

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

SERBIAN ACADEMY OF SCIENCES AND ARTS

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH
AND HEALTH CARE SYSTEM
Book II

PREVENTION IN THE FUNCTION
OF HEALTH PROMOTION
IN REPUBLIC OF SERBIA

Editor
Academician
LJUBIŠA RAKIĆ

BELGRADE 2019

СРПСКА АКАДЕМИЈА НАУКА И УМЕТНОСТИ

ПРОБЛЕМИ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА
И СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
Књига II

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ
ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА
У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Уредник
академик
ЉУБИША РАКИЋ

БЕОГРАД 2019

Издаје
Српска академија наука и уметности
Кнеза Михаила 35, Београд

Технички уредник
Никола Стевановић

Лектор и коректор
Невена Ђурђевић

Тираж
400 примерака

Штампа
ЈП Службени гласник, Београд

САДРЖАЈ

CONTENTS

Љубисав Ракић, <i>Превенција у функцији заштитне здравља у Републици Србији</i>	7
Ljubisav Rakić, <i>Disease prevention in the function of health promotion</i>	14
Татјана Пекмезовић, Дарија Кисић Тепавчевић, <i>Концепти превенције: од науке до имплементације</i>	15
Tatjana Pekmezović, Darija Kisić Tepavčević, <i>Concept of prevention: from science to implementation</i>	24
Верица Јовановић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	25
Verica Jovanović, <i>Preventive activities in the system of health protection in Republic of Serbia</i>	34
Драган Мицић, Весна Бјеговић-Микановић, <i>Могућности превенције у здравственом систему Србије: проблеми и перспективе</i>	37
Dragan Micić, Vesna Bjegović-Mikanović, <i>Possibilities of prevention in health care system of Serbia: problems and perspectives</i>	55
Радан Џодић, <i>Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији</i>	57
Radan Džodić, <i>Preventive activities in the health care system in the Republic of Serbia</i>	86
Весна Књегинић, <i>Финансирање превентивне здравствене заштите у Републици Србији</i>	87

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ЉУБИША РАКИЋ¹

С а ж е т а к. – Циљ скупа „Превенција у функцији здравља“ је да се на основу научних истраживања и достигнућа у медицинској науци предложе нови концепти и практична решења актуелних проблема здравствене заштите. Идеја је не само препознавање проблема, већ и предлог конкретних решења.

Здравство није независан и изолован систем, већ је део укупног друштвеног система повезан са развитком технологије и следствених економских и привредних консеквенци, науке и образовања, културе и продуцентности. Често постоји неусклађеност економског развоја – децентрализације, миграције, глобализације, са оптималним положајем здравствене заштите уз конфронтацију у основним постулатима.

Услов за квалификовано покретање и решавање проблема које смо данас поставили су наука и систем образовања, нарочито специфично научно образовање које се перманентно усклађује са новим знањима произашлим из научних открића и захтева иновације и економског раста.

Значајне последице трајног загађења средине токсичним материјама у ваздуху, води и храни, њихове елиминације и детоксикације представљају трајан изазов, посебно у регенерацији ткива. Последњих година овоме додајем ефекте бомбардовања током НАТО агресије пројектилама са осиромашеним уранијумом, што пред науку поставља задатак који захтева изналажење трајних решења у будућности.

Кључне речи: превентива у систему здравствене заштите, заштита спољашње средине, осиромашени уранијум, научна писменост у јавном здрављу

ПРЕВЕНЦИЈА У ФУНКЦИЈИ ЗАШТИТЕ ЗДРАВЉА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Превенција у функцији здравља у Републици Србији је скуп који организујемо пети пут, у оквиру иницијативе коју је пре две године покренуо Извршни одбор САНУ и поверио Академијском одбору за биомедицинска истраживања да се на основу научних истраживања и достигнућа у медицинској науци предложе нови концепти и практична решења актуелних проблема система здравствене заштите. Идеја је не само препознавање проблема, већ и предлог конкретних решења.

¹ Српска академија наука и уметности

Досадашњи састанци разматрали су проблеме дијабета, гојазности, обољења горњих делова дигестивног система, беле куге у Србији, како је настала и како је спречити, и менталног здравља.

Став да је превенција ефектнија од лечења одавно је декларативно прихваћен и постао је генерално важећа идеја. Овај концепт, ипак, није доживео своју апсолутну примену у различитим областима, као што је поље некомуникативних болести где у пракси лечење још увек заузима доминантно место у односу на превенцију. Упркос напретку у лечењу комуникативних болести, истичем и заостајање у примарној здравственој заштити. [1]

Сада, на петом скупу иницијативе САНУ, покушаћемо да одговоримо на основна питања у тражењу решења – од науке до функционисања превентиве у систему здравствене заштите и здравственог стања, до дефинисања могућности превенције уз илустрацију превентиве на моделу онкологије.

Здравство није независан и изолован систем, већ је део укупног друштвеног система повезан са развитком технологије и следствених економских и привредних консеквенци, науке и образовања, културе и продуктивности. Често постоји неусклађеност економског развоја – децентрализације, миграције, глобализације, са оптималним положајем здравствене заштите уз конфронтацију у основним постулатима. Светска банка истиче да су здравствене услуге роба, за разлику од хуманистичког концепта медицине да живот буде што дужи и квалитетнији без обзира на цену. [2]

Услов за квалификовано покретање и решавање проблема које смо поставили данас су наука и систем образовања, посебно специфично научно образовање које се перманентно усклађује са новим знањима произашлим из научних открића и захтева иновације и економског раста.

Научно образовање у овој области је специфично и разликује се од регуларног општег образовања нових генерација научника. Њен циљ је да школује научну писменост шире популације да би друштво у целисти функционисало на вишем нивоу, да би образовање на овим принципима било прагматичније, и постало инструмент не само едукатора, већ и шире популације. [3]

Следствено, у односу на ову конференцију и остале састанке у припреми, научна писменост има важну улогу у јавном здрављу, проблематици коју данас решавамо. Верујем да јасно дефинисан систем научног образовања може да помогне разумевању не само у очекиваним изазовима, већ и у решавању свакодневних проблема грађана.

Постоје извесне појаве које треба имати у виду при оцени и промоцији идеје превенције. Једно је појава активног прилагођавања – способност успешне адаптације организма на стресове (ресцилиенце), са циљем очувања психосоматске хомеостазе. Неуробиолошке и психолошке студије последње деценије допринеле су разјашњењу механизма адаптабилности. То укључује усклађивање генетских и епигенетских фактора феномена постнаталног развића, неуробиолошких и психобиолошких предуслова стабилности у корелацији базичних открића и клиничких опсервација.

Желео бих да укажем на чињеницу да је етиологија хроничних обољења заснована примарно на утицају фактора животне средине. Последице трајног загађења средине токсичним материјама у ваздуху, води и храни, њихове елиминације и детоксикације, трајан су изазов. У етиологији хроничних обољења значајно место заузима место животне средине. Само 10–30% болести је генетски условљено, ризик утицаја спољашње средине на развој појединих болести је доминантан 70–90%. Еспозом и геном су комплементарни у етиологији болести, а њиховом интеракцијом је одређен фенотип. [4] [5]

Последњих година се актуелизује истраживање ефеката бомбардовања током НАТО агресије пројектилама са осиромашеним уранијом, што пред науку поставља задатак који захтева изналажење трајних решења у будућности. [6]

Људи природно одбијају да прихвате чињенице које не знају, не разумеју, или које их плаше. Све ово је део приче о осиромашеном уранијуму који је коришћен у савременим нуклеарним ратовима. Као резултат, настала је немерљива патња, глобалних размера. Наша досадашња истраживања допринос су бољем разумевању биолошког ефекта осиромашеног уранијума на људски организам, како би се, променом друштвене свести и доношењем рационалне медицинске стратегије у том погледу, умањиле погубне последице осиромашеног уранијума на људско здравље и животну средину.

У нашим публикацијама³⁻⁷ које су резултат анализе аутентичних медицинских података, захваљујући интердисциплинарном научном приступу, било је могуће изменити важеће парадигме које су постављене као резултат квазинауке и непоштења појединаца у друштву и научној заједници, што је и те како олакшало пут деструктивне политике НАТО алијансе, али и значајно утицало на кашњење не само у разумевању штетних ефеката нуклеарне муниције са осиромашеним уранијумом, већ и преко потребних мера за контролу и отклањање контаминације из животне средине и превенцију развоја болести у широкој популацији:

- бомбардовање пројектилама који садрже осиромашени уранијум изазива глобалну контаминацију због преношења честица уранијума после експлозије пројектила, ваздушним струјама на удаљености од више хиљада миља;
- примена осиромашеног уранијума у војне сврхе резултује променама животне средине које се манифестују емпиријски неуобичајеним феноменима, температурним екстремима, пожарима и промењеном сеизмичком активношћу. На локалитетима који су деконтаминирани после мирнодопских нуклеарних акцидената и нуклеарних ратова, у случају пожара долази до реконтаминације радиоактивним честицама из дубљих слојева земљишта. Реакција уранијума са кисеоником из ваздуха доводи до појаве самосагоревања, па је могуће да су бројни шумски пожари проузроковани запаљивим деловима муниције са осиромашеним уранијумом. Повећана фреквенција шумских пожара

забележена је на територији Србије и околних земаља, при чему је у Републици Србији захваћена површина око 40.000 ха; површина територије захваћена пожаром показала је свој врхунац у периоду 1995–1997. године (одговара бомбардовању Босне и Херцеговине) и 1999–2001 (после бомбардовања СРЈ);

- контаминација свих природних ресурса, укључујући ваздух, воду и биосферу, узрок је интерне контаминације популације у широком региону експозиције, најчешће инхалаторним путем;
- рани и одложени здравствени ефекти осиромашеног уранијума настају после удисања радиоактивних честица које емитују мешовиту а-, б-, г-, доминантно а- радијацију, и испољавају хемијску токсичност тешког метала. Честице осиромашеног уранијума у организам доспевају и уносом контаминиране хране и воде, али и контаминацијом озлеђене коже;

1. Просечно време биолошке полуелиминације удахнутих честица осиромашеног уранијума у ткиву је ~ 1.472 дана, или нешто више од четири године. Како је инхалација доминантан пут контаминације радиоактивним аеросолом, због понављања бомбардовања географски оближњих територија Балкана и Персијског залива у периоду 1990–2011, на сваке четири године, милионска популација у зони експозиције радиоактивним честицама осиромашеног уранијума из ваздуха била је континуирано изложена његовом радиобиолошком ефекту. [7]

- тако је укупна популација територије земаља у зони експозиције радиоактивном аерозагађењу са ратишта у Персијском заливу и на Балкану суочена са могућношћу трајног присуства унутрашњих извора јонизујућег зрачења, имајући у виду просечан људски век;
- због глобалног ефекта осиромашеног уранијума на природу и живи свет здравствене последице интерне контаминације радиоактивним честицама не односе се само на становништво бомбардованих земаља! Уколико су микрометарских и нанометарских димензија, честице осиромашеног уранијума имају велику пенетрациону моћ. Из ваздуха, хране и воде доспевају у организам, продиру у циркулацију и лимфоток, практично у сва ткива и органе, пролазећи кроз телесне баријере типа плаценте и хематоенцефалне баријере.

Територија Србије контаминирана је не само у току НАТО бомбардовања Савезне Републике Југославије (1999) и оближњих територија – република бивше СФРЈ (1994–1995), већ и све време заливских ратова, почев од 1990. године. Када се говори о здравственим последицама које су настале услед војне употребе осиромашеног уранијума, сусрећемо се са противуречним подацима из популарне, научне литературе и саопштења на разним тематским скуповима. Нажалост, ова асинхронија у разумевању тако важног

проблема неретко је последица исполитизованих притисака. Међутим, растући трендови оболевања од малигних и немалигних обољења како у Србији, тако и у Европи и свету, дају нови увид и неопходни су за критичан став и игнорисање полуистина. Свака студија која се тиче штетног дејства осиромашеног уранијума на природу и на људско здравље нема краја. То је зато што је и штетни утицај уранијума и вештачки створених радионуклида трајан, имајући у виду време полураспада дугоживећих радионуклида који се може мерити милијардама година.

Подразумевана контаминација земљишта, водотокова и улазак осиромашеног уранијума у ланац исхране, намеће потребу за доношењем стратегије у погледу санирања ефеката употребе нуклеарног оружја последњих деценија, како би се омогућио живот човека у трајно контаминираном окружењу.

Као и у случају првих нуклеарних бомби које су бачене на Хирошиму и у Нагасаки, о здравственим последицама интерне контаминације осиромашеним уранијумом закључиваће се на основу епидемиолошких студија током више година и деценија.

Здравствене последице интерне контаминације ОУ нису везане само за становништво бомбардованих земаља! Најчешће последице су:

- поремећаји функције тиреоидне жлезде;
- малигна обољења;
- Заливски/Балкански синдром;
- аномалије плода.

Једна од парадигми која је везана за употребу осиромашеног уранијума у нуклеарним ратовима је промењена, а тиче се медицинских ентитета описаних као Заливски и Балкански синдром. Мултисистемско и мултисимптомско испољавање обољења је у основу ових синдрома, а односи се на све учеснике војних акција у којима је коришћено нуклеарно оружје са осиромашеним уранијумом, као и укупно цивилно становништво са контаминираног подручја. [6] [7] [8] [9]

Ова дискусија требало би да резултује бољим разумевањем биолошког ефекта осиромашеног уранијума на људски организам, како би се, применом друштвене свести и доношењем рационалне медицинске стратегије, умањиле погубне последице употребе муниције са осиромашеним уранијумом коме је становништво Србије и околних земаља било изложено не само у току НАТО бомбардовања СР Југославије (1999), већ и оближњих територија – република бивше СФРЈ (1994–1995), као и све време заливских ратова, почев од 1990. године. [6] [7] [10] [11]

Неопходно је повезивање научних ресурса и мултидисциплинарног научног приступа у профилисању ефеката како осиромашеног уранијума, тако и других агенаса пореклом из нуклеарне муниције и хемијских загађивача животног окружења како у Србији, тако и на Балкану.

Ови подаци ће неминовно бити основ за нова истраживања у области малих доза јонизујућег зрачења. Досадашњи резултати указују на кључна

питања радиобиологије малих доза јонизујућег зрачења. На основу аутентичних медицинских налаза и теоријског моделирања, било је могуће дефинисати механизам Петкау ефекта, који је описан седамдесетих година прошлог века као инверзни однос брзине дозе и цитотоксичног ефекта, сада у случају осиромашеним уранијумом изазваног Петкау ефекта што је, свакако, будући изазов науке.

У једној од првих публикација са овом темом, још 2013. године, предложили смо модел јединства биосфере и литосфере-јоносфере-атмосфере, базиран на оригиналном моделу Сергеја Поулинетса. Функционална међузависност сложене спреме литосфере-атмосфере-јоносфере са биосфером, у основи је адаптација биосистема, али и поремећаја кључних регулаторних механизма ин vivo, када адаптивни капацитет буде превазиђен. Због трајне изложености живог света дејству радиоактивних честица, тешких метала и токсичних материја, неопходно је укључивање професионалаца теоријских и примењених природних наука. Имајући у виду глобално ширење контаминаног аеросола са ратишта где је коришћена муниција са осиромашеним уранијумом, због кумулативног ефекта и непредвидивих последица у животној средини и биосфери, укључујући људску популацију, егзактне методе мерења и прецизна процедура морају бити примењене како у земљама бомбардованим пројектилама са осиромашеним уранијумом, тако и у другим земљама.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Prevention is better than cure*. 28. aug 2017. <https://www.thefreshquotes.com/hiv-aids-quotes-aids-awareness-slogans/prevention-is-better-than-cure-especially-when-something-has-no-cure/>
- [2] Norman Sartorius, *Staze i putevi medicine*, Klio, Beograd 2016.
- [3] *The role and relevance of science and education for modern scientist*, Allea, New letters, Issue 1, 2015.
- [4] Mash R. *Chronic diseases, climate change and complexity: the hidden connections*, South African Family Practice, 2010; 52:5, 438/445, DOI: 10.1080/20786204.2010.10874022.
- [5] Rappaport SM, *Genetic Factors Are Not the Major Causes of Chronic Diseases*, PLoS One, 2016;11(4):e0154387.doi:10.1371/journal.pone.0154387.eCollection2016.
- [6] Žunić, S., *Rani i odloženi zdravstveni efekti osiromašenog uranijuma*. Medija centar ODBRANA, Beograd, 2016. Žunić, S; Rakić, Lj, *Depleted Uranium Induced Petkau Effect – Challenge for the Future*, Monografija, Nova Science Publishers, Inc. New York USA, 2016.
- [7] Žunić, S; Rakić, Lj. *Environmental and Health Effects of Depleted Uranium*, in: *Uranium: Sources, Exposure and Environmental Effects*. Ed. by Nelson JR. 2015, 53–86. Chapter 3. ISBN: 978-1-63482-827-7.

- [8] Žunić, SS; Rakić, LM, *Hormetic effects of depleted uranium to the biosphere and lithosphere-atmosphere-ionosphere coupling*, J Environ Occup Sci, 2013; 2(2):103–7. doi:10.5455/jeos.20130911102811.
- [9] Žunić, S., *Lupus erythematosus cell phenomenon in pediatric bronchoalveolar lavages: possible manifestation of early radioadaptive response in radiation induced alveolitis*, J Biol Regul Homeost Agents, 2013; 27(2):389–98.
- [10] Kurykin, S., *Environmental impact of the war in Yugoslavia on south-east Europe*, Report Committee on the Environment, Regional Planning and Local Authorities, Doc. 8925 [10 January 2001]. <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=9143&lang=EN> (21 February 2017).
- [11] Đorđević, D. *Diferencijacija uticaja više izvora na zagađenost vadauha jedne lokacije: teški metali i metaloidi u suspendovanim česticama kao traseri*, doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu, IHTM. 10. 5. 2004, Beograd.

Ljubiša Rakić

PREVENTION IN THE FUNCTION OF HEALTH PROTECTION IN
THE REPUBLIC OF SERBIA

S u m m a r y

The aim of “Disease prevention in the fuction of health promotion” scientific gathering is to propose new concepts and practical solutions so as to resolve current healthcare problems following the scientific findings and accomplishments in medical science. The idea is not only to detect problems but to offer straightforward solutions.

Medical healthcare is not an independent or isolated system, but rather a part of an entire social system that is dependent on technological development and subsequent economy-related consequences, science and education, culture and productivity. Due to decentralization, migrations and globalization, there is often an imbalance in the relation between economic growth and optimal healthcare position, which is in contrast to fundamental postulates.

A condition for professional tackling and resolving of the problem raised today is both science and educational system, especially specific science education that is being permanently harmonized with fresh findings resulting from scientific breakthroughs as well as with the prerequisites for innovation and economic growth.

Substantial consequences of permanent air, water and food pollution are also a permanent challenge when it comes to their elimination, especially regarding tissue regeneration. We need to add to this the effects of the NATO bombing during which depleted uranium weaponry was used, which sets a task before science to offer long lasting solutions to the problem in the future.

Key words: prevention in the health care system, environment protection, depleted uranium, scientific literacy in public health

КОНЦЕПТ ПРЕВЕНЦИЈЕ: ОД НАУКЕ ДО ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ

ТАТЈАНА ПЕКМЕЗОВИЋ¹, ДАРИЈА КИСИЋ ТЕПАВЧЕВИЋ¹

С а ж е т а к. – Превенција у најширем смислу представља било који покушај интервенције или прекида уобичајене секвенце у развоју болести, укључујући како мере које спречавају појаву болести, тако и оне које заустављају или успоравају њено напредовање. Концепт превенције најбоље је дефинисан у контексту њених нивоа. Тродимензионална парадигма примарне, секундарне и терцијарне превенције усвојена је од средине 60-их година прошлог века у многим областима медицине и друштвених наука, а последњих деценија значајно место заузимају примордијална и кветернерна превенција.

Детерминанте здравља обухватају факторе за које је утврђено да имају најзначајнији утицај на здравље, делују заједно и утичу на расподелу здравља и болести и на нивоу популације и на појединачним нивоима. На појединце утичу фактори који делују у свим фазама живота, а ризик од развоја хроничних незаразних болести (ХНБ) акумулира се са годинама. Целоживотни приступ превенцији узима у обзир такав интерактивни и кумулативни утицај друштвених и биолошких фактора током живота, нарочито оних током најранијег животног доба, који предиспонирају особу за ХНБ у старијем узрасту.

Имплементација превентивних програма у једној земљи зависи од великог броја фактора и одвија се на различитим нивоима. Истраживања у области превенције, кроз популационе студије, молекуларно-епидемиолошке студије, проучавање нових болести, резистенције микроорганизама и имплементације резултата из области нутригеномике и нутригенетике у сврху превенције, представљају трајекторије будућег развоја ове области.

Кључне речи: превенција, нивои превенције, детерминанте здравља, популациони приступ превенцији, молекуларна превенција

ДЕФИНИЦИЈЕ И ТЕОРИЈСКИ КОНЦЕПТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ

Превенција у најширем смислу представља било који покушај интервенције или прекида уобичајене секвенце у развоју болести, укључујући како мере које спречавају појаву болести, тако и оне које заустављају или успоравају њено напредовање [1]. Даљим унапређењем дефинисања превенције примарни концепт проширен је тако да укључује и промоцију здравља пре развоја болести, док секундарни и терцијарни ниво имају за циљеве откривање болести

¹ Институт за епидемиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду

у раним (асимптоматским) стадијумима и ублажавање последица прогресије болести [2]. Крајем двадесетог века Светска здравствена организација (СЗО) у дефиницију превенције укључује активности које су усмерене не само на спречавање настанка болести, већ и на редукцију фактора ризика и смањење последица њиховог деловања [3], а најсавременије дефиниције наглашавају и смањење оптерећења популације болешћу [4]. У епидемиолошкој науци и струци најчешће се користи дефиниција превенције коју је дао Џон Ласт (John Last) у Епидемиолошком речнику, према коме овај термин обухвата акције усмерене на ерадикацију, елиминацију или свођење на минимум утицаја болести и онеспособљености [5]. Поред тога што су се дефиниције превенције мењале у функцији времена, увек се задржавала њихова популациона оријентација, одређивање приоритета на бази учесталости догађаја, избегавање нежељених ефеката и тенденција смањивања неједнакости у здрављу.

Концепт превенције најбоље је дефинисан у контексту њених нивоа. Ако се пође од чињеница да су циљеви медицине промоција и очување здравља, поновно успостављање нарушеног здравља и умањење патње и невоље, као и то да је главни циљ праксе јавног здравља спровођење интервенција за промену негативних последица природног тока болести и догађаја везаних за здравље, јасно је да је традиционална подела превенције на три нивоа (примарни, секундарни и терцијарни) само полазна основа која омогућава да се интервенција предузме у одређеном тренутку у односу на ток догађаја (препатогенеза, патогенеза, исход) [6]. Ова тродимензионална парадигма примарне, секундарне и терцијарне превенције је од средине 60-их година прошлог века, усвојена у многим областима медицине и друштвених наука, али су њихове дефиниције вариране током времена [6].

