.

### **Literatura korišćena prilikom izrade Strategije**

World Health Organization. Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen:WHO; 2006

World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: WHO; 2005.

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CVL, Loano R, Inoue M. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. GPE Discussion Paper Series: No. 31, EIP/GPE/EBD, World Health Organization; 2003

World Health Organization. The SuRF Report 2: Surveillance of Chronic Disease Risk Factors. Geneva: WHO, 2005

Ezzati M at al., eds. Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to select major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004.

World Health Organization. World Health Report – 2002 Reducing Risk: Promoting Healthy Lifestyles. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe,2002. (WHO Regional Publications, European Series, No 97).

World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: WHO; 2002.

Klerk M, Veer P, Kok FJ. Vegetables and fruits in chronic disease prevention. Wageningen, The Netherlands, Wageningen University, 1998.

Physical activity and health. A report of the Surgeon General: executive summary. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Diseases Control and Prevention, 1996.

Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies: Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.

Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25-year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine, 2002, 4:5-7.

Law MR, Wald NJ. Risk factors thresholds: their existence under scrutiny. BMJ 2002; 324:1570-6

Peterson S, Peto V, Rayner M. European cardiovascular disease statistics. University of Oxford, UK, 2005.

Boyle P and Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Europe. Annals of Oncology*, 2005, 16:481-488.

J Ferlay, P Autier, M Boniol, M Heanue, M Colombet and P Boyle. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, *Annals of Oncology* 2007, Volume 18, No 3: 581-592

American Cancer Society. *Cancer Fact & Figures 2007*, Atlanta, USA, 2007.

Osborne M, Boyle P, Lipkin M. Cancer prevention. *The Lancet* 1997, 349 Suppl 2:SII27-30: 27-30.

Wild S, Roglić G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetic Care* 2004, Volume 27: 5:1047-1053.

Amos A, McCarty D, Zimmet P. The Rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabetic Medicine*. 1997; 14 Suppl 5.S1-85.

European Bone and Joint Health Strategies Group. *European Action Towards better Musculoskeletal Health – A Bone and Joint Decade Report*, 2005. Available at: <http://www.Boneandjointdecade.org>.

World Health Organization. *Poverty and Health: evidence and action in WHO's European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/Rc51/8)

Institut za javno zdravlje Podgorica. *Statistički godišnjak 2006 - o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori*, Podgorica, 2007.

Zavod za statistiku Crne Gore - Monstat. *Statistički godišnjak 2007*, Podgorica, 2007.

Žižić Lj, Đorđević Z. Uhranjenost djece školskog uzrasta 6-11 godina u Crnoj Gori, *Zbornik radova X Kongres preventivne medicine Srbije sa međunarodnim učešćem*, Vrnjačka Banja 2008.

European Commission. Eurostat. *Key data on health 2002 – Data 1970-2001*.

HZJZ. *Kardiovaskularne bolesti u Hrvatskoj*. HZJZ Zagreb, 2004.