Мере примарне превенције, индивидуалне или популационе, односе се на појединце у фази подложности (осетљивости) за болест и усмерене су на смањивање изложености фактору ризика. Предузимају се пре појаве болести, с циљем да се уклони могућност за њену појаву, а њихов ефекат би требало да буде смањење инциденције обољења. Примарна превенција обухвата промоцију здравља и специфичну заштиту. Промоција здравља омогућава повећање контроле над сопственим здрављем и покрива широк спектар друштвених и еколошких интервенција које су дизајниране да штите здравље и квалитет живота тако што спречавају основне узроке лошег здравља [7]. Обухвата здравствено васпитање, модификацију животне средине, интервенције у исхрани и промене стила живота и понашања. Најтипичнији примери специфичне заштите су имунизација, серопротекција и хемиопротекција, коришћење специфичних нутријената и суплемената, контрола квалитета и безбедности воде за пиће, ваздуха, хране и лекова, заштита од професионалних штетности.

Секундарна превенција обухвата активности и мере које заустављају напредак болести у почетној фази и спречавају компликације [8]. У значајној мери се налази у домену клиничке медицине, мање је ефективна и по правилу

је скупља од примарне превенције. Има за циљ смањење преваленције болести у популацији, снижавање стопе рецидива и побољшање дугорочне прогнозе.

Терцијарна превенција обухвата све мере које су на располагању за смањење или ограничавање онеспособљености, умањење патње узроковане постојећом болешћу одступањима од доброг здравља и промовишу прилагођавање пацијента непредвидивим условима [9]. Интервенције се спроводе у фазама касне патогенезе ради спречавања секвела и ограничавања инвалидности.

Крајем 70-тих година прошлог века, Страсер (Strasser) предложио је да превенција кардиоваскуларних болести (КВБ) треба да превазилази концепт примарне превенције и увео нов концепт примордијалне превенције, како би означио активности које би спречиле уношење фактора ризика у популацију [10]. Примордијална превенција је данас фокусирана на аспекте друштвене организације који су усмерени на измену услова који генеришу и структурирају неједнаку дистрибуцију изложености, осетљивости и фактора који су штетни за здравље популације [11].

Кватернерна превенција представља скуп мера којим се митигирају или избегавају последице прекомерне употребе лекова или других медицинских интервенција [12].

Детерминанте здравља обухватају факторе за које је утврђено да имају најзначајнији утицај на здравље [13]. Ове различите детерминанте делују заједно и утичу на здравље и болест и на нивоу популације и на појединачним нивоима. Да би се описала интеракција друштвених или еколошких детерминанти здравља, односно начини на који елементи друштвеног, економског и физичког окружења интерреагују са индивидуалним биолошким факторима и понашањем и обликују здравствени статус, развијено је неколико модела [14–16].

ЦЕЛОЖИВОТНИ ПРИСТУП ПРЕВЕНЦИЈИ

На појединце утичу фактори који делују у свим фазама живота, а ризик од развоја хроничних незаразних болести (ХНБ) акумулира се са годинама. Целоживотни приступ превенцији узима у обзир такав интерактивни и кумулативни утицај друштвених и биолошких фактора током живота, нарочито оних током најранијег животног доба, који предиспонирају особу за ХНБ у старијем узрасту [17]. Ова велика група болести укључује гојазност, дијабетес и кардиоваскуларне болести, мишићно-скелетне, менталне и неуролошке поремећаје и већ више деценија представља најзначајнији узрок смрти светске популације [18]. Концепт целоживотног приступа превенцији пружа могућност превенције и контроле болести у кључним фазама живота, од преконцепције преко трудноће, периода одојчета, детињства и адолесценције, до адултног доба. Полазна идеја овог концепта везана је за идентификацију

високоризичног фенотипа и маркера ризика у најранијем животном добу, што ће омогућити правовремену интервенцију [19]. Та правовремена превентивна интервенција која обезбеђује супстанцијално смањење ризика мора започети практично на почетку живота, јер је ефекат интервенције на ризик од болести у одраслом животном добу релативно мали [20].

РОУЗОВА ТЕОРЕМА И ПРЕВЕНТИВНИ ПАРАДОКС

Роузова теорема и превентивни парадокс представљају следећи важан концепт чија је суштина давање предности популационом приступу превенцији у односу на стратегије високог ризика [21]. Према Роузовој теореме „изложеност великог броја људи малом ризику може довести до много више оболелих него изложеност малог броја људи високом ризику“, а Роузов превентивни парадокс подразумева да „превентивна мера која доноси велику добит заједници пружа мало користи сваком њеном појединачном члану“ [21].

Значај популационог приступа у превенцији и контроли ХНБ показан је у многим студијама [22, 23].

У Јапану је смртност од можданог удара шездесетих година двадесетог века била значајно виша него у земљама западне Европе [22]. У циљу сузбијања ове епидемије покренути су програми контроле хипертензије у заједници. Један такав програм контроле хипертензије, којим су били обухваћени становници старији од 30 година, спроведен је у два јапанска региона, а састојао се из следећих елемената: (1) систематски скрининг крвног притиска за детекцију особа са хипертензијом; (2) упућивање високоризичних особа у локалне болнице, дијагностика и започињање лечења; (3) здравствено просвећивање кроз диспанзере и патронажне посете; (4) обука и укључивање 150 добровољаца који су становништву давали савете везане за исхрану; и (5) едукација која је спровођена путем медија у заједници, с циљем смањења уношења соли. После 25-огодишњег праћења регистрован је пад инциденције можданог удара код мушкараца за 75%, а код жена за 65% [22].

У источној Финској спроведена је популациона студија (ФИНРИСК) у којој је учествовало 34.525 мушкараца и жена узраста 30–59 година, у периоду од 1972. до 2012. године, чији је главни циљ било смањење преваленције главних кардиоваскуларних фактора ризика (пушење, повишен серумски холестерол и систолни крвни притисак) кроз превентивну интервенцију [23]. Током 40 година трајања студије, смртност од кардиоваскуларних обољења смањена је за 82% код мушкараца и 84% код жена. За смањење морталитета током првих 10 година студије, највећи допринос силазном тренду имале су промене у три циљна фактора ризика. У последњих 10 година трајања студије, око две трећине (69% код мушкараца и 66% жене) смањења објашњено је променама три главна фактора ризика, а остала трећина другим факторима [23].

ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРЕВЕНТИВНИХ ПРОГРАМА

Имплементација превентивних програма у једној земљи зависи од великог броја фактора и одвија се на различитим нивоима. Главни правци и трајекторије обухватају следеће:

- 1) усвајање здравих стилова живота кроз превенцију у децјем узрасту, која би била део школског програма, и подстицајне активности као што су здрава исхрана и спортске активности;
- 2) едукација лекара и здравствених радника, кроз оснаживање превенције у курикулумима у школама и на факултетима у додипломској настави, и савладавање превентивних вештина кроз здравствене специјализације и континуирану медицинску едукацију;
- 3) присуство и ангажовање лекара у заједници и превентивних центара у домовима здравља;
- 4) јачање система надзора над приоритетним болестима и факторима ризика кроз интеграцију квалитетних података из различитих извора, стратегије и акционе планове засноване на доказима, и лабораторијску подршку епидемиолошком надзору над заразним болестима;
- 5) процена ефективности и ефикасности превентивних интервенција, кроз континуиране анализе и евалуације, и имплементација најефективнијих и најисплативијих интервенција;
- 6) здравствена политика на државном нивоу, кроз благовремено доношење одговарајућих закона и контролу њиховог спровођења, производњу, промет и доступност здраве хране (производи са ниском количином шећера, масти, адитива...), безбедност у здравству, интерсекторску сарадњу (здравље, екологија, образовање, медији) и повезивање и сарадњу са врхунским превентивним институцијама у свету;
- 7) истраживања у области превенције, кроз популационе студије, молекуларно-епидемиолошке студије, проучавање нових болести, резистенције микроорганизама и имплементације резултата из области нутригеномике и нутригенетике у сврху превенције.

МОЛЕКУЛАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

Последњих година долази до померања фокуса превенције ХНБ према молекуларном нивоу, што је делом условљено њиховом хетерогеношћу и комплексношћу, а суштински циљ лежи у покушају доприноса глобалном смањењу оптерећења популације овим болестима. С друге стране, молекуларна превенција је фокусирана на откривање кључних генетских, епигенетских, стохастичких и срединских чинилаца, који модификују одговоре на изложеност агенсима и склоност ка развоју ХНБ и део је концепта апликације геномике

у популационим наукама [24]. Базичне поставке молекуларне превенције су још увек у зачетку, али чињенице да су постигнути значајни резултати на пољу расветљавања етиологије и ране патогенезе ХНБ у процени ризика и његовом моделовању, циљању агенаса са широком превентивном ефективношћу, јасно указују на могућност смањења бремена ХНБ у најранијим фазама њиховог природног тока [25].

Најраније молекуларно-епидемиолошке студије потичу из области малигних тумора [26]. Основна идеја је да се идентификацијом генетских полиморфизама покуша модификација асоцијације између изложености и болести, и на тај начин идентификују сегменти популације који су посебно осетљиви на одређену експозицију. Ако се, на пример, посматра пут између изложености срединском фактору ризика и настанка болести, јасно је да уобичајене генетске варијације, односно полиморфизми, могу утицати на ензимску активност у различитим тачкама тог пута. Као резултат тих утицаја, може доћи до формирања ДНК адуката, али и њиховог измицања ензимима репарације, што резултује мутацијама у критичним генима укљученим у контролу раста [27].

Интеракција ген–средина за многе болести представља кључни догађај у патогенези, што отвара могућност модификовања те интеракције, односно пружа реалну основу за претпоставку да ће у будућности такав приступ сигурно представљати кључ примарне превенције. Тако је у студији изведеној у Лабораторији за функционалну геномику и протеомику Института за биохемију Медицинског факултета у Београду показано да нулти или нискоактивни генотипови ензима глутатион-С-трансферазе (ГСТ), ГСТА1, ГСТМ1, ГСТТ1 и ГСТП1, нису независни фактори ризика за настанак карцинома мокраћне бешике, али у интеракцији са пушењем, оба ниско активна алела ГСТА1 и ГСТМ1 повећавају индивидуалну подложност овој болести [28]. Потенцијал ГСТ генотипизације у процени подложности за настанак тумора мокраћне бешике показан је од стране исте истраживачке групе и у случају интеракције са професионалном изложеношћу органским растварачима и пестицидима, што такође може бити од користи за превенцију кроз избор занимања [29].

Посебан значај интеракције ген–средина имају у потенцијалној превенцији мултипле склерозе (МС). Наиме, показано је да пушење представља један од неколико добро документованих фактора ризика за ову болест [30, 31]. С друге стране, слично већини аутоимуних болести, чврста генетичка асоцијација постоји између ХЛА комплекса и ризика од МС; ХЛА-ДРБ1*15 повећава ризик од МС за око три пута, док ХЛА-А*02 има протективни ефекат, односно смањује ризик од болести за око 30% [32]. У популационој студији случајева и контрола изведеној у Шведској, закључено је да је ризик за настанак МС, удружен са појединим ХЛА генотиповима, под значајним утицајем пушачког статуса. Наиме, вишеструко статистички значајно повећање ризика од МС показано је за особе које пуше и истовремено су носиоци алела ХЛА ДРБ1*15, а негативни су за алел ХЛА А*2, у односу на непушаче који немају

ХЛА ДРБ1*15, а имају ХЛА А*2. Дакле, пушење, присуство ХЛА ДРБ1*15 и одсуство ХЛА А*2, сами за себе повећавају ризик од болести, али њихова комбинација тај ризик мултипликује 13,5 пута [32]. Ове интеракције потврђене су и у репликационим студијама [33], а објашњавају се улогом коју пушење има у промоцији активације проинфламаторних путева и посттранслационој модификацији пептида у плућима [30]. Оба догађаја могу довести до активације ЦД4+ лимфоцита кроз препознавање пептида на површини ХЛА-ДРБ1*15:01 молекула; много је мање разумљива заштитна улога класе ХЛА-А*02 [30].

Храна, исхрана и нутритивни статус сматрају се важним детерминантама и једним од најодговорнијих фактора ризика за настанак ХНБ. У вези с тим су и појмови нутригеномике и нутригенетике [34]. Нутригеномика је наука о деловању хранљивих материја (нутријената) на експресију гена, односно, она покушава да идентификује гене који утичу на ризик од болести повезаних са исхраном. Нутригенетика покушава да да одговор зашто храна и начин исхране имају различити ефекат на сваког појединца. Изучавање улоге генетских варијација у објашњењу индивидуалне различитости у одговору на исхрану, представља основу за проучавање подложности за болести које су са њом повезане [35]. Инкорпорирање геномике у нутритивну праксу нуди потенцијал за персонализовану исхрану и помоћ у превенцији циљањем молекуларних механизма који претходе болести, а који одговарају на нутриенте.

Будућа епидемиолошка истраживања имају ултимативни циљ да одговоре на питања како смањити оптерећење популације болешћу на глобалном нивоу. Интензивна економска, демографска и епидемиолошка транзиција у свету праћена је порастом популације и продужењем очекиване дужине живота, али и вишим укупним морбидитетом и онеспособљеношћу, при чему су ХНБ најодговорније за њихов пораст. Стога, решавање ових питања мора да постане приоритет у здравственим стратегијама сваке земље у свету.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Clark DW, MacMahon B., *Preventive medicine*, Boston, MA: Little, Brown & Co, 1967.
- [2] Nightengale EO, Cureton M, Kalmar V, et al., *Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States*, Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1978.
- [3] Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I., *The concept of prevention: a good idea gone astray?*, J Epidemiol Community Health 2008; 62:580–583.
- [4] <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html> [приступљено 5. марта 2018. године]

- [5] Porta M., *A Dictionary of Epidemiology*, 6th edition, Oxford University Press, New York, 2014.
- [6] Detels R, Gulliford M, Abdool Karim Q, Chuan Tan C., *Oxford Textbook of Global Public Health*, 6th edition. Oxford University Press, New York, 2015.
- [7] <http://www.who.int/features/qa/health-promotion> [приступљено 8. марта 2018. године]
- [8] Frederix I, Dendale P, Schmid JP., *Who needs secondary prevention?*, Eur J Prev Cardiol 2017; 24(3_suppl):8–13.
- [9] Pandve HT., *Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary*, Med Hist 2014;2:254–6.
- [10] Strasser T., *Reflections on cardiovascular diseases*, Interdiscip Sci Rev 1978;3:225–30.
- [11] Giampaoli S., *Primordial prevention of cardiovascular diseases-the role of blood pressure*, Eur Cardiol Rev 2007;3:20–1.
- [12] Pandve HT., *Quaternary Prevention: Need of the Hour*, J Family Med Prim Care. 2014;3:309–310.
- [13] Institute of Medicine, *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington: The National Academies Press, 2003.
- [14] Evans RG, Stoddart GL, *Producing health, consuming health care*, Soc Sci Med 1990;31: 1347–63.
- [15] Institute of Medicine, *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Washington: National Academy Press, 2000.
- [16] Dahlgren G, Whitehead M., *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- [17] Kuh D, Davey-Smith G., *The life course and adult chronic disease: an historical perspective with particular reference to coronary heart disease in: A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Oxford University Press; 2004.*
- [18] GBD 2016 Causes of Death Collaborators. *Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*, Lancet 2017;390;1151–210.
- [19] Kuruvilla S, Sadana P, Montesinos EB, et al., *A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals*, Bull World Health Organ 2018;96:42–50.
- [20] Darnton-Hill I, Nishida C, James WPT., *A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, Public Health Nutrition 2004;7:101–21.
- [21] Rose G., *Sick individuals and sick populations*, Int J Epidemiol 2001;30:427–32.
- [22] Iso H, Shimamoto T, Naito Y, Sato S, Kitamura A, Iida M, Konishi M, Jacobs DR, Komachi Y., *Effects of a long-term hypertension control program on stroke incidence and prevalence in a rural community in Northeastern Japan*, Stroke 1998;29:1510–8.
- [23] Jousilahti P, Laatikainen T, Peltonen M, Borodulin K, Männistö S, Jula A, Salomaa V, Harald K, Puska P, Varti E., *Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and*

- women in eastern Finland over 40 years: population based observational study, *Br Med J* 2016;352:i721.
- [24] Karle CA, Duong G, Helms TM., *Concept of molecular prevention*, *EPMA J* 2014;5:A48.
- [25] Pekmezović T., *Molekularna prevencija hroničnih nezaraznih bolesti: koliko smo blizu?*, *Medicinska istraživanja* 2017;51:36–9.
- [26] Furberg AH, Ambrosone CB., *Molecular epidemiology, biomarkers and cancer prevention*, *Trends Mol Med* 2001;7:517–21.
- [27] Maresso KC, Tsai KY, Brown PH, Szabo E, Lippman S, Hawk ET., *Molecular cancer prevention: Current status and future directions*, *CA Cancer J Clin* 2015;65:345–83.
- [28] Matic M, Pekmezović T, Djukić T, Mimić-Oka J, Dragičević D, Krivić B, Šuvakov S, Savić-Radojević A, Plješa-Ercegovac M, Tulić C, Simić T., *GSTA1, GSTM1, GSTP1 and GSTT1 polymorphisms and susceptibility to smoking-related bladder cancer: a case-control study*, *Urologic Oncol* 2013;31:1184–92.
- [29] Matic M, Ćorić V, Savić-Radojević A, Bulat P, Plješa-Ercegovac M, Dragičević D, Đukić T, Simić T, Pekmezović T., *Does occupational exposure to solvents and pesticides in association with glutathione S-transferase A1, M1, P1, and T1 polymorphisms increase the risk of bladder cancer?*, *The Belgrade case-control study*, *PLOS One* 2014;9(6):e99448.
- [30] Olsson T, Barcellos LF, Alfredsson L., *Interactions between genetic, lifestyle and environmental risk factors for multiple sclerosis*, *Nat Rev Neurol* 2017;13:25–36.
- [31] Pekmezovic T, Drulovic J, Milenkovic M, Jarebinski M, Stojsavljevic N, Mesaros S. et al., *Lifestyle factors and multiple sclerosis: A case-control study in Belgrade*, *Neuroepidemiology* 2006; 27:212–6.
- [32] Hedstrom AK, Sundqvist E, Baarnhielm M, Nordin N, Hillert J, Kockum I. et al., *Smoking and two human leukocyte antigen genes interact to increase the risk for multiple sclerosis*, *Brain* 2011;134:653–64.
- [33] Hedstrom AK, Katsoulis M, Hossjer O, Bomfim IL, Oturai A, Sondergaard HB, Sellebjerg F, Ullum H, Thorner LW, Gustavsen MW, Harbo HF, Obradovic D, Gianfrancesco MA, Barcellos L, Schaefer CA, Hillert J, Kockum I, Olsson T, Alfredsson L., *The interaction between smoking and HLA genes in multiple sclerosis: replication and refinement*, *Eur J Epidemiol* 2017;32:909–19.
- [34] Ferguson LR., *The Value of Nutrigenomics Science*, *OMICS: J Integrative Biology* 2016; 20:122.
- [35] Gil A., *Molecular Biology and Clinical Nutrition; where do we stand and where do we go?*, *Nutr Hosp* 2013;28:241–9.

Tatjana Pekmezović, Darija Kisić Tepavčević

CONCEPT OF PREVENTION:
FROM SCIENCE TO IMPLEMENTATION

S u m m a r y

Prevention, in general, is any kind of an intervention aimed to stop the development of a disease or minimize its impact. The concept of prevention is best defined in the context of its levels. The three dimension paradigm of primary, secondary and tertiary prevention has been adopted in many areas of medicine and social sciences since the mid 60s, and in the last decades primordial and quaternary prevention have had a very important role as well.

The determinants of health are comprised of factors which are known to have the most important effect on health. These factors work together and they affect the distribution of health and disease on the population level, and on individual levels. Individuals are affected by factors which take effect in all stages of life, and the risk of developing a chronic non-communicable diseases (NCDs) is accumulated with age. The life-course approach to prevention takes into consideration this interactive and cumulative effect of social and biological factors during life, especially those during the earliest life period, which predispose a person for NCDs in an older age.

The implementation of prevention programs in a country is dependent on a number of factors, and is carried out on several levels. Research in the field of prevention through population studies, molecular epidemiology studies, through the investigation of new diseases, antimicrobial resistance and the implementation of the results of nutrigenomics and nutrigenetics for the purpose of prevention are the trajectories of the future development in this field.

Key words: prevention, levels of prevention, determinants of health, population approach to prevention, molecular prevention

ПРЕВЕНТИВНЕ АКТИВНОСТИ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ВЕРИЦА ЈОВАНОВИЋ¹

С а ж е т а к. – Здравствена заштита подразумева спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Према англосаксонским ауторима превенција се дефинише као скуп мера на три нивоа: **примарна превенција** – примењује се пре настанка болести, као унапређење и очување здравља, сузбијање и спречавање болести; **секундарна превенција** – рано откривање и благовремено лечење и **терцијерна превенција** – подразумева рехабилитацију. Превентивни програми у Републици Србији из године у годину обогаћени су различитим садржајима у складу са издвојеним приоритетним потребама становништва. Министарство здравља, кроз рад сектора за јавно здравље Министарства здравља одобрава примену програма на националном нивоу и прописује обавезу праћења реализације истих, као и остварења постављених програмских циљева. Програмске активности се финансирају из буџетских средстава Републике Србије. Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији регулише примарна регулатива – кључни закони, Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о јавном здрављу, Закон о заштити становништва од заразних болести и други, као и бројни подзаконски акти. У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите у Републици учествују грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република, представници медија уз мултисекторски и интердисциплинарни приступ.

Групе превентивних активности у систему здравствене заштите Републике Србије уобличене су у програмима од општег интереса и спроводи их и/или њима координира мрежа института/завода за јавно здравље. Институт за јавно здраве Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и мрежа института и завода за јавно здравље има за циљ да планира, спроводи, прати и евалуира активности јавног здравља, координира, усклађује и стручно повезује рад учесника у систему јавног здравља.

Кључне речи: превентивне активности, здравље, здравствена заштита

Здравствена заштита је скуп мера превенције, лечења и праћења болести и повреда коју спровode медицински радници, здравствени радници и други професионалци. Здравствена заштита обухвата спровођење мера за очување

¹ Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

ЗАКОНСКИ ОКВИР

Систем здравствене заштите регулише следећа законска регулатива:

1. **Закон о здравственој заштити** („Службени гласник РС”, бр. 107, 2005 са допунама и изменама) којим се уређује систем здравствене заштите, организација здравствене службе, подстичу и дефинишу оквири за друштвену бригу за здравље становништва и остварење општег интереса у здравственој заштити, дефинишу права и обавезе пацијената.

2. **Закон о јавном здрављу** („Службени гласник РС”, бр. 15, 2016) којим се уређује остваривање јавног интереса, стварањем услова за очување и унапређење здравља становништва путем свеобухватних активности друштва усмерених на очување физичког и психичког здравља становништва, очување животне и радне околине, спречавање настанка и утицаја фактора ризика за настанак поремећаја здравља, болести и повреда, начин и поступак, као и услови за организацију и спровођење јавног здравља.

3. **Закон о заштити становништва од заразних болести** („Службени гласник РС”, бр. 125/04 и 36/15) којим се уређује заштита становништва од заразних болести, одређују заразне болести које угрожавају здравље становништва Републике Србије чије је спречавање и сузбијање од општег интереса за Републику Србију (у даљем тексту: заразне болести), мере за заштиту становништва од тих болести, начин њиховог спровођења и обезбеђивање средстава за њихово спровођење, вршење надзора над извршавањем овог закона, као и друга питања од значаја за заштиту становништва од заразних болести.

4. **Закон о здравственом осигурању Републике Србије** са изменама и допунама („Службени гласник РС”, бр. 107/2005). Овим законом уређују се права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана обухваћених обавезним здравственим осигурањем, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од значаја за систем здравственог осигурања.

Превентивне активности у систему здравствене заштите у Републици Србији додатно регулишу следећи прописи:

- Уредба о Плану мреже здравствених установа Републике Србије са изменама и допунама;
- Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе;
- Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа;

- Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите;
- Правилник о имунизацији и начину заштите лековима са програмом имунизације.

Стратешки и оперативни документи у спровођењу политике за реализацију превентивних програма који обезбеђују што потпунију реализацију и стандард права осигураних лица (садржај и обим) су:

- План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања за одређену годину за Републику Србију;
- Уредба о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине;
- Национални програми превенције и други.

НОСИОЦИ ПРЕВЕНТИВНИХ АКТИВНОСТИ

У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите у Републици учествују грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република, представници медија уз мултисекторски и интердисциплинарни приступ. Групе превентивних активности у систему здравствене заштите Републике Србије уобичене су у програмима од општег интереса и спроводи их и/или њима координира мрежа института/завода за јавно здравље. Мрежа института и завода за јавно здравље има за циљ да планира, спроводи, прати и евалуира активности јавног здравља, координира, усклађује и стручно повезује рад учесника у систему јавног здравља. Активности се спровode путем програма у сарадњи са учесницима у јавном здрављу. У спровођењу јавног здравља активно учествују: органи државне управе Републике Србије, аутономне покрајине, јединице локалне самоуправе, здравствена служба, образовне установе и институције, средства јавног информисања, породица, грађани итд.

ПОЉА ПРЕВЕНТИВНЕ АКТИВНОСТИ

За праћење и анализу здравственог стања становништва и рада и ефеката здравствене службе потребно је обезбедити податке о здравственом стању становништва, неопходно је редовно ажурирање база података о обољењима и стањима и раду у стационарним и ванболничким здравственим

установама, као и о порођајима, прекидима трудноће и умрлима. Такође, за ефикасно праћење и евалуацију ефеката програма неопходно је обезбедити развој здравственог информационог система (ресурсне базе података), као и ажурирање база података о организационој структури, кадровима и опреми у здравственим установама.

Промоција здравља подразумева координацију, планирање, организацију и спровођење активности промоције здравља, које су посебно усмерене на осетљиве групације становништва (труднице, мала и предшколска деца, школска деца, лица старија од 65 година живота и особе са инвалидитетом). Основни циљ промоције здравља је унапређење здравља опште популације или посебних групација становништва, као и координација и јачање капацитета и здравствено-промотивних активности примарне здравствене заштите. Такође, промоција здравља подразумева праћење спровођења здравствено-васпитног рада у области промоције здравља, спречавања заразних болести у установама примарне здравствене заштите, као и обилазак здравог и оболелог становништва од стране поливалентне патронажне службе. Све активности спроводе се према Календару здравља.

Превенција и контрола заразних болести (укључујући и подршку националном програму имунизације) има за циљ унапређење здравља становништва у области заразних болести, као и превенцију и контролу заразних болести кроз спровођење епидемиолошког надзора, систематско прикупљање, обједињавање, анализирање, тумачење и размењивање података прикупљених у оквиру епидемиолошког надзора над заразним болестима; ажурирање електронских база података (епидемија заразних болести, грозница Западног Нила, хеморагијска грозница са бубрежним синдромом, грип); континуирано праћење актуелне епидемиолошке ситуације у Републици Србији и у свету.

Превенција и контрола водећих хроничних незаразних обољења има за циљ: унапређење здравља и контролу хроничних незаразних болести, као и вођење регистара (малигних обољења, за акутни коронарни синдром, за дијабетес, за болести крвних судова мозга, деце са сметњама у развоју, ретких болести, хроничне бубрежне инсуфицијенције); израду извештаја на окружном/републичком нивоу; предлагање мера за унапређење здравља у складу са епидемиолошком ситуацијом и здравственим потребама.

Организовани програми скрининга рака имају за циљ организацију, реализацију, праћење и евалуацију програма организованих скрининга рака за три малигне болести (карцинома дојке, грлића материце и дебелог црева), као и унапређење здравља становништва Републике Србије.

Праћење фактора ризика у животној средини има за циљ успостављање здраве животне средине, као и обезбеђивање квалитетних података о води, храни, предметима опште употребе, ваздуху и објектима од хигијенско-епидемиолошког значаја, кроз ажурирање електронских база података о микробиолошкој и физичко-хемијској исправности воде за пиће, површинских

вода и вода из јавних базена, исправности хране и предмета опште употребе о присуству загађујућих материја у ваздуху, о квалитету отпадних вода из индустријских објеката, као и о објектима од хигијенско-епидемиолошког значаја.

Микробиологија јавног здравља има за циљ да успостави одржив рад и развој националних референтних лабораторија, као и да омогући побољшање лабораторијског система за рано откривање, идентификовање узрочника и надзор над антимикуробном резистенцијом из домена референтности кроз анализу изолата (хумани, храна, вода) *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae* и *Yersinia enterocolitica*, произведен дијагностикум за типизацију *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae* и *Yersinia enterocolitica*, одржавање култура микроорганизама из колекције, као и спољну контролу квалитета рада (WHO GFN/EQAS, ECDC/FWD/EQA-AST и ECDC/EQA/PFGE).

Координација активности на пољу HIV/AIDS-а, полно преносивих инфекција, вирусних хепатитиса и туберкулозе има за циљ успешан национални одговор на HIV инфекцију, ППИ и туберкулозу уз спровођење активности израде годишњег акционог плана за спровођење националне стратегије/програма за превенцију и контролу HIV инфекције и других ППИ и вирусних хепатитиса, планирање и координацију израде докумената у складу са Националном стратегијом (протокола, водича и сл.), организацију и координацију кампања усмерених на подизање степена информисаности опште популације и промоцију тестирања на HIV инфекцију и друге ППИ, као и ажурирање базе података. Неопходно је спровођење акција у заједници у циљу подизања свести опште популације.

Спровођење Међународног здравственог правилника (INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS IHR) има за циљ превенцију и сузбијање ризика у јавном здрављу применом мера по јединственим међународним процедурама, као и обезбеђивање система раног упозоравања и брзог реаговања система јавног здравља на међународно ширење болести. Спровођење програма имплементације система комуникације и праћење догађаја у јавном здрављу доприноси бољем спровођењу Међународног здравственог правилника.

Канцеларија за превенцију пушења има за циљ испитивање ризичног понашања у складу са кључним индикатором EMCDDA „истраживања у општој популацији”, очување и унапређење сексуалног и репродуктивног здравља становништва Републике Србије, унапређење програма наставе предмета физичког и здравственог васпитања у основним и средњим школама, као и праћење здравственог стања популације миграната и епидемиолошки надзор.

Организација спремности за кризне и ванредне ситуације има за циљ одржавање спремности за ванредне ситуације и стања, као и спречавање, сузбијање и праћење епидемије, екстремних климатских догађаја и других несрећа и катастрофа, спремност и опремљеност екипа завода/института за јавно здравље у ванредним ситуацијама кроз извештавање о активности екипа у ванредним ситуацијама и стручно-методолошку помоћ здравственим установама у спровођењу акционих планова за ванредна стања.

Праћење квалитета рада здравствених установа, организација и спровођење провере квалитета стручног рада има за циљ унапређење квалитета здравствене заштите, кроз редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада. Како би се осигурала контрола квалитета потребна је организација и спровођење редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада здравствене установе и других облика здравствене службе, континуирано праћење показатеља квалитета здравствене заштите, истраживање задовољства запослених у здравственим установама и задовољства корисника пруженом здравственом заштитом и евалуација спроведених спољних провера квалитета стручног рада.

Превентивне услуге у примарној здравственој заштити пружа дом здравља кроз спровођење активности у промоцији здравља, здравствено-васпитном раду, превенцији и раном откривању ризика и обољења, кроз превентивне и контролне прегледе, скрининг, обавезну имунизацију, имунопрофилаксу и хемопрофилаксу према клиничким и епидемиолошким индикацијама и путем рада патронажне службе.

Превентивни прегледи планирани су према популационим групама, а спроводе се код деце до навршених шест година живота, школске деце и омладине од седам до 19 година живота, код жена у генеративном периоду, трудноћи и код планирања породице и порођаја, код одраслих изнад 20 година живота и одређених рањивих категорија одраслих осигураних лица оба пола (превентивни прегледи и скрининг дијагностика малигних болести, фактора ризика за кардиоваскуларне болести и депресије), превентивни прегледи дијабетеса типа 2, превентивна стоматолошка здравствена заштита.

Превентивне мере и активности на секундарном и терцијарном нивоу приоритетно се планирају за новорођенчад, жене у репродуктивном периоду (15–49) у вези са трудноћом и порођајем.

ПРЕВЕНТИВНЕ АКТИВНОСТИ И ЈАВНО ЗДРАВЉЕ

Према последњем попису из 2011. године, број становника у Републици Србији је око 7.200.000 становника, приближно броју становника из 1971. године, а мање него 2002. године, када је износио око 7.800.000 становника. Према подацима Републичког завода за статистику број становника у Републици Србији на дан 1. 1. 2017. године износио је 7.040.272 становника. Очекивано трајање живота у Србији је 75,5 година, нешто више него у Бугарској и Румунији, на нивоу Македоније, али је за преко осам година мање него у Шпанији, Швајцарској и Италији. Стопа опште смртности (на 1000 становника) у 2016. години уједначена је и износи 14,3, док је природни прираштај смањен и износи -5,1 на 1000 становника.

ЦИЉЕВИ ПРЕВЕНТИВНИХ АКТИВНОСТИ

Спровођење превентивних активности има за циљ: очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настанак обољења, стицање знања и навика о здравом начину живота; спречавање, сузбијање и рано откривање болести; правовремену дијагностику, благовремено лечење, рехабилитацију оболелих и повређених; информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље, континуирану едукацију кадра.

Унапређење превентивних активности и здравствене заштите има за циљ мултисекторски и интердисциплинарни приступ у деловању, реализацију истраживања и мерења здравственог стања и понашања у популацији (од значаја за здравствену и популациону политику), усвајање иновираних стратегија, акционих планова и издвајање приоритетних програма од државног интереса за унапређење и очување здравља евалуацијом реализованих програма, унапређење здравственог система и здравственог стања становништва.

Циљеви здравствене заштите су и заштита и унапређење здравља становништва; повећање очекиваног трајања живота и смањење смртности; повећање броја година живота без болести и/или инвалидности; осигуравање највишег могућег нивоа физичког и психичког здравља целокупне популације уз бригу за побољшање квалитета живота.

Здравље појединаца се феноменолошки и концептуално разликује од здравља друштвених група или целокупног становништва. Процена здравља појединца утврђује се клиничким приступом у мерењу здравља, док процена здравља популационих група или целокупног становништва захтева јавноздравствени приступ у процени/мерењу здравственог стања (једна од основних јавноздравствених функција).

Стога је јавно здравље наука и уметност превенције болести, продужавања живота и унапређења здравља кроз организоване напоре друштва и систем здравствене заштите.

ЗАКЉУЧАК

Здравствена заштита представља организовану и свеобухватну делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши ниво очувања здравља становништва и друштва у целини.

Здравствена заштита подразумева спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Према англосаксонским ауторима превенција се дефинише као скуп мера на три нивоа: **примарна превенција** – примењује се пре настанка болести, као унапређење и очување здравља, сузбијање и спречавање болести; **секундарна превенција** – рано откривање и благовремено лечење и **терцијерна превенција** – подразумева рехабилитацију.

Најзначајније мере примарне превенције (неспецифичне мере) су: одржавање опште личне хигијене, правилна исхрана, исправна вода за пиће и адекватно водоснабдевање, унапређење физичке активности, заштита животне средине, лични и друштвени стандард, избегавање ризичног понашања, образовање, здравствено васпитање, здрави стилови живота, имунизација, дезинфекција, дезинсекција и други.

Рано откривање болести или скрининг је секундарна превенција. Вредновање скрининг теста, односно теста за рано откривање, веома је важан аспект ове активности у систему здравствене заштите. Скрининг тест служи искључиво да одреди вероватноћу присуства обољења – он у највећем броју случајева нема дијагностичку вредност. Зато је важно да се све особе са позитивном вредношћу скрининг теста подвргну исцрпном дијагностичком поступку.

Терцијерна превенција је рехабилитација. Рехабилитација је примена свих расположивих мера на смањење последица обољења, као и недостатака и неспособности, укључујући и социјалну интеграцију. Поред оспособљавања особа за адаптацију на услове живота у средини у којој живе, веома је важно припремање шире заједнице за њихову социјалну интеграцију. Зато је неопходно да особе са проблемима, њихове породице и заједница у којима живе буду укључене у планирање, и имплементацију свих неопходних услуга повезаних са њиховом рехабилитацијом.

Савремена здравствена заштита у Републици Србији у домену превентивних активности подразумева заступљеност сва три нивоа превенције.

Превентивни програми у Републици Србији из године у годину обогаћени су различитим садржајима у складу са издвојеним приоритетним потребама становништва. Министарство здравља, кроз рад сектора за јавно здравље Министарства здравља одобрава примену програма на националном нивоу и прописује обавезу праћења реализације истих, као и остварења постављених програмских циљева. Програмске активности се финансирају из буџетских средстава Републике Србије. Евалуација спроведених програма представља предуслов за дефинисање модификације или иновације програма, укидање неефикасних и увођење нових, у складу са потребама друштва и јавноздравствених приоритета.

ЛИТЕРАТУРА

- Закон о здравственој заштити Републике Србије, Службени гласник РС, бр. 107/2005, 72/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015, 106/2015, 2015.
- Закон о јавном здрављу, Службени гласник РС бр. 15, 2016.
- Закон о здравственом осигурању Републике Србије, Службени гласник РС бр. 107/2005.
- World Health Organization, *Health in All Policies*, training manual. Geneva (CH): WHO; 2015.
- Council of the European Union, *Council conclusions on Health in All Policies (HiAP)*, Proceedings of the 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006 [cited 4 August 2017]. Available from: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lisa/91929.pdf.
- Council of the European Union, *Council conclusions on Health in All Policies (HiAP)*, Proceedings of the 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Brussels, 30 November and 1 December 2006 [cited 4 August 2017]. Available from: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lisa/91929.pdf.
- Kickbusch I, Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe, 2012.
- Kickbusch I, Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe, 2012.

Verica Jovanović

PREVENTIVE ACTIVITIES IN THE HEALTH CARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF SERBIA

S u m m a r y

Health care implies the implementation of measures for the preservation and improvement of the health of citizens, prevention, suppression and early detection of diseases, injuries and other health disorders and timely and effective treatment and rehabilitation.

According to Anglo-Saxon authors, prevention is defined as a set of measures consisting of three levels: **Primary prevention** – applied before the onset of the disease, and includes promotion and preservation of health, suppression and prevention of disease; **Secondary prevention** – early detection and timely treatment, and **Tertiary prevention** which implies rehabilitation.

Preventive activities in the health care system in the Republic of Serbia are regulated by the primary legislation - key laws, the Health Care Law, the Health Insurance Law, the Public Health Law, the Law on the Protection of Population from Communicable Diseases and others, as well as numerous by-laws.

Citizens, families, employers, educational and other institutions, humanitarian, religious, sports and other organizations, associations, health services, health insurance organizations, as well as municipalities, cities, autonomous provinces and the Republic, as well as the media representatives with multi sectoral and interdisciplinary approach, participate in the provision and implementation of health care in the Republic.

Groups of preventive activities in the health care system of the Republic of Serbia are shaped in programs of general interest and implemented and / or coordinated by a network of institutes / public health institutes. The aim and goal of the Institute of Public Health of Serbia “Dr. Milan Jovanović Batut” and the network of public health institutes, is to plan, implement, monitor and evaluate public health activities, coordinate, harmonize and expertly link the work of participants in the public health system.

The implementation of preventive activities aims at preserving and improving health, discovering and suppressing the risk factors for the emergence of diseases, acquiring knowledge and habits of a healthy lifestyle; prevention, suppression and early detection of diseases; timely diagnosis, timely treatment, rehabilitation of the sick and injured; information that the population or an individual needs for responsible behavior and for the exercise of the right to health, continuous education of personnel.

Health care represents an organized and comprehensive activity of society with the basic goal of achieving the highest level of the population's health preservation, and the society as a whole.

Preventive programs in the Republic of Serbia from year to year are enriched with different contents in accordance with the priority needs of the population.

The Ministry of Health, through the work of the public health sector of the Ministry of Health, approves the application of the program at the national level and prescribes the obligation to monitor the realization of the same, as well as the realization of the assigned program goals. Program activities are financed from the budget funds of the Republic of Serbia.

Evaluation of implemented programs is a prerequisite for defining modification or program innovation, discontinuing ineffective and introducing new ones, in accordance with the needs of society and public health priorities.

МОГУЋНОСТИ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ: ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВЕ

ДРАГАН МИЦИЋ^{1,2}, ВЕСНА БЈЕГОВИЋ-МИКАНОВИЋ³

С а ж е т а к. – Основни изазови превенције у Србији повезују се са одрживим развојем и наглашава се значај нове филозофије здравља, а не болести, значај једнакости наспрот стварања неправичних друштава и значај смањивања разлика у здрављу према материјалном стању, образовању, роду и месту становања. У овом наративном прегледу приказују се разлози који су водили угледању на циљеве одрживог развоја Уједињених нација. Поред прегледа здравственог система Србије, представљени су и изазови превенције у нашој земљи. Анализа показатеља здравља у Србији указује у просеку на значајна унапређења здравственог стања, али и на постојање изразитих неједнакости у здрављу. Девет задатака у оквиру трећег циља одрживог развоја, који махом произилазе из достигнућа миленијумских циљева развоја, обезбеђују инспирацију за оснаживање превенције и јавног здравља, подршку истраживањима и развоју вакцина и лекова, унапређењу приступачности здравствених услуга, унапређењу финансирања и развоја људских ресурса за здравље, као и јачању капацитета земље за рано препознавање, смањивање ризика и менаџмент националних и глобалних ризика по здравље. Преглед перспектива за превенцију у здравственом систему Србије разматра се кроз међународне здравствене политике. Истакнута је саветодавна улога Здравственог савета Србије у оснаживању превенције која ће бити заснована на приступу одрживог развоја.

Кључне речи: превенција, здравствени систем, Здравствени савет Србије

1. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ И ЗНАЧАЈ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ

Здравствена политика се, према често цитираној дефиницији Светске здравствене организације, односи на „одлуке, планове и активности које се предузимају за постизање специфичних здравствених циљева унутар друштва“ [1], уз дефинисање задатака за краткорочни и средњи рок, као и очекиваних улога различитих друштвених група са ауторитетом доношења и спровођења одлука (обично представници владе, државе, али и институција

¹ Српска академија наука и уметности

² Универзитет у Београду, Медицински факултет. micicd@eunet.rs

³ Универзитет у Београду, Медицински факултет. vesna.bjegovic-mikanovic@med.bg.ac.rs

и појединаца) [2]. У опредељивању за приоритете здравствене политике, доносиоци одлука уобичајено посматрају бројне јавно-здравствене изазове, често заборављајући да су, поред здравствене политике, потребни и други политички програми који укључују бољи животни стандард, услове становања, побољшање исхране и безбеднију животну средину [3]. На пример, решавање кардиоваскуларних болести захтева интервенције у другим секторима, између осталог, интервенцију контроле дувана, а заустављање тренутне епидемије дијабетеса захтева политике и изван здравственог сектора, усмерене на смањивање стопа прекомерне тежине и гојазности (актуелни позив Светске здравствене организације за формирање политика опорезивања намирница и газираних пића која садрже шећер) [4].

Здравствене политике у Европи данас се суочавају са бројним и дуготрајним изазовима, као што су друштвене и географске неједнакости, старење популације и растуће оптерећење хроничним болестима, уз нове глобалне претње, попут пандемијског грипа и криза на светским финансијским тржиштима. Значајно побољшање здравља становништва Европе утицало је на факторе како унутар, тако и изван здравственог сектора. Сматра се да су кључне препреке за даље побољшање у Европи и свету последица неуспеха у превазилажењу политичких и економских питања, укључујући оне који обликују систем финансирања здравствене заштите и пружања здравствених услуга [5, 6, 7]. Ефективни доносиоци одлука у здравственој политици захтевају фокус на данашње изазове, покушавајући да разумеју доминантне парадигме, како су дефинисане и обликоване, и како се оне могу мењати.

Последњих година, здравствене политике већине земаља у свету суочавају се са сличним одговорима на јавно-здравствене изазове: интензивирање истраживања у основним наукама да би се боље разумела етиологија и терапија болести; фокусирање на експанзију здравствених услуга где постоје докази о неодговарајућем одговору на потребе становништва; фаворизовање превенције или усмеравање напора на јавно-здравствене интервенције повезане са социјалним одредницама здравља. Наведене опције се међусобно не искључују и, у одређеној мери, све су неопходне. Међутим, већ деценијама, фокусирање на софистициране терапијске услуге доминира у дебатама посвећеним здравственим политикама, вероватно јер усмереност на социјалне одреднице здравља подразумева дугорочне циљеве, често неодговарајуће доказе о ефектима интервенција и супростављеност моћних интереса, попут интереса појединих фармацеутских компанија [2, 8]. Стога, усмеравање на примордијалну, примарну, секундарну и терцијарну превенцију у здравственом систему има значајно место при разматрању проблема и перспектива за деловање [9, 10].

У данашње време креатори здравствене политике међународне заједнице и бројних земаља мотивисани су да учествују у постизању одрживог развоја који неће угрозити задовољавање потреба и здравља садашњих и будућих генерација [11]. За сагледавање димензија одрживог развоја препоручује се

посматрање економског развоја, друштвене укључености и одрживости животне средине, као и подршке кроз добро управљање на глобалном, регионалном и локалном нивоу. Премда сам приступ није нов и спомиње се и у двадесетом веку, значајно усмеравање бројних учесника и заинтересованих страна ка одрживом развоју ипак је постало очигледно у 21. веку, у време када су се процењивали ефекти миленијумских циљева развоја Уједињених нација [12]. Један од најзначајнијих догађаја у 2015. години, скуп у Уједињеним нацијама, обезбедио је да све државе чланице једногласно усвоје 17 циљева одрживог развоја који ће инспирисати политике у бројним областима до 2030. године (декларација: „Трансформисање нашег света: агенда за одрживи развој до 2030“) [13]. Сви циљеви индиректно подржавају унапређење здравља и превенцију, али трећи циљ је директно посвећен здрављу: „Обезбедити здрав живот и промовисати благостање за све у свим узрастима“. Будући да се у основи одрживог развоја налази добро здравље, препознавање значаја здравља за све води ка данашњој трансформацији у приступу планетарном здрављу. Планетарно здравље повезује се са одрживим развојем и наглашава се значај нове филозофије здравља, а не болести, значај једнакости насупрот стварања неправичних друштава и значај смањивања разлика у здрављу према материјалном стању, образовању, роду и месту становања, уз укључивање универзалне приступачности превентивним здравственим услугама [14]. Угледни међународни стручњаци говоре и о трансформацији здравственог система захтевајући нови друштвени покрет који ће подржати универзалну доступност и приступачност здравственим услугама на свим нивоима друштва: нивоу појединца, групе, заједнице, националном, регионалном, глобалном и планетарном нивоу.

У процесу стварања здравствене политике, држава, посредством Министарства здравља, подстиче руководеће структуре у свим секторима да буду усмерене ка политикама које помажу превенцију и унапређење здравља. Партнерство између националних и локалних власти омогућава решавање локалних проблема, уколико су обе структуре усмерене ка одговарајућим циљевима. Нажалост, често се дешава да је здравствена политика неефикасна јер нема јасне стратегије, циљеве и приоритете који су прихваћени од свих актера. Такође, догађа се да се мењају само циљеви и приоритети (фаза формулације политике), без имплементације и евалуације, а сама здравствена политика бива инструмент како актуелне владајуће групе, тако и опозиције или неформалних центара моћи [5].

Циљ овог рада је да се, користећи изнесени логични оквир одрживог развоја, анализирају изазови превенције у здравственом систему Србије који су повезани са формулацијом, имплементацијом и евалуацијом здравствене политике.

Метод коришћен у овој анализи је наративни преглед који се заснива на претраживању домаће и међународне литературе, докумената здравствене политике на глобалном, европском и националном нивоу и одговарајућих

интернет страница уз анализу њиховог садржаја. Идентификовани су основни документи међународне здравствене политике у области одрживог развоја, као и усвајања циљева одрживог развоја под окриљем Уједињених нација до 2030. године [15]. Поред докумената везаних за одрживи развој, анализирани су и документи Светске здравствене организације, нарочито за регион Европе и комплементарност препорука у овим документима са препорукама за превенцију на основу циљева одрживог развоја [16]. Улоге превенције приказују се путем приступа јавно-здравственим функцијама у региону Европе [17, 18] и у нашој земљи [19]. Концептуални оквир за трансформацију здравствених система у „Циљу 3 одрживог развоја“ (Слика 1) служио је за почетну оријентацију у процени перспектива превенције.

Ради поређења ситуације у нашој земљи, у погледу перспектива за достизање циљева одрживог развоја, анализирани су и подаци из електронских база Републичког завода за статистику, Републичког фонда за здравствено осигурање и Института за јавно здравље Републике Србије. Анализа актуелне ситуације у здравственом систему Србије ограничена је на Циљ 3 одрживог развоја који се директно односи на здравље.

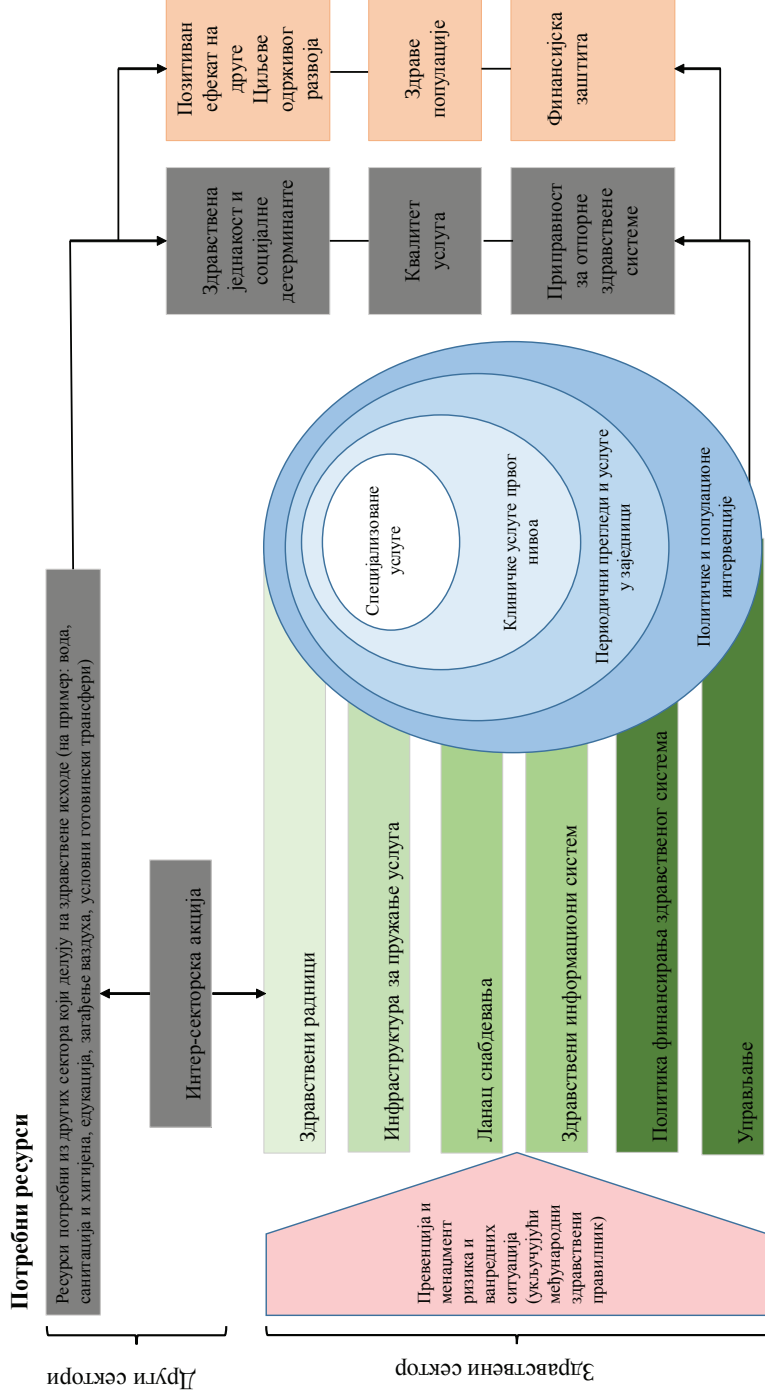
Преглед здравственог система у Србији урађен је на основу доступне литературе и информација из следећих примарних и секундарних извора и база података:

- публиковани документи стратегија, политика, програма, планова, закона и осталих прописа Владе Републике Србије, здравствени прописи и водичи Министарства здравља, публиковани прегледи, научни и стручни чланци о здрављу и здравственом стању становника Србије у домаћим и међународним часописима, извештаји истраживања и пројеката међународних организација (УНИЦЕФ, СЗО, ЕУ, Светска банка) које се баве здравственом политиком;
- публикације у области рутинске здравствене статистике, националних електронских база података (Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Републички завод за статистику Србије) и међународне електронске базе (СЗО/*Eurostat*) за потребе компарације.

2. ОРГАНИЗАЦИЈА И УПРАВЉАЊЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Здравствени систем Србије заснива се на универзалној покривености здравственим услугама које се пружају кроз добро развијену мрежу здравствених установа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу организације (Слика 2). Крајем 2016. године, ова робусна мрежа обухватала је 355 здравствених установа са укупно 104.007 запослених [20]:

Слика 1. Приступ за трансформисање здравствених система према Циљу 3 одрживог развоја



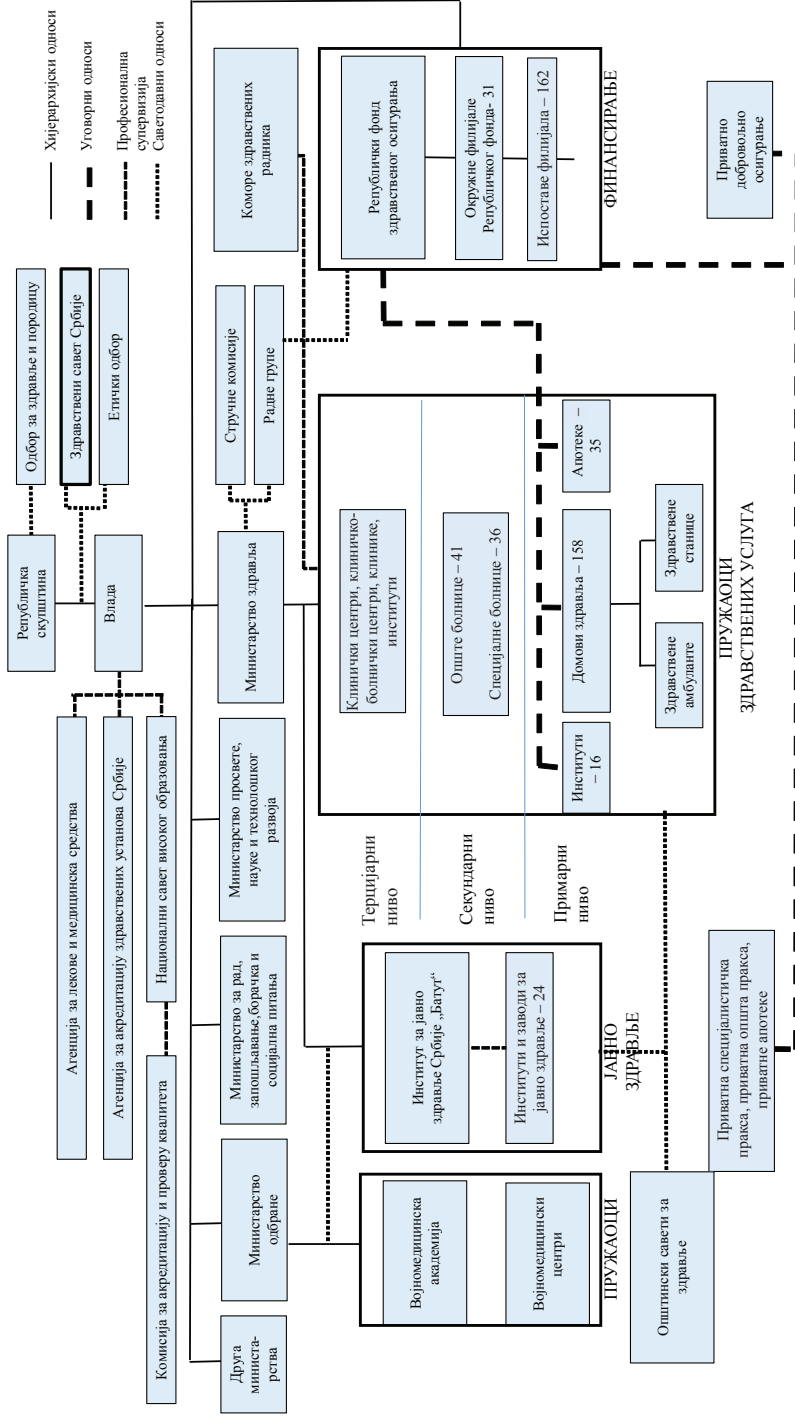
Извор: Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, et al. *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*, The Lancet Global Health 2017; 5(9): e875–87

- примарни ниво организације односи се на мрежу 158 домова здравља на територији општине, у власништву локалне самоуправе, који пружају услуге примарне здравствене заштите и нарочито су задужени за превентивне здравствене услуге; поред домова здравља, услуге превенције на примарном нивоу за специфичне популационе групе (студенти, радници у железници, и сл.) пружа и 16 института; изразита специфичност и комплексност пружања услуга у примарној здравственој заштити Србије заснована је на „изабраном лекару“ (лекар опште медицине, педијатар за предшколску и педијатар за школску децу, гинеколог, стоматолог);
- секундарни и терцијарни ниво организације обухвата здравствене установе на окружном и републичком нивоу које пружају услуге дијагностике, терапије и рехабилитације; укупно постоји 41 општа болница, 36 специјалних болница за лечење акутних и хроничних стања и рехабилитацију, четири клиничко-болничка центра, четири клиничка центра и 25 института/завода за јавно здравље.

Премда је сама мрежа здравствених установа у државном власништву добро развијена, економска ситуација и ограничења менаџмента (честе промене, ниске компетенције, ниска одговорност) ометају њен развој и чак одрживост, а бројне студије указују на неефикасност система [21, 22, 23]. Поред државног система, функционише и приватни здравствени систем, још увек слабо регулисан. Према доступним подацима Института за јавно здравље Србије, у 2016. години регистровано је 2.650 приватних здравствених установа у Србији: 2.205 приватних клиника и пракси, од којих 1.387 стоматолошких ординација, 252 апотеке, 144 дијагностичке ординације и лабораторије и 41 приватна болница. Ипак, обим здравствених услуга које пружа приватни сектор у Србији још увек је мали и не превазилази 5% обима здравствених услуга које се пружају у државној мрежи здравствених установа. Будући да приватно здравствено осигурање готово потпуно недостаје, очигледна је неуређеност односа између приватних пружалаца здравствених услуга и грађана који плаћају из џепа.

Финансирање здравственог система почива на обавезном здравственом осигурању које покрива 94% становништва путем доприноса, од којих за 18% популације средства долазе из државног буџета [24]. Поред обавезног здравственог осигурања, средства за здравствену заштиту обезбеђују се и из других извора, а све су значајнији и приватни трошкови грађана за здравствене услуге – лекове, лабораторијске и стоматолошке услуге, терапијске услуге у приватном сектору. Приватни трошкови чак превазилазе 40% (приватно осигурање и плаћање грађана „из џепа“) и далеко су виши него у суседним земљама, указујући на неефикасност система [23, 25]. Домаће анализе указују на следеће препоруке на основу истраживачких доказа и доказа из компарација наше земље са другим земљама [23]: „прелити уштеде са генеричких лекова на иновативне лекове, кориговати листу услуга у основном пакету здравственог

Слика 2. Организациона структура здравственог система Србије



Извор: компилирано на основу Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015 и 106/2015), Уредбе о плану мреже здравствених установа (Службени гласник РС 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014, 92/2015, 111/2017 и 114/2017) и Закона о јавном здрављу (Службени гласник РС 88/2017)

осигурања РФЗО, дати већи значај питању наплате доприноса за здравствено осигурање, променити модел управљања здравственим институцијама, рационализовати немедицинско особље, подићи транспарентност јавних набавки, оснажити интегрисани здравствени информациони систем, више улагати у превенцију и примарну заштиту, активније користити специјалне уговоре којима би РФЗО лакше контролисао потрошњу новца за лекове, реструктурирати „Галенику“ кроз квалитетна стратешка партнерства и интегрисати приватни и јавни здравствени систем“.

Административне и регулаторне функције у здравственом систему Србије су одговорност државе. Главни актер одговоран за планирање, организацију, извештавање и финансирање система здравствене заштите је Влада са Министарством здравља, Републичким фондом здравственог осигурања и Институтом за јавно здравље Србије. Поред овога, друга министарства имају одређену улогу, као и државне агенције (Слика 2). Одређене функције су делегиране и на ниже нивое управљања – локалну самоуправу [26, 27].

Наглашава се да држава и њени органи треба да имају важну улогу у целокупном здравственом систему, међутим, знатно другачију и примерену улогама који исти актери имају у другим савременим земљама, а пре свега у земљама у транзицији [2, 5]. Мере здравствене политике Србије не укључују само здравствени сектор већ су предвиђене за све сегменте заједнице који могу допринети здрављу, али га и угрозити. У садашњој ситуацији у Србији, имајући у виду сву комплексност здравља, релевантне су бројне јавне политике у различитим областима здравствене заштите, животне средине, образовања, социјалне заштите, саобраћаја, безбедности, финансирања. Тако су интересекторске националне стратегије по свом садржају усмерене и на улагање у здравље, као инвестицију за развој будућих генерација. Поред системских и специфичних закона сва национална стратешка документа здравственог сектора, директно или индиректно, односе се на бројна питања здравља и на европску интеграцију. Имајући у виду значај саветодавних тела у условима транзиције и промена здравствене политике, за развој превенције и одрживост имплементације посебно се приказују улоге здравственог система Србије.

3. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ

Здравствени савет Србије, према Закону о здравственој заштити [28], представља кључно саветодавно тело Министарства здравља за потребе дугорочног планирања и израде стратешких докумената усаглашених са међународним здравственим политикама. Према важећем Закону, Народна скупштина именује 15 чланова овог савета на основу предлога Владе, из редова стручњака одговарајућих институција (факултети здравствене струке, коморе здравствених радника – пет регулисаних професија у Србији и Републичког

фонда здравственог осигурања). Мандат Здравственог савета Србије укључује подршку праћењу здравственог система и здравственог осигурања, усаглашавање са међународним стандардима и стандардима Европске уније, предлагање мера за унапређење здравствене заштите и евалуирање и акредитацију програма континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике. Чланови 150 и 154 важећег Закона прецизније одређују три групе активности Здравственог савета:

- стручне и саветодавне активности у вези са системом здравствене заштите,
- унапређење квалитета и акредитацију програма континуиране едукације, и
- активности менаџмента Здравственог савета.

Као пример из прве групе активности, представници Здравственог савета су током 2017. године учествовали у консултативним састанцима Министарства здравља, Института за јавно здравље Србије („Др Милан Јовановић Батут“) и међународних организација. Прве консултације водила је експертска група Светске здравствене организације поводом анализе ситуације у вези са изазовима успостављања бољих исхода превенције незаразних болести. Поред учествовања у две радионице, чланови Здравственог савета дали су мишљење и помогли у корекцијама писаног текста: *„Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Country assessment“* (аутори: Jill Farrington, Frederiek Mantingh, Marilys Corbex, Arnoldas Jurgutis, Marine Gambaryan, Marina Popovich, Sylvie Stachenko, Alexandre Lourenço, Rolando Camacho, João Filipe Raposo, Zsófia Pusztai, Александар Бојовић, Јелена Гудељ Ракић, Биљана Килибарда и Милена Васић). Друге консултације у 2017. години водила је група експерата Светске банке. Том приликом анализирани су и дискутовани функционални параметри и ефикасност здравствених установа у Србији. Представници Здравственог савета дали су своје сугестије које су се односиле преваходно на коришћене изворе података, као и нејасан метод утврђивања ефикасности. Касније, исти представници Здравственог савета добили су непотпун документ од стране непознатих аутора Светске банке на тему: *„Republic of Serbia: Vertical Functional Review of the Health Sector. Synthesis Report. Draft“*. Није примећено да су сугестије уважене. Чланови Здравственог савета Србије уочили су и да је појединим стратешким документима истекао рок важења, а нека потпуно недостају. На пример, Стратегија развоја људских ресурса у здравственом систему никад није донесена, док је Стратегији за превенцију и контролу хроничних незаразних болести истекао рок важења 2015. године [29]. Током 2017. године и даље је остала идентификована потреба израде новог Плана развоја система здравствене заштите Србије [30], будући да, полазећи од анализе ситуације, домаћих и међународних докумената, чланови Здравственог савета Србије нису били у прилици да дају своја експертска мишљења.

Према изостаје подршка за даљи развој и одрживост наведених активности, чланови Здравственог савета ипак редовно обављају проверу програма континуиране едукације приликом акредитације. У светлу развоја превенције у здравственом систему и достизања међународних и европских препорука, програми континуиране едукације здравствених радника и сарадника несумњиво су важни. У овом раду чланови здравственог савета следе препоруке систематских прегледа [31] и искуства Европског удружења медицинских специјалиста (UEMS) [32]. Само током 2017. године, рецензенти Здравственог савета Србије анализирали су 5.085 предлога програма континуиране едукације. И у 2017. години највећи број предлога организатори традиционално пријављују Лекарској комори (укупно 2.928 предлога), затим Комори сестара и здравствених техничара (укупно 1.630), Фармацеутској комори (укупно 226), Стоматолошкој комори (укупно 156), Здравственом савету за комбиноване едукације, у којима су учесници здравствени радници и здравствени сарадници (укупно 96), и Комори биохемичара (укупно 49). Просечан број предлога који се акредитује по циклусу је 1.178 од укупно предатих за акредитацију – у просеку 1.271. Устаљена је пракса да се највећи број предлога пријављује за акредитацију током јануара и интересантно је да је број пријављених предлога готово идентичан по циклусима у 2016. години и 2017. години, са мањим варијацијама у типу предлога.

4. ИЗАЗОВИ ПРЕВЕНЦИЈЕ У СРБИЈИ – ПРОБЛЕМИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА

Посматрајући недавну анализу за потребе израде нове Стратегије јавног здравља, уочавају се бројни изазови који захтевају пажњу доносиоца одлука када се ради о превенцији у Србији:

- смањење броја и старење становника су главна обележја демографских прилика;
- велики број становника Републике Србије оболева, прерано умире или бива онеспособљено услед болести и повреда које су превентабилне;
- водеће болести и повреде повезане су са социјалним и економским одредницама здравља, односно несразмерно присутније код сиромашног и рањивог становништва, што доприноси неједнакостима у здрављу.

Демографску ситуацију у Републици Србији карактерише старење становништва и негативан природни прираштај. Према постојећој демографској структури становништво Републике Србије је међу најстаријим у Европи (просечна старост је 42,9 година). Постојећа депопулација (негативна стопа природног прираштаја -5,1/1000 у 2016. год.), чему доприноси и опадање стопе фертилитета, као и рађање жена у све каснијем животном добу (просечан

број година живота жена прворотки 28,3 године) доводи до смањења укупног броја становника Републике Србије. Просечан број чланова домаћинства износи 2,9 [33, 34]. Стопа ризика од сиромаштва у 2016. години износила је 25,5%. Најизложенији ризику од сиромаштва су деца и млади, вишечлана домаћинства и незапослена лица [35]. Стопа незапослености лица радног узраста у Републици Србији у III кварталу 2017. године износи 13,5% [36].

Вредност бруто домаћег производа (БДП) по глави становника у 2017. години износила је 5.226 ЕУР, док је стопа реалног раста БДП износила 1,9% [34]. Укупни расходи за здравствену заштиту учествују у релативно високом проценту у БДП-у (повећање са 8,13% у 2003. години на 8,98% БДП у 2016. години). Учешће јавних расхода у укупним расходима за здравствену заштиту смањено је са 70,9% у 2003. години, на 58,0% у 2016. години, док се у истом периоду учешће приватних расхода у укупним расходима за здравствену заштиту повећало са 29,1% на 42,0% [37].

Очекивано трајање живота на рођењу је у периоду од 2002. до 2016. године повећано код мушкараца са 69,7 на 73,0 и код жена са 75,0 на 78,0 година. Стопа смртности одојчади је смањена са 10,1 у 2002. години на 5,4 у 2016, док је у популацији Рома овај показатељ смањен у периоду 2005–2014. године са 25,0 на 12,8. Стопа смртности деце млађе од пет година смањена је са 11,5 у 2002. години на 6,1 у 2016. години, док је у популацији Рома, вредност овог показатеља преполовљена у периоду 2005–2014. године (са 28,0 на 14,4) [38,39].

Највећем оптерећењу болестима доприносе хроничне незаразне болести и удружени фактори ризика. Болести срца, крвних судова и малигни тумори чинили су преко две трећине свих узрока смрти током 2016. године у Србији. Више од половине свих смртних исхода (51,7%) чиниле су последице умирања од болести система крвотока, а скоро свака пета умрла особа (21,3%) била је жртва малигног тумора. Од последица повреда и тровања умрло је 2,8% становника Србије, од компликација шећерне болести 3,1% и од опструктивних болести плућа 2,6% [20]. Упоређивањем стандардизованих стопа смртности за водеће узроке смрти у Републици Србији, у односу на европску земљу са најнижом стопом и просек стопе у Европској унији (у даљем тексту: ЕУ), за старост 0–64 година, на 100.000 становника, у 2014. години – приметно је да су вредности највише у Републици Србији: исхемична болест срца (стопа од 25,6 у Србији, наспрам 6,6 у Израелу и 15,8 – просек у ЕУ), цереброваскуларна болест (стопа од 17,3 у Србији, наспрам 2,1 у Луксембургу и 7,2 – просек у ЕУ) и малигне неоплазме (стопа од 101,6 у Републици Србији, наспрам 44,2 у Финској и 66,7 – просек у ЕУ). Слично, стандардизована стопа смртности за водеће хроничне незаразне болести код становништва доби 30–69 година, на 100.000 становника, у 2012. години била је највиша у Републици Србији (498,8), преко два пута већа него у земљи са најнижом вредношћу овог показатеља – Израелу (189,9), а већа него просечне вредности за европски регион Светске здравствене организације (у даљем тексту): СЗО (405,0) и ЕУ (289,2) [40].

Пушење и даље представља један од водећих фактора ризика уз тренд повећања учесталости у периоду од 2006. до 2013. године за 3,0% (код жена за 3,4% и мушкараца за 1,9%). Према подацима истраживања здравља 46,1% становништва у 2013. години није конзумирало алкохол, а употреба алкохола као свакодневна појава била је присутна код 4,7% становништва, што представља повећање у односу на 2006. годину (3,4%). Више од половине одраслог становништва (56,3%) је прекомерно ухрањено, од чега је гојазних 21,2%. Ово представља значајно повећање у односу на 2006. годину (17,3%). У истом периоду учесталост гојазности код деце је скоро двоструко повећана, и у 2013. години се региструје код 4,9% деце [41].

5. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА: ПЕРСПЕКТИВЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ СРБИЈЕ

Међународна заједница улаже значајне напоре за подршку глобалној и националној имплементацији агенде одрживог развоја. У нашој земљи, крајем 2017. године започет је процес локализације циљева одрживог развоја [42]. Очекивано је да перспективе превенције у здравственом систему Србије прате овај процес који је представљен и на Одбору за здравље и породицу у Народној скупштини и за који је задужена Међуресорна радна група за спровођење Агенде Уједињених нација о одрживом развоју до 2030. године и министар задужен за демографију и популациону политику [43].

У данашње време, цео приступ превенцији веома је комплексан, а здравствене услуге усмерене су ка многим садашњим и будућим изазовима у вези са здрављем, превенцијом и квалитетним лечењем [44, 45]. Докази из наше земље и земаља у којима је превенција добро развијена, као и њена достигнућа, указују на то да активности у овој области могу значајно допринети унапређењу здравственог стања становништва.

Пратећи Циљ 3 одрживог развоја, који махом произилази из достигнућа миленијумских циљева развоја, отварају се бројне перспективе за превенцију [15]:

1. до 2030. смањити глобални однос матерналног морталитета на мање од 70 на 100.000 живорођених;
2. до 2030. окончати смрти које се могу спречити код новорођенчади и деце млађе од пет година;
3. до 2030. окончати епидемије АИДС-а, туберкулозе, маларије и занемарених тропских болести и борити се против хепатитиса, болести које се преносе водом и осталих заразних болести;
4. до 2030. за једну трећину смањити број превремених смрти од незаразних болести превенцијом и лечењем и промовисати ментално здравље и благостање;
5. оснажити превенцију и третман злоупотребе супстанци, укључујући злоупотребу опојних дрога и штетну употребу алкохола;

6. до 2020. преполовити број смртних и повреда услед саобраћајних несрећа на глобалном нивоу;
7. до 2030. осигурати универзални приступ здравственим услугама за сексуално и репродуктивно здравље, укључујући планирање породице, информисање и образовање, као и интегрисање питања репродуктивног здравља у националне стратегије и програме;
8. постићи универзалну покривеност здравственом заштитом, укључујући заштиту од финансијског ризика, доступност квалитетних основних здравствених услуга, као и доступност безбедних, делотворних, квалитетних и приступачних основних лекова и вакцина за све;
9. до 2030. битно умањити број смрти и обољења од опасних хемикалија, загађења и контаминације ваздуха, воде и земљишта.

У светлу перспектива превенције, посебно мотивишу задаци у оквиру Циља 3:

- 3.а) оснажити имплементацију Оквирне конвенције Светске здравствене организације о контроли дувана у свим земљама, на одговарајући начин;
- 3.б) подржати истраживање и развој вакцина и лекова за заразне и незаразне болести које погађају земље у развоју, обезбедити приступ основним лековима и вакцинама, у складу са Декларацијом из Дохе о Споразуму о трговинским аспектима права интелектуалне својине (ТРИПС) и јавном здрављу, а посебно, обезбедити универзални приступ лековима;
- 3.в) значајно повећати финансирање здравствене заштите, као и регрутовање, развијање, обучавање и задржавање здравствених радника у земљама у развоју, посебно у најнеразвијенијим земљама и малим острвским државама;
- 3.г) оснажити капацитет свих земаља, посебно земаља у развоју, за рано упозоравање, умањење ризика и управљање националним и глобалним здравственим ризицима.

Остали документи међународне здравствене политике такође су незаобилазни, а нарочито документ „Здравље 2020: европски оквир политике који подржава акције свих нивоа власти и друштва за здравље и благостање“ [46], који је усвојен на основу резолуције EUR/RC62/Conf.Doc./8 Регионалне канцеларије Светске здравствене организације за Европу. Заједнички циљеви су: значајно унапређење здравља и благостања становништва, смањење неједнакости у здрављу, јачање јавног здравља, превенције и обезбеђивање здравствених система „усредсређених на људе“ који су универзални, равноправни, одрживи и висококвалитетни. Политика „Здравље 2020“ је заснована на четири приоритетне области за деловање: 1) улагање у здравље током целог животног циклуса и оснаживање становништва; 2) усмереност на незаразне и заразне

болести које доприносе највећем оптерећењу становништва у Европи; 3) јачање здравствених система „усмерених на људе“, капацитета јавног здравља и спремности за ванредне ситуације, надзор и реаговање; и 4) стварање отпорних заједница и средина које пружају подршку. Премда је здравствена политика „Здравље 2020“ усвојена пре Агенде за одрживи развој, ипак је потпуно усаглашена са циљевима одрживог развоја. Ову здравствену политику прати и серија других докумената, а истиче се глобална стратегија која подржава развој здравствених кадрова [47] која може да послужи за развој сличног документа у Србији.

Веома важан документ за пројекцију оптималних исхода у превенцији у Србији, имајући у виду жељени пут ка Европској унији, представља и „Програм ЕУ за активности у области здравља 2014–2020. године“ [48], који се усмерава на следеће основне циљеве [49]:

- 1) промоција здравља, превенција болести и оснаживање средине која пружа подршку здравим стиловима живота;
- 2) заштита грађана од озбиљних прекограничних претњи;
- 3) допринос иновативним, ефикасним и одрживим здравственим системима;
- 4) подстицање приступачности бољој и безбеднијој здравственој заштити за грађане.

Текуће националне стратегије других земаља (Финске, Енглеске, Северне Ирске, Немачке, Хрватске, Аустралије и других) представљају драгоцену помоћ.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] WHO. Health topics: Health policy. Geneva: World Health Organization 2018. http://www.who.int/topics/health_policy/en/ [приступљено 3. јуна 2018].
- [2] Stuckler D, Basu S, McKee M. *Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next?*, Public Health Reviews 2010; 23(1): 213–242.
- [3] Horton R., *Offline: UHC—one promise and two misunderstandings*, The Lancet 2018; 391: 1342.
- [4] WHO. Latest: WHO urges global action to curtail consumption and health impacts of sugary drinks. Geneva: WHO 2018. <http://www.who.int/news-room/headlines/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks> [приступљено 3. јуна 2018].
- [5] Mackenbach JP, McKee M., *Successes and Failures of Health Policy in Europe. Four decades of divergent trends and converging challenges*, Copenhagen: WHO and European Observatory on Health Systems and Policies 2013.

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [6] Földes MA., *Health policy and health systems: a growing relevance for the EU in the context of the economic crisis*, Journal of European Integration 2016, 38(3): 295–309. DOI: 10.1080/07036337.2016.1140757
- [7] Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshrek A, Rosen JE, Stover J, Verboom P, Sanders R, Soucat A., *Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries*, The Lancet Global Health 2017; DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30263-2.
- [8] Orton L, Lloyd-Williams FL, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S, *The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review*, PLoS ONE 2011; 6(7): e21704. DOI:10.1371/journal.pone.0021704.
- [9] *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ [приступљено 3. јуна 2018].
- [10] Nishtar C, Niinistö C, Sirisena M, et al., *Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on NCDs*, The Lancet 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31258-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31258-3).
- [11] Sachs DJ., *The Age of Sustainable Development*, New York: Columbia University Press 2014.
- [12] WHO, *Health in 2015: from MDGs to SDGs*, Geneva: WHO Publication Office 2015.
- [13] UN – General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, New York: United Nations 2017. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E [приступљено 3. јуна 2018].
- [14] Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S., *From public to planetary health: a manifesto*, The Lancet (2014) 383:847. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8).
- [15] United Nations. *The Sustainable Development Goals Report 2017*. New York: United Nations 2017. <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [16] World Health Organization. *Towards a roadmap to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region*. Regional Committee for Europe 66th Session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/

- pdf_file/0005/315788/66wd17e_SDGs_160535.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [17] World Health Organization /Europe. Strengthening public health services and capacity an action plan for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications2/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services> [приступљено 3. јуна 2018].
- [18] Bjegovic-Mikanovic V, Santric-Milicevic M, Cichowska A, et al., *Sustaining success: aligning the public health workforce in South-eastern Europe with strategic public health priorities*, Int J Public Health 2018; 63(5): 651–662. DOI: 10.1007/s00038-018-1105-7.
- [19] Закон о јавном здрављу. Службени гласник РС 15/2016.
- [20] ИЗЈС. Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2016. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2017. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub201620180419.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [21] ЕУ. *Мојући правци побољшања ефикасности у здравственој сисџема у Републици Србији*, Београд: Ernst & Young д.о.о. 2016. https://www.amcham.rs/upload/HC%20Studija_SPRSKI_FINALNA%20VERZIJA.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [22] ЦЕВЕС. Какво нам је здравље? Систем индикатора за друштвени дијалог о здрављу и здравственом систему Србије: Београд: Центар за високе економске студије и Фондација за отворено друштво Србије 2017. http://ceves.org.rs/wp-content/uploads/2017/12/Kakvo-nam-je-zdravlje_Sistem-indikatora-za-dru%20A1tveni-dijalog.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [23] Lončar D., *Indicators of development of the health system of Serbia and the effectiveness of the current economic model in health care*, *Ekonomika preduzeća* 2016; <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0353-443X/2016/0353-443X1602157L.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [24] РФЗО. План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања у Републици Србији за 2017. годину, Београд: Републички фонд здравственог осигурања 2017. <https://www.rfzo.rs/download/plan%20zz/Plan%20ZZ%20za%202017.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [25] Lončar D, Stojanović F., *Gap analysis of the health system in Serbia compared to the developed health system in Europe*, *Ekonomika preduzeća* 2017; <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0353-443X/2017/0353-443X1702216L.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].
- [26] Закон о територијалној организацији Републике Србије, Службени гласник РС 129/2007 и 18/2016.
- [27] РЗСС. Статистички годишњак. Београд: Републички завод за статистику Србије 2016. <http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/G2016/pdf/G20162019.pdf> [приступљено 3. јуна 2018].

- [28] Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015 и 106/2015.
- [29] Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести Републике Србије. Службени гласник РС 22/2009.
- [30] Одлука о Плану развоја здравствене заштите Републике Србије. Службени гласник РС 88/2010.
- [31] Wiese A, Kilty C, Bergin C, et al., *Protocol for a realist review of workplace learning in postgraduate medical education and training*, Systematic Reviews (2017) 6:10. DOI: 10.1186/s13643-017-0415-9.
- [32] UEMS. *Continuing medical education & Professional development*, Brussels: European Union of Medical Specialists 2018. <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/cme-cpd> [приступљено 3. јуна 2018].
- [33] РЗСС. Статистички годишњак 2017. Београд: Републички завод за статистику Србије 2017.
- [34] РЗСС. Статистички календар Републике Србије 2018. Београд: Републички завод за статистику Србије 2018.
- [35] РЗСС. Сиромаштво и социјална неједнакост у Републици Србији у 2016. Саопштење, Анкета о приходима и условима живота, број 087, год. LXVII, Београд: Републички завод за статистику Србије 2017.
- [36] РЗСС. Стопе активности, запослености, неактивности и незапослености. file:///C:/Users/d2/Downloads/Stope_aktivnosti__zaposlenosti__neaktivnosti_i_nezaposlenosti.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [37] ИЗЈС. Национални здравствени рачун. Одабрани показатељи расхода за здравствену заштиту. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2017. http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=50 [приступљено 3. јуна 2018].
- [38] УНИЦЕФ. Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији, 2014. Београд: УНИЦЕФ 2014.
- [39] РЗСС. Дев Инфо. <http://devinfo.stat.gov.rs/diSrbija/diHome.aspx> [приступљено 3. јуна 2018].
- [40] European Health For All Data Base. Copenhagen: WHO/Europe. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database> [приступљено 3. јуна 2018].
- [41] ИЗЈЗ. Истраживање здравља становништва Србије 2013. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ 2014.
- [42] Интерпарламентарна унија. Парламенти и циљеви одрживог развоја: Приручник за самопроцену. Београд: Интерпарламентарна унија и Програм Уједињених нација за развој 2017. http://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/DobraUprava/UNDP_SRB_SR_IPU%20-%20final%20approved.pdf [приступљено 3. јуна 2018].
- [43] Влада Републике Србије. Циљеви одрживог развоја. Историјска развојна шанса Србије. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење

- сиромаштва 2017. <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/sr> [приступљено 3. јуна 2018].
- [44] Wismar M, Martin-Moreno JM., *Intersectoral working and Health in All Policies*, in: Rechel B, McKee M (ed) *Facets of Public Health in Europe*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2014. pp 199–216. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [45] Hirschhorn LR, Ramaswamy R, Devanani M, et al., *Research versus practice in quality improvement? Understanding how we can bridge the gap*, *International Journal of Quality in Health Care* 2018; 30(S1): 24–28.
- [46] WHO. *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe 2013.
- [47] World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization 2016. http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1 [приступљено 3. јуна 2018].
- [48] European Commission. *Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014–2020*. Brussels, 9.11.2011. COM(2011) 709 final.
- [49] EC Third Health Programme (2014–2020). http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm [приступљено 3. јуна 2018].

Dragan Micić, Vesna Bjegović-Mikanović

POSSIBILITY OF PREVENTION IN THE HEALTH CARE SYSTEM
OF SERBIA: PROBLEMS AND PERSPECTIVES

S u m m a r y

The main challenges of prevention in Serbia are linked to sustainable development and emphasize the importance of a new philosophy of health, not illness, the importance of equality versus the creation of unjust societies and the importance of reducing health differences following material condition, education, gender and place of living. Also, this narrative review outlines the reasons that led to the United Nations sustainable development goals. In addition to the discussion of the health system of Serbia, the challenges of prevention in our country have been presented. The analysis of health indicators in Serbia indicates, on average, significant improvements in health status, but also, the existence of significant inequalities in health. Nine tasks under the third goal of sustainable development, which mostly stem from the achievements of the Millennium Development Goals, provide inspiration for strengthening prevention and public health, supporting research and development of vaccines and drugs, improving the accessibility of health services, improving financing and developing human resources for health, and strengthening country capacity for early recognition, risk reduction and management of national and global health risks. An overview of the perspectives for prevention in the health care system of Serbia is being considered through international health policies. The advisory role of the Serbian Health Council in strengthening prevention that will be based on the approach to sustainable development is highlighted.

ПРЕВЕНТИВНЕ АКТИВНОСТИ У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

РАДАН ЦОДИЋ^{1,2}

С а ж е т а к. – Превенција малигнух болести има огроман јавно-здравствени значај и представља најефикаснији приступ контроли малигнух болести. На више од 80% свих малигнух болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем настанка болести. Једноставним мерама: елиминацијом пушења, избегавањем употребе алкохола, правилном и здравом исхраном и довољном физичком активношћу, број новооболелих од рака се може редуковати за 40%.

Републичка стручна комисија за онкологију предложила је Министарству здравља план активности за активно учешће нације у борби против рака, у виду Националног плана за борбу против рака 2018–2023. према француском моделу.

Сарадња Републике Србије са француском Владом и најпрестижнијим француским институцијама за лечење рака датира још од 2002. године. У оквиру пројекта Реформе високог школства, чији је координатор са српске стране био аутор овог текста Радан Цодић, око 100 онколога Србије и Црне Горе различитих профила усавршавало се у најбољим онколошким центрима у Француској, а трошкове усавршавања сносила је француска Влада. Поред тога, потписан је петогодишњи уговор о сарадњи у области онкологије између Универзитета, Медицинског факултета и Института „Пјер и Марија Кири“ у Паризу и Универзитета, Медицинског факултета у Београду и Института за онкологију и радиологију Србије, 15. децембра 2016. године у Паризу.

С обзиром на квалитет француског *Plan cancer*-а, сарадњу у области онкологије која траје дуже од деценије, исти је адаптиран за наше услове и биће дат Влади Србије на усвајање.

Циљ овог Плана је да се превенцијом и раним откривањем рака, применом савременог хируршког, радиотерапијског лечења, као и лечења иновативним лековима, излечи што више болесника, уз очување квалитета живота током лечења болести, али и после лечења.

Ради веће ефикасности, потребно је да се оптимизује руковођење Планом и програмима у борби против рака, као и да се у потпуности укључе болесници и корисници здравственог система. Овај План треба да буде део националне здравствене стратегије.

Само целовитом применом Плана биће могуће смањити смртност од злоћудних болести у Србији, која ће бити поредива са смртношћу од рака у развијеним земљама.

Кључне речи: рак, превенција, дијагностика, лечење, национални план

¹ Медицински факултет Универзитета у Београду

² Институт за онкологију и радиологију Србије

НАЦИОНАЛНИ ПЛАН БОРБЕ ПРОТИВ РАКА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ 2018–2023. године

План припремљен на основу француског Националног плана борбе
против рака и искуства

1. УВОД

После болести срца и крвних судова, малигни тумори су најчешћи узрок оболевања и умирања људи у већини земаља у развоју, па и у Србији. Према проценама Светске здравствене организације, оболевање од малигних болести у свету порасло је са 12,7 милиона у 2008. години, на 14,1 милиона људи у 2012. години. До 2032. године очекује се да ће оболети 25 милиона људи широм света, односно, оболевање од рака ће порастати за 70%. У 2012. години, према истом извору, од свих локализација малигних тумора умрло је 8,2 милиона људи широм света. Највећи пораст и у оболевању и умирању у следећих двадесет година биће у неразвијеним и средње развијеним земљама, где је већи пораст популације и дужи животни век, али постоје и велике разлике у социоекономском статусу. И даље ће неразвијене земље, као последица високе преваленције инфекције хуманим папилома вирусом (ХПВ), непостојања ХПВ имунизације и одговарајућих превентивних програма (скрининга), доминирати у оболевању и умирању од карцинома грлића материце. У средње развијеним земљама и даље ће водећи малигни тумори бити они који се доводе у везу са начином живота (пушење, конзумирање алкохола, физичка неактивност и неправилна исхрана), као што су малигни тумори плућа, дојке, дебелог црева и ректума. Сваке године у Републици Србији дијагностикује се око 37.000 нових случајева малигних болести, а годишње од рака у Републици Србији умре око 21.000 људи.

Због учесталости малигних обољења и њихове високе стопе смртности, ради спровођења превенције и раног откривања малигних тумора, али и боље дијагностике, лечења и неге оболелих, Скупштина Светске здравствене организације усвојила је на свом 58. заседању у Женеви, још 2005. године, Резолуцију о превенцији и контроли рака (*WHO 58.22 Cancer prevention and control*). Резолуција указује на потребу израде и спровођења свеобухватних националних програма превенције и контроле малигних болести.

Превенција малигних болести има огроман јавноздравствени потенцијал и представља најефикаснији приступ контроли малигних болести. На више од 80% свих малигних болести могуће је утицати спречавањем или модификовањем фактора ризика, тј. спречавањем настанка болести.

Истраживања су показала да је за сваки трећи случај рака одговорно пушење дувана. Више од 1/3 свих случајева рака последица је гојазности, неправилне исхране и физичке неактивности, док је сваки десети случај рака последица инфекције. Јонизујуће зрачење у животној и радној средини, ризично сексуално понашање и конзумација алкохола, такође представљају факторе ризика одговорне за настанак рака. Уколико до болести ипак дође, њен исход могуће је побољшати раним откривањем, терапијом и рехабилитацијом уз одговарајуће палијативно збрињавање.

Циљ је да се побољша здравље становништва Републике Србије и спречи настанак малигнух болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшати квалитет живота већ оболелих од малигнух болести, којима су неопходни ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка болеснику и породици.

Одговарајућа примена знања на свим нивоима здравствене заштите, али пре свега свеобухватна мобилизација нације у борби против рака, има вишеструку корист. Свеобухватна и интегрисана акција усмерава се на превентабилне факторе ризика и унапређење и јачање система здравствене заштите у циљу ефикасније превенције и контроле малигнух болести.

С обзиром на чињеницу да малигне болести имају заједничке факторе ризика (пушење, конзумирање алкохола, неправилна исхрана, физичка неактивност) и социјално-економске детерминанте са другим хроничним незаразним болестима, малигне болести обухваћене су и Европском стратегијом за превенцију и контролу хроничних незаразних болести из 2006. године. Малигне болести предмет су и Стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести, која је усмерена на факторе ризика заједничке за све хроничне незаразне болести, према томе и за малигне болести. Поред ове, и друге стратегије и национални програми укључују специфичне мере и активности усмерене на превенцију и контролу малигнух болести.

Републичка стручна комисија за онкологију предложила је Министарству здравља план активности за активно учешће нације у борби против рака у виду Националног плана за борбу против рака, према француском моделу (у даљем тексту: План). Превасходни циљ овог плана је да се превенцијом и раним откривањем рака, применом савременог хируршког, радиотерапијског лечења, као и лечењем иновативним лековима, излечи више болесника, уз очување квалитета живота током лечења болести и после проведеног лечења.

Ради веће ефикасности, потребно је да се оптимизују руковођење Планом и програми у борби против рака, као и да се у потпуности укључе болесници и корисници здравственог система. Овај план који се састоји од осам главних циљева треба да буде део националне здравствене стратегије.

Као и за све хроничне незаразне болести, неопходно је ангажовати друштвену заједницу у целини, а не само оболеле и родбину, удружења болесника, Министарство здравља и фондове осигурања.

Кроз све акције које се спроводе, циљ Плана борбе против рака је да се елиминишу неједнакости повезане са болешћу: да се води рачуна о најугроженијим особама (деца и стари), да се уведу стандарди у лечењу и гарантује једнак приступ иновацијама и клиничким испитивањима свима, спречавајући да економске и социјалне последице болести додатно увећају проблеме болесника.

План прецизно дефинише циљеве и специфичне мере са детаљном динамиком реализације. План представља интегрисану акцију друштва усмерену на факторе ризика и социјално-економске детерминанте здравља уз активно укључивање и одговорност свих сектора. Циљ је да се побољша здравље становништва Републике Србије и превенира настанак малигних болести, посебно код особа са повећаним ризиком за њихов настанак. Циљ је и побољшање квалитета живота већ оболелих од малигних болести, којима је неопходно ефикасно лечење, адекватна контрола симптома и компликација, контрола нежељених ефеката лечења, као и психолошка, социјална и духовна подршка како болеснику, тако и породици.

Национални план има потенцијал за одрживи, координисан, свеобухватан тимски приступ у превенцији и контроли малигних болести у Републици Србији. Примена Програма значи да ће се у наредних пет година:

- смањити смртност од малигних болести,
- продужити живот оболелих од малигних болести и
- побољшати квалитет живота оболелих и њихових породица.

2. ОПТЕРЕЂЕЊЕ МАЛИГНИМ БОЛЕСТИМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ – АНАЛИЗА ПОСТОЈЕЋЕ СИТУАЦИЈЕ

У Републици Србији бележе се релативно висока инциденца оболевања и морталитет од малигних тумора, као и висока учесталост фактора ризика. Значајан проблем представља и непрепознавање ризичног понашања и недовољно коришћење позитивних искустава у спровођењу програма превенције и раног откривања малигних тумора из развијених земаља Европе и света.

После кардиоваскуларних болести, малигни тумори су најчешћи узрок умирања у нашој земљи.

У Републици Србији 2016. године од рака је умрло 21.526 особа (12.253 мушкараца и 9.273 жене) (табела 1). Стандардизована стопа морталитета износила је 198,5 на 100.000, што је Републику Србију сврстало међу земље са средњим ризиком од умирања од малигних болести у Европи.

Табела 1. Морталитет од малигнух тумора према полу у Републици Србији, 2016. године

Сви малигни тумори (C00-C97)		Пол		
		Мушкарци	Жене	Укупно
Подаци за територију Републике Србије	Број умрлих	12.253	9.273	21.526
	Морталитет*	356,4	256,1	305,0
	Станд. морталитет**	250,9	157,8	198,5

Извор: непубликовани подаци Републичког завода за статистику обрађени у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

* На 100.000 становника.

** Према стандардној популацији Европе.

На основу података Републичког завода за статистику, запажено је да се број умрлих особа од малигнух тумора у периоду 2006–2016. године повећао за 6,5% (са 20.217 на 21.526). Током посматраног периода опала је стопа морталитета од свих малигнух тумора, код мушкараца за 2,7% (од 257,8/100,000 до 250,9/100,000) и код жена за 0,8 % (од 159,0/100,000 до 157,8/100,000). Забележен је пад стопа морталитета од свих водећих локализација малигнух тумора код мушкараца осим од рака дебелог црева и ректума. Стандардизоване стопе морталитета од рака желуца највише су опале, за 14,3 % (са 14,7/100,000 на 12,9/100,000), за малигне туморе простате (за 3,2%), плућа (за 5,4%), док су једино стопе морталитета од рака дебелог црева и ректума порасле (за 6,9%). И код жена је у истом периоду опао морталитет од свих водећих локализација малигнух тумора осим за малигне туморе плућа, за које је стопа морталитета порасла за 25,0%. Забележен је пад стопа морталитета за рак грлића материце (за 8,6%), рак дојке (за 0,2%), рак желуца (за 23,4%) и рак дебелог црева и ректума (за 10,6%). Најчешћи узроци умирања и код мушкараца и код жена били су они малигни тумори који су били и најчешћи узроци оболевања (табела 2).

Табела 2. Морталитет од водећих локализација малигнух тумора према полу, Република Србија, 2016. година

Локализација малигног тумора (шифре према МКБ-10)		Пол		
		Мушкарци	Жене	Укупно
Плућа и бронха (C34)	Број	3.848	1.507	5.355
	Сирови морталитет*	111,9	41,6	75,9
	Станд. морталитет**	79,6	27,0	50,8

Колон и ректум (C18 – C20)	Број	1.600	987	2.587
	Сирови морталитет*	46,5	27,3	36,7
	Станд. морталитет**	32,1	27,3	22,9
Дојка (C50)	Број	44	1.713	1.757
	Сирови морталитет*	1,3	47,3	24,9
	Станд. морталитет**	0,9	29,4	16,5
Грлић материце (C53)	Број	-	453	-
	Сирови морталитет*	-	12,5	-
	Станд. морталитет**	-	9,1	-
Простата (C61)	Број	981	-	-
	Сирови морталитет*	28,5	-	-
	Станд. морталитет**	18,4	-	-
Желудац (C16)	Број	632	320	952
	Сирови морталитет*	18,4	8,8	13,5
	Станд. морталитет**	12,9	5,4	8,7

Извор: непубликовани подаци Републичког завода за статистику обрађени у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Багут”

* На 100.000 становника.

** Према стандардној популацији Европе.

У нашој земљи 2014. године је дијагностиковано више од 35.300 нових случајева малигнух тумора и више од 21.320 особа које су умрле од рака. Србија се сврстава међу земље са средњим ризиком оболевања и умирања од малигнух болести у Европи.

Упркос томе, у Србији се бележи релативно висока стопа оболевања и умирања од малигнух болести, као и висока учесталост фактора ризика. Водећи узроци оболевања и умирања од рака у нашој земљи готово су идентични водећим узроцима оболевања и смртности од малигнух тумора у већини земаља у развоју. Мушкарци у нашој средини највише су оболевали од рака плућа, колоне и ректума и простате. Код жена малигни процес најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, плућима и грлићу материце.

Малигни тумори плућа и бронха водећа су локализација и у оболевању и у умирању међу мушкарцима, односно трећи по учесталости узрок оболевања и други узрок умирања међу женама са дијагнозом рака. Током 2014. године у Србији је од рака бронха и плућа оболело 5.206 особа (3.777 мушкараца и 1.429 жена), а умрле су 5.084 особе оба пола (3.733 мушкараца и 1.351 жена).

Рак дојке најчешћи је малигни тумор у оболевању и умирању код жена. У Србији је 2014. године од малигнух тумора дојке оболело 3.690 жена и умрле су 1.663 жене.

Малигни тумори дебелог црева и ректума у нашој земљи друга су по учесталости локализација рака у оболевању и умирању код мушкараца, односно други по учесталости у оболевању и трећи у умирању од малигних тумора код жена. Од малигних тумора дебелог црева и ректума оболеле су 3.943 особе (2.303 мушкараца и 1.640 жена) и умрле су 2.652 особе оба пола (1.579 мушкараца и 1.073 жене).

Рак грлића материце је током 2014. године био пети по учесталости малигни тумор у оболевању и умирању међу нашим женама. Дијагноза рака грлића материце је исте године постављена код 1.122 жене, док је 466 жена умрло од ове врсте малигног тумора.

Трећи по учесталости малигни процес међу нашим мушкарцима локализован је на простати. Током 2014. године од рака простате новооболело је 1.995 мушкараца и умрло 1.027 мушкараца.

Од свих малигних тумора који су анализирани у студији „Оптерећење болестима и повредама у Србији”, оптерећење раком плућа је на првом месту (59.088 очекиваних година живота изгубљених због неспособности, *DALY*), а затим следе колоректални рак (26.007 *DALY*-ја), рак дојке (23.868 *DALY*-ја), рак желуца (16.487 *DALY*-ја) и рак грлића материце (8.230 *DALY*-ја), што укупно износи 133.689 *DALY*-ја.

3. ЦИЉЕВИ, ОКВИР И ВОДЕЋИ ПРИНЦИПИ ПЛАНА

3.1. Циљеви Плана

Циљеви Плана су:

- смањење броја новооболелих од малигних болести;
- смањење броја умрлих од малигних болести;
- побољшање раног откривања малигних болести;
- унапређење дијагностике и лечења малигних болести;
- унапређење квалитета живота оболелих од малигних болести и њихових породица;
- обезбеђивање одговарајућег стандарда услуга оболелима од малигних болести на свим нивоима здравствене заштите;
- унапређење дијагностике и лечења рака код осетљивих популационих група (деца, адолесценти, млади, одрасли болесници и стара лица);
- унапређење научних истраживања у онкологији.

3.2. Водећи принципи Плана

Водећи принципи на којима се заснивају активности предвиђене Планом су:

- остваривање циљева Плана представља одговорност целе заједнице;

- циљеве је могуће остварити само кроз мултисекторску сарадњу и интерсекторско улагање у очување и унапређење здравља;
- сваки сектор друштва је одговоран за утицај својих активности на здравље;
- мере и активности предвиђене Планом базирају се на расположивим научним сазнањима и препорукама међународних стручних удружења;
- свеобухватан и интегрисан приступ подразумева планирање, координацију, праћење и евалуацију активности, чиме се побољшава ефикасност предузетих мера и оптимизује коришћење расположивих ресурса.

3.3. Кључне компоненте Плана

Свеобухватни приступ за спровођење Плана карактерише се истовременим:

- промовисањем програма за унапређење здравља и услова радне и животне средине на популационом нивоу и програма за превенцију болести (примарна превенција);
- усмеравањем на особе са високим ризиком и обезбеђивањем одговарајуће дијагностике и лечења, (секундарна превенција);
- максималним повећањем броја људи којима ће бити пружено ефикасно лечење и нега (терцијарна превенција);
- обезбеђивањем услова за квалитетан живот кроз примену мера супортивне онкологије, рехабилитације и палијативног збрињавања.

Стратешки план за мобилизацију нације против рака предвиђа неколико показатеља који одговарају циљевима исхода за планирани петогодишњи период.

3.3.1. Превенција

Програми за промоцију здравог животног стила и за превенцију фактора ризика за малигне болести примењују се у целој земљи. Више од 40% смртних случајева који су последица рака могло би се избећи уз индивидуалну и групну промену понашања. Циљ Плана борбе против рака је да се тај број у наредних 20 година преполови.

Национална стратегија за контролу дувана

Стратегија обухвата превенцију отпочињања пушења, употребе дувана и сродних производа, подршку престанку пушења, смањење изложености становништва дуванском диму у животној и радној средини и унапређење свести јавности о штетним ефектима пушења и изложености дуванском диму.

Издвајањем средстава од пореза и доприноса на дуванске производе у фонд намењен јавном здрављу може се обезбедити финансирање активности за контролу дувана као и за превенцију и лечење малигнух и других болести изазваних употребом дувана.

Пружити свакоме могућност да смањи сопствени ризик од појаве рака

Гојазност, конзумација алкохола, црвеног меса и сухомеснатих производа повећавају ризик од настанка рака, док редовна физичка активност и конзумација воћа и поврћа доприносе смањењу ризика. У циљу превенције малигнух болести које настају као резултат инфекције, треба обезбедити и спроводити мере усмерене на вакцинацију (против хепатитиса Б и против хуманог папилома вируса), превенцију трансмисије, рано откривање и лечење инфекција.

Треба заштитити популацију и раднике од ризика добијања карцинома везаног за радно место или животно окружење.

Обезбедити средства за иновативна истраживања

Да би се одговорило на научне и друштвене изазове малигнух болести, Планом борбе против рака треба одредити где инвестирати са циљем побољшања превенције, дијагностике и лечења.

3.3.2. Рано откривање – скрининг

Национални програми за рано откривање (скрининг) рака грлића материце, рака дојке и рака дебелог црева треба да се примене у целој земљи. Планира се да се у наредном петогодишњем периоду: 75% жена старости од 50 до 69 година прегледа за рак дојке; 75% жена старости од 25 до 69 година обави преглед за рак грлића материце; да се обави тестирање и читавање теста на окултно крварење код 40% мушкараца и жена узраста од 50 до 70 година позваних на тестирање, са просечним ризиком за рак дебелог црева.

3.3.3. Дијагностика и лечење – организација и обухват здравственом заштитом

Рано дијагностиковање код већине облика злоћудних болести омогућава ефикасније лечење, чиме се повећавају шансе за излечење, а и омогућава примена мање агресивних облика лечења. У Плану се инсистира на неопходности да се свим заинтересованим особама и стручним лицима која им дају подршку пруже транспарентне информације о користима, потешкоћама, ограничењима или могућим ризицима везаним за скрининг и рано откривање рака.

Безбедност и квалитет лечења гарантују се:

- смањењем времена чекања на лечење и испитивање;
- применом критеријума за давање дозвола установама које лече оболеле од рака;
- прављењем посебних програма намењених старијим особама, деци, младима и оболелима од ретких облика рака;
- побољшањем координације међу стручњацима.

У Плану се предвиђа дефинисање показатеља квалитета лечења за сваки тип злоћудне болести, и критеријума неопходних за акредитацију установа које се баве лечењем оболелих од рака. Планом се мора организовати и гарантовати исправан след поступака дијагностике и лечења код болесника којима је потребно сложеније лечење – стручна експертиза и/или коришћење посебних технологија.

Стручњаци примарне здравствене заштите, а нарочито лекари опште праксе, медицинске сестре и фармацеути обавезно су укључени у лечење болесника. У Плану се инсистира на неопходности побољшања координације и размене информација између здравствених стручњака у приватној пракси и болничких тимова од терцијарног до примарног нивоа.

Потребна је подршка развоју нових технологија и терапија и развијање обуке професионалаца у области лечења оболелих од рака.

Иницијалне и континуиране обуке здравствених радника из области онкологије морају се прилагодити новим захтевима технолошког и терапијског развоја и обезбедити заједничко језгро знања. Идентификација епидемиолошких трендова и територијалних разлика везаних за број медицинског особља биће основ за отварање радних места за болничко особље у онкологији.

Потребно је убрзати увођење иновација у лечењу у корист болесника.

Планом борбе против рака предвиђа се да ће се број болесника укључених у клиничка истраживања удвостручити. Приоритет ће имати клиничка испитивања чији је циљ побољшање преживљавања и смањење последица болести. Брзи развој циљних терапија (лекови против рака који циљају молекуларне, генетичке аномалије) најављује велику промену клиничке праксе и бољу прогнозу за многе злоћудне болести. Финансирање овакве терапије захтева промоцију свеобухватне политике везане за онколошке лекове. Циљ је да се омогући приступ иновативној терапији што већем броју пацијената.

У оквиру система здравствене заштите, националним програмима онколошке здравствене заштите са обезбеђеном дијагностиком, лечењем и палијативним збрињавањем треба обухватити 100% болесника. Треба унапредити процедуре које обезбеђују једнаку доступност дијагностике и лечења, од постављања сумње, до спроведеног лечења.

3.3.4. Супортивна онкологија, психоонкологија и палијативно збрињавање

Супортивна онкологија, психосоцијална онкологија и палијативно збрињавање имају за циљ побољшање квалитета живота болесника и

породице кроз превенцију, рано откривање, процену и збрињавање проблема који прате болест, укључујући соматске, психолошке, социјалне и духовне тегобе пацијената и породице.

3.3.5. Едукација

Потребно је да едукација буде доступна, довољна и континуирана на свим нивоима, пре свега у виду побољшања основне обуке у онкологији у оквиру основних студија медицине, побољшања обуке за остале профиле здравствених радника и здравствених сарадника, континуиране медицинске и едукације нездравственог сектора и становништва.

3.3.6. Истраживања у онкологији

Неопходно је континуирано радити на побољшању пријављивања оболелих од малигнух болести и унапређењу постојећег регистра за рак, као система за праћење малигнух болести у Републици Србији који би обухватио целокупно становништво Републике Србије. Међутим, унапређење истраживања подразумева и обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији, примену скрининга генетичких алтерација и њиховог спектра, истраживања биологије тумора различитих локализација, као и клиничка истраживања.

4. МЕРЕ И АКТИВНОСТИ

План за борбу против рака спроводиће се на свим нивоима здравствене заштите у оквиру здравствених установа на примарном (домови здравља, заводи), секундарном (болнице) и терцијарном (клинике, институти, клиничко-болнички, клинички центри) нивоу здравствене заштите, као и у заводима и институтима за јавно здравље. У пружање онколошке здравствене заштите грађанима укључени су изабрани лекари (опште медицине, гинекологи) и лекари специјалисти различитих специјалности (интерне медицине, дерматологије...), а у области дијагностике и специјалисти радиологије и нуклеарне медицине.

4.1. Примарна превенција

Примарна превенција подразумева активности усмерене на унапређење и очување здравља и спречавање настанка обољења кроз смањење изложености факторима ризика или кроз позитивно понашање. Процењује се да би примарна превенција могла да спречи настанак чак две трећине свих случајева рака.

Активности примарне превенције обухватају:

- здравствено просвећивање становништва;
- превенцију пушења;
- унапређење исхране, промоцију физичке активности и превенцију гојазности;
- превенцију инфекција значајних за настанак малигнух болести;
- превенцију и заштиту од прекомерног излагања ултраљубичастим зрацима;
- заштиту од канцерогених агенаса у животној и радној средини.

4.1.1. Здравствено просвећивање становништва

Становништво се здравствено просвећује организовањем медијских кампања усмерених на очување и унапређење здравља, превенцију и рано откривање малигнух болести, као и обезбеђивањем извора адекватних информација о превенцији и лечењу рака (интернет презентација, штампани материјали, инфо-телефон и др.).

Едукације о здрављу треба укључити у наставни програм установа предшколског, основног и средњег образовања кроз заједничке програме Министарства здравља и Министарства просвете.

4.1.2. Превенција пушења

4.1.2.1. Заштита од изложености дуванском диму

Неопходно је унапредити и применити закон и друге прописе како би сва јавна и радна места била без дуванског дима и подићи свест становништва о штетности пасивног пушења кроз медијске кампање и едукативне програме намењене школама, јавним и приватним предузећима и др.

4.1.2.2. Смањење учесталости пушења у популацији

У циљу смањења преваленце пушења, неопходно је спровести следеће мере:

- подићи ниво знања у популацији о штетности пушења;
- спровођење закона о забрани рекламирања и промоције дуванских производа, као и спонзорства јавних догађаја од стране дуванске индустрије;
- подићи и одржавати високе цене и пореске стопе за дуванске производе, регулисати паковање и обележавање дуванских производа и спречити њихову незакониту трговину;
- осмислити, применити и унапредити програме за превенцију и одвикавање од пушења у здравственим установама, образовним установама, на радним местима и местима за бављење спортом користећи „најбољу праксу” за одвикавање од пушења;

- повећати доступност фармацеутских производа који се користе у лечењу зависности од дувана;
- примена одредбе Закона о дувану којима се забрањује продаја дуванских производа малолетним лицима.

4.1.3. Унапређење исхране, повећање физичке активности и превенција гојазности

Редовна физичка активност и конзумирање воћа и поврћа смањују ризик од добијања рака. Насупрот томе, прекомерна тежина и гојазност, конзумирање алкохолних пића, црвеног меса, сухомеснатих производа или соли га повећавају. Само алкохолизам одговоран је за 10% смртних исхода који су последица рака. Алкохолизам повећава ризик од рака усне дупље, ждрела, једњака, дебелог црева и ректума, јетре, гркљана и дојке.

Неопходно је:

- промовисати здраве стилове живота кроз кампање и едукативне програме за унапређење исхране, повећање физичке активности и превенцију гојазности;
- спроводити прописе о здравственој безбедности и квалитету намирница;
- указати на значај декларисања намирница (састојци, калоријска вредност, присуство адитива и др.);
- забранити продају алкохолних пића малолетним лицима;
- поштовати рестрикције у рекламирању и промоцији алкохолних пића како би се појачала заштита малолетних лица (нпр. рекламе на интернету и друштвеним мрежама).

4.1.4. Превенција инфекција значајних за настанак малигних болести

Више од 30% карцинома јетре изазивају вируси хепатитиса Б и Ц. Како би се ово избегло, значајно је подржати напоре за превенцију инфекција вирусима хепатитиса Б и Ц који се базирају на вакцинацији (хепатитис Б), откривању (хепатитис Б и Ц) и на рано спроведеном лечењу (хепатитис Ц). Праћењем ових болести могуће је рано откривање компликација, као што су цироза и хепатоцелуларни карцином. Превентивне мере се огледају у спровођењу програмске имунизације против хепатитиса Б и мера за превенцију трансмисије хепатитис Ц вируса.

Инфекција високоризичним типовима хуманог папилома вируса (ХПВ) је узрочник рака грлића материце али је одговорна и за значајан проценат других малигних болести аногениталне регије (ануса, вулве, вагине, пениса) и орофаринкса. Превентивне мере подразумевају увођење програмске имунизације против ХПВ и превенцију његове трансмисије.

Неопходне су израда и примена препорука за откривање и лечење инфекција бактеријом хеликобактер пилори, као и препорука за превенцију и откривање других инфекција које се доводе у везу са малигним болестима.

4.1.5. Превенција и заштита од прекомерног излагања УВ зрацима

Потребно је едуковати становништво о опасностима прекомерног излагања УВ зрачењу и начинима превенције, као и мењати ставове и понашање становништва кроз медијске кампање, едукативне програме, континуирано информисање становништва о ризицима (УВ индекс и др.). Неопходна је и континуирана едукација здравствених и просветних радника, као и законска регулатива везана за рад соларијума и других вештачких извора УВ зрачења.

4.1.6. Заштита од изложености канцерогеним агенсима

Свеукупна популација је, често у малим или у врло малим дозама, изложена бројним хемијским и физичким агенсима који су присутни у животној средини и који могу доспети у организам удисањем, контактом преко коже или гутањем. Како су неки од њих доказано канцерогени агенси, преко је потребно боље разумети врсту изложености овим агенсима и идентификовати превентивне мере које треба применити.

4.1.6.1. Професионална изложеност канцерогеним агенсима

Заштита од професионалне изложености канцерогеним агенсима обухвата:

- механизме за праћење особа изложених канцерогеним ризицима на радном месту и откривања рака повезаног са радом;
- дугорочно праћење експозиције на послу – јачање механизма за контролу канцерогених супстанци;
- смањење изложености канцерогеним агенсима у радној средини;
- укључивање запослених у медицини рада у кампање за забрану пушења на радном месту.

4.1.6.2. Заштита од изложености канцерогеним агенсима у животној средини

Заштиту од изложености канцерогеним агенсима у животној средини спровести:

- обавезним укључивањем процене ризика од рака у студијама утицаја индустријског места;
- покретањем студија о утицају канцерогених агенаса (диоксин, олово, прашина, бензен, радон, арсеник, електромагнетно зрачење, мале дозе јонизујућег зрачења итд.);
- откривањем и третирањем места контаминираних једном или више супстанци са познатим канцерогеним ефектом и праћењем популације која је изложена;

- праћењем загађивача и израдом програма за очување животне средине у сарадњи са другим секторима и министарствима.

4.2. Рано откривање и скрининг

Уколико се болест дијагностикује у почетној фази, лечење је ефикасније и јефтиније.

Рано откривање подразумева препознавање раних симптома или знакова болести.

Скрининг подразумева прелиминарну идентификацију до тада не-препознате болести применом скрининг теста у здравој (асимптоматској) популацији. Организовани програм скрининга подразумева да се све особе одређених година старости и пола на одређеној територији позивају на прегледе писаним позивима на кућну адресу. Ови позиви се по потреби понављају ради што већег одазива.

Циљ програма је увођење и унапређење организованих националних скрининг програма за три локализације: рак дојке, рак грлића материце, рак дебелог црева.

4.2.1. Рано откривање симптома – знакова болести

Здравствене раднике треба едуковати за препознавање раних симптома – знакова малигну болести и за одговарајућу дијагностику и збрињавање болесника.

Потребно је и здравствено просветити становништво о раним симптомима – знацима малигну болести.

4.2.2. Скрининг за рак дојке

За скрининг за рак дојке треба обезбедити:

- имплементацију Националног програма за превенцију рака дојке,
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови),
- здравствено просвећивање жена о значају редовних прегледа и
- едукацију здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга.

4.2.3. Скрининг за рак грлића материце

За скрининг за рак грлића материце треба обезбедити:

- увођење Националног програма за превенцију рака грлића материце у што већем броју здравствених установа које ће учествовати у спровођењу наведеног програма;
- здравствено просвећивање жена о значају редовних прегледа;

- едукацију здравствених радника за спровођење скрининга и
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.4. Скрининг за рак дебелог црева

За скрининг за рак дебелог црева треба обезбедити:

- примену Националног програма за превенцију колоректалног карцинома,
- здравствено просвећивање о значају редовних прегледа,
- едукацију здравствених радника о значају и начину спровођења скрининга и
- одговарајући капацитет за скрининг (опрема, кадрови).

4.2.5. Развој капацитета за тестирање наследне предиспозиције за рак

Неопходно је развијати капацитете за генетичко тестирање, односно откривање генетичких алтерација које доводе до наследне предиспозиције за малигне болести (мутације BRCA гена и др.).

Ови капацитети поред лабораторија обухватају и генетичка саветовалишта и формирање националног регистра породица са наследном предиспозицијом за рак.

Посебни превентивни програми развијају се за здраве особе са потврђеном генском алтерацијом.

4.3. Дијагностика и лечење

Дијагностика малигнух болести обухвата широк дијапазон активности које се спроводе у различитим установама и на различитим нивоима здравствене заштите.

Неопходно је обезбедити да дијагноза буде постављена у што је могуће краћем року и да болесник буде упућен у одговарајућу установу.

Први корак у збрињавању рака јесте правилна дијагноза, што захтева комбинацију прецизних клиничких претрага и дијагностичких процедура. Дијагноза рака може се поставити директно, визуелизацијом захваћеног места, на пример, бронхоскопијом, езофагоскопијом, медијастиноскопијом, колоноскопијом или колпоскопијом итд. И кад изгледа да је ткиво малигно, за потврду малигнитета мора се урадити биопсија.

Кад се једном постави дијагноза малигне болести, неопходно је додатно испитивање како би се одредио степен њене проширености. Лечење треба да се спроводи на основу препорука или протокола заснованих на доказима и усклађених са препорукама међународних стручних организација. Онколошко лечење је мултидисциплинарно, а одлуку о лечењу доноси тим стручњака одговарајућих специјалности. Одлуке о терапијском приступу, као и одлуке

о избору пацијената доносе се на одговарајућим комисијама које су именоване у складу са овим програмом.

Примарни циљеви лечења рака јесу:

- излечење,
- продужење квалитетног живота и
- унапређење квалитета живота.

Излечење у овом контексту дефинисано је као испуњење очекивања о нормалном животу и састоји се од три важне компоненте:

- опоравак од свих знакова присуства болести,
- постизање стадијума са минималним ризиком или без њега за поновно јављање болести,
- враћање функционалног здравља.

Основне методе лечења јесу: хирургија, радиотерапија, хемиотерапија (укључујући хормонску и другу терапију), супортивна онкологија, психосоцијална подршка и палијативно збрињавање. Ефекат лечења рака увелико зависи од локализације болести и бројних других фактора.

Обезбедити свеобухватно и персонализовано лечење

Интегративни модел лечења у онкологији подразумева интеграцију приступа усмерених ка тумору (антинеопластични приступи) и приступа усмерених ка пацијенту и породици (супортивна онкологија, психосоцијална онкологија и палијативно збрињавање). Према овом моделу, фокус лечења у онкологији се проширује тако да уз лечење малигне болести обухвати и очување квалитета живота болесника и породице. Циљ Плана борбе против рака је да се успоставе услови за прелазак са „плана лечења”, усмереног на медицинско лечење злоћудне болести, на „план здравља” који обухвата све потребе болесника и његових ближњих на физичком, психолошком и друштвеном плану. Сви болесници којима је то потребно, укључујући и оне који су на кућном лечењу, морају имати приступ адекватној супортивној онкологији, психосоцијалној подршци и палијативном збрињавању.

Најновија истраживања показала су да рана интеграција наведених приступа, осим унапређења квалитета живота, доноси и продужење преживљавања.

Важно је да болеснику буду доступне адекватне информације у свим фазама лечења, укључујући и информације о истраживањима и клиничким испитивањима. Активно укључивање болесника у сопствено лечење може бити оснажено одговарајућим програмима едукације о терапији и подршком других болесника који су обучени да поделе своја искуства.

Смањити ризике од последица болести и другог, секундарног малигнитета

У Плану се наглашава неопходност бољег праћења болесника, нарочито оних који су лечени у детињству или адолесценцији, јер имају ризик од индукованих малигнитета терапијом (хемиотерапијом и радиотерапијом), затим се предвиђа систематски приступ, на пример, очувању плодности већ у фази припреме за лечење и превенцији нових злоћудних болести код оних који су већ боловали и лечени од карцинома (терцијарна превенција).

Смањити утицај малигне болести на свакодневни живот оболелог

Последице које болест има на њихов психолошки статус, породичне улоге, финансијско стање, образовање или посао, болесници осећају као „двоструку казну“. Оболелој деци и адолесцентима неопходно је омогућити да наставе са школовањем. Потребно је да се редефинишу мере и програми који би оболелима од рака омогућили повратак на посао или остајање на радном месту.

4.3.1. Улога хирургије

Хирургија има кључну улогу у дијагностици, одређивању стадијума (стажирању) и лечењу болесника са локализованом злоћудном болешћу, тумором. Хирургијом се могу успешно лечити рано откривени солидни малигни тумори. Циљ хирургије је да омогући успешније адјувантно лечење. Хирургија је индикована код болесника са метастатском болешћу а има и значајну улогу у реконструктивној, циторедуктивној и палијативној онколошкој хирургији. Такође је важна у ургентној онкологији.

Унапређење амбулантне хирургије у онкологији

Према истраживањима у Француској, у студији „UNICANCER: Како ће се збрињавати канцер 2020. године?“ број хоспитализација у хируршким дневним болницама морао би да се удвостручи у наредних шест година. Амбулантном хирургијом би требало да се збрине 50% болесника са раком дојке, који ће захваљујући скринингу бити откриван у све ранијим стадијумима.

Амбулантном хирургијом болесницима треба да буду омогућени већи комфор и сигурна нега. Здравствене установе ће бити ефикасније у смислу краће хоспитализације и већег броја услуга. Стога је неопходно, веома прецизно и на основу објављених података, утврдити које онколошке хируршке интервенције је могуће безбедно реализовати кроз дневне хируршке болнице, односно у ванболничким условима.

Амбулантна хирургија треба да буде део стратегије здравствене политике уз све показатеље квалитета и сигурности за онколошке болеснике.

4.3.2. Улога радиотерапије

Радиотерапија се примењује у лечењу локалних форми рака као метода потенцијално равноправна са хирургијом. Често се примењује и пре хируршког захвата, као и после операције без јасних ексцизионих ивица. Палијативна радиотерапија има значајну улогу у лечењу и ублажавању симптома метастатске болести.

Уколико је радиотерапија индикована, болесник може бити лечен коришћењем две врсте опреме: телетерапијом или брахитерапијом. За обе технике обезбеђивање квалитета је најбитније, што захтева сарадњу и са службом медицинске физике. Треба обезбедити сваком болеснику приступ оној техници радиотерапије која му најбоље одговара.

Као специфичан вид радиотерапије треба издвојити терапију радиоактивним изотопима, коју индикују и примењују специјалисти нуклеарне медицине. Радиотерапија представља важну методу лечења рака и она је предмет бројних мера из претходних планова за збрињавање рака. Они који се њоме баве морају обезбедити њен квалитет и сигурност на читавој територији наше државе. Она се данас значајно мења зато што се опрема усавршава и омогућавају се циљано зрачење, ескалација туморске дозе као и значајно смањење броја радиотерапијских компликација по болеснику.

4.3.3. Улога хемиотерапије

Хемиотерапија је усмерена на системско лечење малигних болести, и своју прву примену нашла је у лечењу хематолошких малигнитета. Цитотоксична хемиотерапија била је деценијама основа лечења и солидних малигних тумора, и то најпре у условима постојања метастатске малигне болести. Ефикасност хемиотерапије, по правилу комбиноване од неколико лекова, у излечењу неких од пацијената у метастатској болести, или чешће обезбеђивању дуготрајне контроле болести, допринела је ширењу индикација за њену примену: адјувантна хемиотерапија додаје се примарном локо-регионалном лечењу, најчешће хирургији, у одсуству макроскопских знакова болести; неоадјувантна хемиотерапија примењује се код локално одмаклих форми неких солидних малигних тумора, са циљем да омогући оптимално локорегионално лечење; широка је примена хемиотерапије у палијацији, и ту је њена улога да омогући ублажавање симптома, поправљање квалитета живота, и, уколико је могуће, и његово продужење. Ера цитотоксичне хемиотерапије приводи се крају, јер су базична и транслациона истраживања у последње две деценије помогла бољем упознавању биологије малигних тумора, и формулисању нових класа лекова за системску терапију, пре свега молекуларно циљане и имунолошке терапије. Тако са једне стране имамо Листу есенцијалних цитотоксичних лекова коју је објавила Светска здравствена организација, а са друге стране растући број ефикасних иновативних лекова који се заснивају

на новим механизмима деловања. Ови механизми, пре свега, блокирају сигналне путеве или инхибиторне механизме на којима се заснива раст и развој малигну тумора.

4.3.4. Супортивна онкологија и палијативно збрињавање

Супортивна онкологија и палијативно збрињавање имају за циљ побољшање квалитета живота болесника и породице кроз превенцију и лечење симптома болести, компликација онколошког лечења и проблема који прате малигну болест (психолошки, социјални, духовни и егзистенцијални проблеми).

Супортивна онкологија обухвата пацијенте у свим фазама болести – пацијенте који имају потенцијално излечиву болест или пацијенте са дијагнозом, а без знакова активне малигне болести, али и пацијенте са узнапредовалом болешћу. Обухвата лечење бола и других симптома малигне болести, превенцију и лечење компликација онколошке терапије, али и подршку у решавању психолошких, социјалних, духовних и егзистенцијалних проблема који неумитно прате малигну болест. Супортивна онкологија у најширем смислу обухвата и палијативно збрињавање, психосоцијалну онкологију, нутритивно лечење и збрињавање других проблема у току болести.

Палијативно збрињавање у онкологији односи се на оболеле код којих излечење није могуће, а нарочито на пацијенте са узнапредовалом, активном, прогресивном болешћу и ограниченом прогнозом. Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живота пацијента и породице, суочавајући се са проблемима који прате неизлечиву малигну болест кроз превенцију и отклањање патње путем раног откривања и процене и лечења бола и других проблема: физичких, психосоцијалних и духовних (Стратегија за палијативно збрињавање РС).

Супортивна онкологија и палијативно збрињавање постављају пацијента и породицу у центар лечења и почивају на становишту да лечимо пацијента, а не тумор, орган или дијагнозу. Подразумевају интердисциплинарни, мултипрофесионални приступ и захтевају тимски рад, информисање болесника и њихово активно учешће у доношењу одлуке о лечењу, као и континуитет лечења за који је неопходно обезбедити мрежу и координацију служби које тај континуитет обезбеђују.

Доступност супортивне онкологије и палијативног збрињавања још увек је недовољна. Идентификација потреба за овим видовима лечења и неге мора бити организована од самог почетка онколошког лечења и затим током читавог трајања лечења, за све особе које болују од рака, и захтева координацију здравствених и других служби и локалне заједнице. Документовано је да рана интеграција супортивне онкологије и палијативног збрињавања у онкологији унапређује квалитет живота болесника и породице и продужава преживљавање.

4.3.5. Психоонкологија и психосоцијална рехабилитација

Психоонкологија је научна дисциплина која се бави разумевањем, лечењем и збрињавањем психолошких, социјалних, духовних и етичких тегоба пацијента и породице.

Психосоцијална рехабилитација започиње од тренутка постављања дијагнозе болести, спроводи се током свих модалитета лечења, опоравка или палијативног збрињавања и представља интегрални део онколошког лечења. Обухвата сагледавање психоемотивних и социјалних потреба, саветовање, едукацију и психотерапијске и социотерапијске интервенције код оболелих од малигних болести и чланова породице.

Савремена психоонкологија бави се и заштитом и унапређењем менталног здравља медицинског тима (превенција синдрома сагоревања на радном месту, унапређење комуникације међу запосленима и са пацијентима и др.), што се директно или индиректно одражава и на квалитет њиховог рада са пацијентима.

4.3.6. Подстаћи развој клиничких и транслационих истраживања у онкологији

Транслационо и клиничко истраживање конкретизују открића која су проишлаго из базичних истраживања. Циљ је да болесници што раније имају користи од резултата ових истраживања. Прописе који регулишу спровођење клиничких и транслационих истраживања требало би ускладити са прописима Европске уније. У контролисана клиничка испитивања треба укључити што већи број онколошких центара као и удружења пацијената. Неопходно је наставити са едукацијом истраживача и њихових тимова као и чланова етичких одбора из области Добре клиничке праксе и омогућити једноставније спровођење академских клиничких истраживања, тј. истраживања иза којих не стоји фармацеутска индустрија.

4.3.7. Праћење развоја иновативних лекова у онкологији

Брзи ритам развоја циљане терапије у онкологији, са великим бројем клиничких испитивања и одобрених молекуларно циљаних лекова и лекова из области имуноонкологије, представља значајан напредак у лечењу ових болесника, а са друге стране и изазов, јер ће се услови лечења, али и проблеми финансирања нових, скувих лекова свакако поставити пред све здравствене системе. Неколико десетина иновативних лекова већ је на тржишту, за сада се тим класама лекова лечи мањина оболелих, али ће у наредном периоду већина оболелих од малигних болести почети да их користи. Даљи развој ових иновација свакако је један од приоритета у онкологији у наредном петогодишњем периоду, али је то и обезбеђивање иновативних лекова за све пацијенте којима су ови лекови потребни, и када су потребни.

4.3.8. Створити услове за брзо ширење технолошких иновација

Приступ технолошким и терапијским иновацијама за свеукупну популацију болесника мора бити олакшан, јер утиче на резултате који се односе на преживљавање или морбидитет, а понекад чак и на трошкове збрињавања који могу бити нижи од стандардних трошкова. Рокови између појаве неке иновације и утврђивања њене цене често су врло значајни. Примена неке иновације оптерећена је збиром више сукцесивних етапа које су неопходне за њену евалуацију, за њено коришћење у пракси када релевантне организације треба да јој се прилагоде, или за њен упис у номенклатуру. Због умножавања етапа њихова дистрибуција на територији земље често је неуједначена, а наш здравствени систем губи делотворност.

4.3.9. Створити услове за увођење „персонализоване медицине”

Године живота, опште здравствено стање пацијената, као и социјални, психички и културолошки фактори, у различитом степену утичу на лечење рака и захтевају индивидуални приступ. Поред тога, приступ лечењу и његова успешност зависе од генетичких карактеристика оболеле особе и специфичности њене малигне болести. Тако су недавна сазнања о биолошким детерминантама, које делују на осетљивост јединке у процесу канцерогенезе или лечења, унела дубоке промене у сагледавању потреба лекара који треба да лече. Персонализована медицина мора да узме у обзир све параметре.

Конституциона генетичка анализа у општој популацији омогућава да се идентификују особе са повећаним ризиком за појаву карцинома које захтевају посебан тип збрињавања у погледу превенције, раног откривања, праћења и лечења. Овај вид генетичке анализе препоручује се код особа са повећаним ризиком за оболевање од карцинома (случајеви болести у породици, животно доба у ком се поставља дијагноза, више узастопних карцинома). Истраживања треба да обухвате и гене са ниским/умереним ризиком за оболевање од канцера.

Ако то посматрамо на нивоу тумора, потребно је идентификовати биолошке маркере како би се предложила циљана биолошка терапија. Увођење циљаних биолошких терапија на основу генских маркера константно повећава број болесника којима је неопходна анализа гена.

Медикаментозна терапија вођена биолошким маркерима тумора одговара много прецизнијој медицини него што је класична хемиотерапија, па се она самим тим квалификује као „персонализована медицина”.

Мере које доприносе реализацији ових циљева сагледавају се у:

- промени организационе структуре медицинских установа које се баве лечењем, и
- проширењу постојећих капацитета за онколошке болеснике и повећању капацитета за дијагностику и лечење.

4.3.10. Промена организационе структуре медицинских установа у којима се лече онколошки болесници

Министар здравља основао је Републичку стручну комисију за онкологију, формирао Тим за онкологију и поставио националног координатора за онкологију, а они заједно чине:

- професионално компетентно тело са дефинисаним улогама и одговорностима које је одговорно министру здравља. Тим за онкологију, уз националног координатора, биће задужен за координацију свих учесника који спроводе План и представљаће основну подршку Републичкој стручној комисији за рак Министарства здравља.

РСК (Републичка стручна комисија) за онкологију координише израду националних протокола и водича, предлаже стандарде, планира, спроводи, координише и надзире програме превенције и ране дијагностике, надгледа и евалуира регистре за рак.

У референтним установама спроводиће се свеобухватно мултидисциплинарно лечење онколошких болесника. Лечење онколошких болесника обухвата приступе усмерене ка тумору (антинеопластичне приступе) и приступе усмерене ка пацијенту и породици (супортивна онкологија). Параметри успеха лечења су ефикасност, подношљивост, безбедност и очување квалитета живота пацијента и породице. Уз антинеопластичне приступе потребно је обезбедити пацијентима приступ лечењу бола и других симптома, компликација онколошког лечења, као и психолошкој, социјалној подршци и едукацији.

Сходно демографској структури Републике Србије спроводиће се терапијске процедуре према протоколима. Референтне установе ће у исто време представљати установе које надзиру примену протокола лечења у здравственим установама (онколошким диспанзерима и сл.).

Здравствене установе које пружају здравствену заштиту болесницима оболелим од малигнух болести биће стручно и методолошки тесно повезане са референтном установом и, у случају потребе, спроводиће и конзилијарне одлуке које су донете на нивоу референтне установе.

4.3.11. Проширење и повећање капацитета

Број установа за дијагностику и праћење (снимање магнетном резонанцијом, ЦТ скенери, ПЕТ скенери, мамографи и др.), као и број уређаја за планирање и спровођење зрачне терапије биће, према евидентираним потребама, повећан. Омогућиће се равноправан приступ свим, па и скупим, иновативним лековима на основу предлога и одобрења одговарајућих институција у Републици Србији. Тимовима за лечење симптома болести и токсичности онколошког лечења, као и тимовима за психолошку, социјалну подршку и едукацију, потребно је омогућити да буду свима доступни.

4.3.12. Стимулисати развој интервентне радиологије

Интервентна радиологија представља велику иновацију у онкологији која омогућава дијагностичке и терапијске поступке који су прецизни и мање инвазивни за болесника. У наредном петогодишњем периоду, технолошки напредак који ће побољшати третман, узимање узорака или елиминацију патолошких промена, морао би да омогући да се број оваквих захвата учество-ростручи. Да би се дошло до ове фазе потребно је уклонити све финансијске препреке које би могле да коче развој интервентне радиологије у установама, а затим стимулисати евалуацију нових техника.

4.4. Подршка онколошким пацијентима и члановима породице

4.4.1. Социјална инклузија оболелих од малигнух обољења

Социјална инклузија подразумева задржавање радног места, уколико код оболелог не постоји умањена радна способност (према извештају о оцени радне способности лекара специјалисте), односно распоређивање на друго радно место у оквиру квалификације, евентуална доквалификација или преквалификација, у складу са законом.

4.4.2. Инклузија осетљивих популационих група

Сваке године од малигнух болести у Србији оболи просечно 300–330 деце, узраста од 0 до 19 година, а током исте године од рака умре у просеку 56 деце. Скоро 200 новооболеле деце (63,5%) и 36 умрле деце (64,4%) су узраста од 0 до 14 година. Најчешће малигне болести у дечјој популацији су леукемије, тумори централног нервног система и лимфоми.

Као и у већини земаља Европе и у Србији се региструје пораст стопа оболевања и смањење стопа умирања од рака у овом узрасту. Петогодишње преживљавање деце оболеле од рака у узрасту од 0 до 14 година значајно је побољшано, са 54% на више од 80% данас. Адекватна терапија и добар терапијски одговор у дечјем узрасту условили су да је последњих 10 година проценат излечења деце у Србији порастао за око 20%.

Иако су малигни тумори код деце ретки, ради се о најосетљивијој популационој групи и најважнијем потенцијалу сваке државе. Проблему малигнух тумора код деце треба приступати крајње одговорно и професионално. Неопходно је мобилисати све секторе друштва у превенцији, лечењу и рехабилитацији деце оболеле од рака.

Оптимална бригаа за децу и адолесценте оболеле од рака треба да се спроводи у специјализованим „референтним центрима“ где се спроводи мултидисциплинарно лечење са едукованим тимом. Родитељи имају велику улогу у пружању подршке свом детету ради превазилажења проблема везаних за болест.

Најважнији задатак здравствених радника и шире друштвене заједнице је едукација родитеља (старатеља) и деце у погледу превенције, првенствено стицањем здравих животних навика. Будућа истраживања усмерена у правцу етиологије малигнух тумора код деце омогућиће ефикасно спровођење превентивних мера, ране дијагностике, примене адекватне терапије и дуже преживљавање.

Током и по завршеном лечењу неопходно је омогућити несметани наставак школовања.

Учитељи у болници обезбеђују неопходан континуитет током трајања терапије и везу између оболеле деце и школе. Потребно је едуковати актере националног образовања (наставнике, главне саветнике у области образовања, саветнике за професионалну оријентацију...) како би се олакшао наставак школовања или надокнадили додатни трошкови везани за болест и лечење.

Социјалну помоћ детету и његовој породици треба пружати од тренутка постављања дијагнозе и наставити током трајања лечења.

4.4.3. Помоћ родитељима деце оболеле од малигнух болести

Побољшање у овој области подразумева лакши приступ у остваривању права на посебно боловање родитеља деце оболеле од малигнух болести са одговарајућим нивоима новчане накнаде (без умањења) у време одсуства са посла једног од родитеља због неге оболелог детета.

4.4.4. Удружења болесника, родитеља оболелих, добровољаца, и друга удружења

Неопходно је подстицати и подржавати рад удружења болесника, родитеља оболеле деце, волонтера и фондација, успостављати сарадњу званичних институција са њима и укључивати их у доношење одлука о питањима од значаја за онколошку здравствену заштиту.

4.5. Едукација

4.5.1. Побољшање основне обуке у онкологији

Осавремењивање и унапређивање наставних програма факултета медицинске струке неопходно је како би све области онкологије, од превентивне до палијативног збрињавања, биле адекватно заступљене на свим нивоима студија. У наставне програме треба уврстити и едукацију из области комуникације и саопштавања лоших вести, у складу са водичима и протоколима.

4.5.2. Побољшање обуке за остале профиле здравствених радника и здравствених сарадника

Осим високообразовног здравственог кадра и сви други профили здравствених радника и здравствених сарадника морају бити едуковани посебно развијеним програмима који на адекватан начин третирају онкологију као национални проблем, у складу са њеним значењем: психолози са онколошким усмерењем, физичари и физико-хемичари који раде у медицини, медицинске сестре и техничари.

4.5.3. Континуирана медицинска едукација

Међу здравственим радницима свих профила спроводиће се континуирана медицинска едукација у складу са Правилником о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике („Службени гласник РС”, број 130/07).

4.5.4. Едукација нездравственог сектора

Треба побољшати знања о факторима ризика за настанак малигних болести и успостављање интерсекторске сарадње ради формирања заједничких циљева у вези са јавним здрављем и превенцијом малигних болести.

4.5.5. Едукација становништва

Едукација становништва подразумева:

- развијање едукативних кампања за информисање јавности о факторима ризика за настанак малигних болести;
- развијање програма за едукацију усмереног на факторе ризика за настанак малигних болести путем система едукације од основне школе до универзитета.

4.6. Истраживања у онкологији

4.6.1. Обезбеђивање спровођења истраживања у онкологији

Научно истраживање у онкологији и његово спровођење у здравственим установама мора се обављати у складу са законом. Истраживања у онкологији треба да буду усмерена на транслациона истраживања. Потребно је подизати технолошку и кадровску спремност у циљу спровођења оваквих истраживања.

4.6.2. Скрининг учесталости и спектра генских алтерација који доводе до наследне предиспозиције за рак у Републици Србији

Досадашња истраживања показала су да у различитим популацијама може да постоји различит спектар мутација које носе наследну предиспозицију, на пример, за наследни карцином дојке и јајника, наследни неполипозни карцином дебелог црева, фамилијарна аденоматозна полипоза, МЕН1, МЕН2 итд.

4.6.3. Истраживање биологије тумора различитих локализација

Истраживања биологије тумора омогућиће откривање и сагледавање улоге нових маркера за рану дијагнозу, прогнозу, предвиђање и праћење одговора на антиканцерску терапију. Омогућиће и груписање оболелих у прогностичке групе и развој нових биолошких терапија.

Истраживања која дефинишу молекуларно праћење минималне резидуалне болести имају за циљ да се минимална резидуална болест детектује пре клиничких знакова поновног јављања болести. Истраживање имунологије тумора подразумева испитивање регулаторних механизма везаних за имуномодулацију у малигним болестима.

4.6.4. Клиничка истраживања

Кроз клиничка истраживања у онкологији треба да се утврде подношљивост и ефикасност биолошких циљаних терапија, нових хемиотерапијских лекова, као и ефикасност нових режима примене хемиотерапије, радиотерапије у комбинацији са хирургијом или самостално.

Клиничка испитивања требало би да обухвате и тзв. квалитативни циљ у онкологији: смањење симптома болести, нежељених дејстава онколошког лечења и унапређење квалитета живота болесника и породице.

Пацијенте би требало укључити као активне партнере у клиничким истраживањима. Документовано је да активно учешће пацијената у процени исхода лечења (у поређењу са уобичајеном праксом када процену врши само онколог) доводи до значајно бољих резултата лечења.

5. МОНИТОРИНГ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мониторинг подразумева праћење програма примарне превенције, раног откривања и скрининга, дијагностике и лечења, психосоцијалне подршке, едукације и истраживања у онкологији. То подразумева и праћење индикатора који се односе на смањење инциденције и преваленције малигнух болести, побољшања квалитета живота оболелих, бољи обухват прегледима за рано

откривање и побољшање ставова и знања у односу на факторе ризика за малигне болести.

Побољшање квалитета здравственог система мора да укључи грађане, кориснике здравственог система и болеснике у дефинисању и спровођењу политике контроле рака како би поштовали њихове потребе.

Потребно је изградити политику контроле рака засновану на чврстим опсервационим подацима и анализама, која ће бити повезана са другим системима као што су осигуравајућа друштва.

Спровођење политике борбе против рака захтева познавање трендова у епидемиологији карцинома (инциденца, морталитет, преживљавање итд.), али и реалности лечења и планирања лечења. Треба објединити различите базе података и постојеће информационе системе из домена онкологије (регистри малигнух болести, информациони системи за организовани скрининг, досијеи за успостављање комуникације у онкологији, клиничко-биолошке базе итд.) са базама података здравственог осигурања и са социоекономским базама.

Оптимизовати програме ради боље сарадње и веће ефикасности

Циљ је побољшање односа између различитих области деловања (опсервација, истраживање, превенција, скрининг и лечење) ради бољег преношења иновација и флексибилнијег плана лечења.

Прилагодити механизме финансирања изазовима лечења рака

Приступу лечењу рака стално се развијају под утицајем иновативних техника и лекова. Реч је о скупим облицима терапије и да би, на корист свих болесника, ови приступи постали раширенији, морају се променити и побољшати начини финансирања, а маневарски простор мора бити проширен. Финансирање и трошкови ових нових терапијских и институционалних програма за лечење рака треба да буду приоритет.

Републичка стручна комисија за онкологију треба два пута годишње да процењује интеграцију и спровођење Плана и да доноси мере за његово побољшање и унапређење.

6. ФИНАНСИРАЊЕ И РУКОВОЂЕЊЕ

Средства потребна за спровођење овог програма обезбедиће се из буџета Републике Србије. Средства намењена за спровођење Програма одређиваће се сваке године у зависности од динамике коришћења средстава и планираних активности за текућу годину.

Овај план борбе против рака је амбициозан и његово спровођење мора се пажљиво пратити и проценити помоћу индикатора резултата и утицаја на здравље популације, у складу са Националном здравственом стратегијом.

План је прављен по моделу и усаглашаван са Планом борбе против рака француске владе. Потребно је формирати национални тим који би руководио Планом. Тај тим би сачињавали представници Министарства здравља, Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ Републичког фонда за здравствено осигурање, као и представници Републичке стручне комисије за онкологију. Оперативни тим треба да имплементира План настао на основу француског плана (2014–2019), који је прилагођен локалној ситуацији и потребама. План би требало спроводити под покровитељством Владе и председника Републике Србије.

Radan Džodić

PREVENTIVE ACTIVITIES IN HEALTH CARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF SERBIA

S u m m a r y

The prevention of malignant diseases has an enormous public health significance and is the most effective approach to malignant diseases control. More than 80% of all malignancies can be affected by preventing or modifying risk factors, i.e. by preventing the onset of the disease. Simple measures: eliminating smoking, avoiding alcohol use, proper and healthy nutrition and sufficient physical activity, can reduce cancer incidence by 40%.

The National Expert Committee for Oncology has proposed to the Ministry of Health of Republic of Serbia a plan of activities for the active participation of the nation in the fight against cancer, in the form of the National Cancer Plan 2018–2023, following the French model.

The cooperation of the Republic of Serbia with the French Government and the most prestigious French institutions for cancer treatment dates back to 2002. Within the Reform of higher education project, whose coordinator on the Serbian side was the author of this text Radan Džodić, about 100 oncologists from Serbia and Montenegro, of various profiles, were trained in the best oncology centers in France, and the costs of training were borne by the French Government. In addition, a five-year agreement on oncology cooperation between the University, the Medical Faculty and the Pierre and Maria Kiri Institute in Paris and the University, the Medical Faculty in Belgrade and the Institute of Oncology and Radiology of Serbia was signed on December 15, 2016 in Paris.

Considering the quality of the French Cancer Plan, the co-operation in the field of oncology, which lasts for more than a decade, the plan has been adapted to our setting and will be given to the Government of Serbia for adoption.

The aim of this Plan is to cure as many patients as possible by preventing and early cancer detection, using modern surgical, radiotherapy treatment and treatment with innovative drugs, while preserving the quality of life during and after disease treatment.

For greater efficiency, it is necessary to optimize the management of the Plan and programs in the fight against cancer, and to fully involve patients and users of the health system. This Plan should be part of a national health strategy.

Only by full implementation of the Plan it will be possible to reduce cancer mortality in Serbia, which will be comparable to cancer mortality in developed countries.

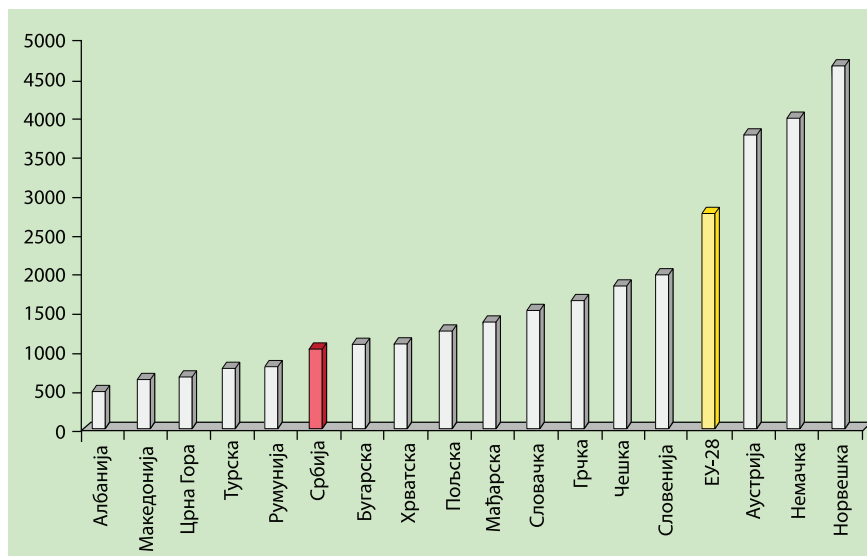
Key words cancer, prevention, diagnostics, treatment, national plan

ФИНАНСИРАЊЕ ПРЕВЕНТИВНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ВЕСНА КЊЕГИЊИЋ¹

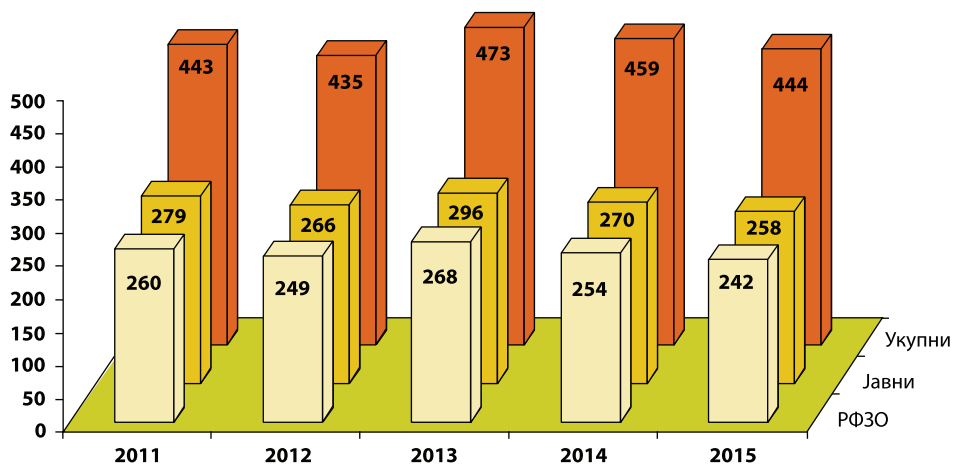
Законом о буџету Републике Србије уређују се приходи и примања, расходи и издаци буџета Републике Србије, његово извршавање, обим задужења за потребе финансирања дефицита и конкретних пројеката и давање гаранција, управљање јавним дугом, коришћење донација, пројектних зајмова, коришћење прихода од продаје добара и услуга буџетских корисника и права и обавезе корисника буџетских средстава.

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту, као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 9,4% нешто испод просека ЕУ (за 0,5%) у 2015. години и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља. Међутим, у поређењу са земљама ЕУ и неким другим европским земљама, као и просеком земаља ЕУ, Република Србија у апсолутном износу издваја мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа БДП Србије.



* Извор података ИЗЈЗ „Др Милан Јовановић Батут“

¹ В.д. помоћник министра, Сектор за јавно здравље и програмску здравствену заштиту, Министарство здравља Републике Србије



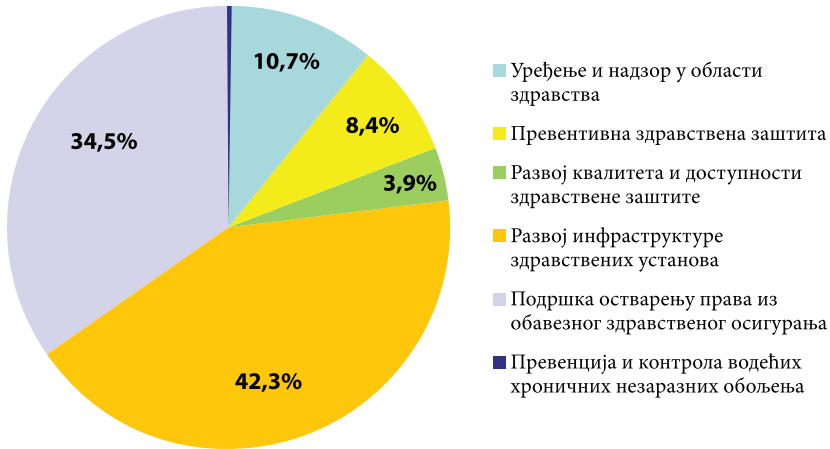
Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), у периоду 2011–2015.

*Извор података ИЗЈЗ „Др Милан Јовановић Батут“

Финансијска издвајања према критеријуму функције за превенцију и заштиту на раду (подаци Националног здравственог рачуна за 2015. годину) износе укупно 24.431 милион динара. Посматрано у односу на укупне расходе за ЗЗ то је 6,4%. Приближно 2/3 расхода за превенцију финансирано је од стране МЗ кроз програм „Превентивна здравствена заштита“.

Министарство здравља је у 2017. години располагало са програмским буџетом у износу од 11.007.603.000 динара, распоређеним у шест главних програма:

1. Уређење и надзор у области здравства;
- 2. Превентивна здравствена заштита;**
3. Развој квалитета и доступности ЗЗ;
4. Развој инфраструктуре здравствених установа;
5. Подршка остварењу права из обавезног здравственог осигурања;
- 6. Превенција и контрола водећих хроничних незаразних обољења.**



Дијаграм процентуалног удела појединих програма у буџету МЗ у 2017. години

Програм „Превентивна здравствена заштита” обухвата 13 програмских активности и пројеката:

- Подршка раду института „Др Милан Јовановић Батут”;
- Подршка раду института и завода за јавно здравље;
- Омасовљавање добровољног давалаштва крви;
- Вирусолошки надзор инфективних болести;
- Превенција ширења хуманог беснила;
- Унапређење доступности 33 ромској популацији;
- Подршка активностима удружења грађана у области 33;
- Детекција вируса западног Нила у популацијама комараца на територији РС;
- Детекција изазивача лајмске болести и вирусног крпељског енцефалитиса на популацији крпеља;
- Спречавање настанка слепила код превремено рођене деце;
- Телефонско саветовалиште „Хало беба”;
- Јачање капацитета Националне референтне лабораторије за туберкулозу;
- Превенција обољења изазваних хуманим папилома вирусом.

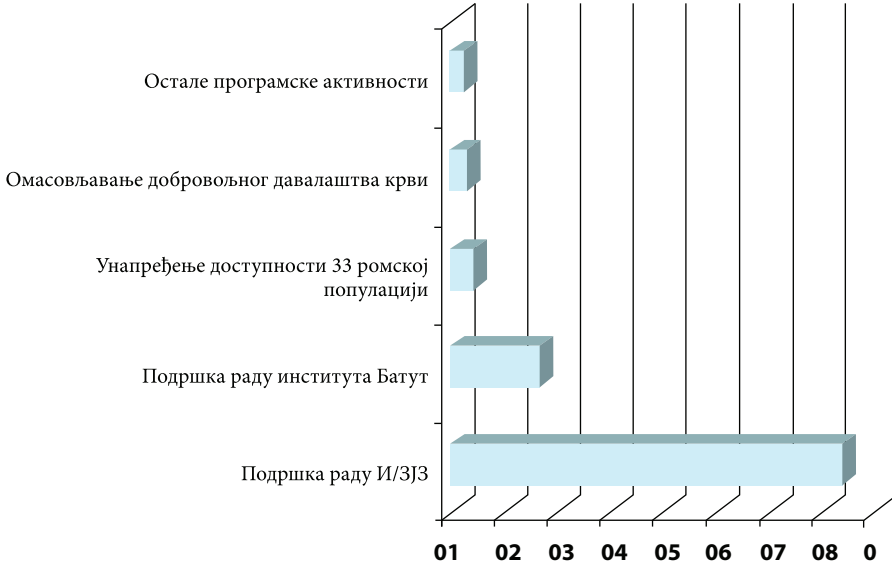
Програм „Превентивна здравствена заштита“ је финансиран:

- у току 2015. године 1.023.398.000 динара;
- у току 2016. године 934.731.000 динара;
- у току 2017. године 925.600.000 динара.

Издавање износи око 8,5% из буџета Министарства здравља.

У периоду од 2015. до 2017. године имамо пад издавања за превентивну здравствену заштиту са 1.023.398.000 на 925. 600. 000 РСД.

Програм „Превентивна здравствена заштита” са следећом структуром одређених средстава приказаних на следећем дијаграму:



Подршка раду института и завода за јавно здравље у 2017. години спровођена је кроз девет базичних програмских активности.



Активности поверене Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“:

- планирање, организација и праћење спровођења националних програма за организовани скрининг рака у Републици Србији;
- координација активности на пољу ХИВ/АИДС-а, полно преносивих инфекција, вирусних хепатитиса и туберкулозе;
- развијање националних здравствених рачуна у Србији;
- спровођење међународног здравственог правилника;
- активност научноистраживачке библиотеке на прикупљању, сређивању, чувању и издавању релевантне библиотечке грађе запосленима у систему здравствене заштите;
- програм имплементације система комуникације и праћење догађаја у јавном здрављу у складу са препорукама Европског центра за контролу болести.

У 2018. ГОДИНИ ПЛАНИРАМО:

- развој интегрисаног здравственог информационог система;
- испитивање ризичног понашања у складу са кључним индикатором Европског центра за мониторинг дрога и зависности од дрога – „Истраживања у општој популацији“;
- анализа капацитета установа из државног и приватног сектора за спровођење националног мониторинга намирница и предмета опште употребе;
- очување и унапређење сексуалног и репродуктивног здравља становништва Републике Србије;
- унапређење програма наставе предмета физичког и здравственог васпитања у основним и средњим школама.

У организационој структури Министарства здравља Републике Србије за праћење и спровођење програма „Превентивна здравствена заштита“ одговоран је Сектор за јавно здравље и програмску здравствену заштиту.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.2(497.11)(082)

ПРЕВЕНЦИЈА у функцији заштите здравља у Републици Србији / уредник Љубиша Ракић. – Београд : САНУ, 2019 (Београд : Службени гласник). – 91 стр. : илустр. ; 24 см. – (Проблеми јавног здравља и система здравствене заштите / Српска академија наука и уметности ; књ. 2)

На спор. насл. стр.: Prevention in the Function of Health Promotion in Republic of Serbia. – Тираж 400. – Библиографија уз већину радова. – Summaries.

ISBN 978-86-7025-809-9

а) Здравствена заштита – Србија – Зборници

COBISS.SR-ID 273200652