



POGLAVLJE 6

Depopulacija i javno zdravlje

Željka Stamenković

Depopulacija je društveni fenomen koji se odnosi na smanjenje broja stanovnika jedne zemlje. Osnovne pokretačke snage koje stoje iza ovog fenomena su jednostavne i čine ih pad stope fertiliteta, spoljašnje i unutrašnje migracije i visoke stope smrtnosti.

Sa stanovišta javnog zdravlja, povećanje stope fertiliteta i visoke stope smrtnosti međusobno su povezane i neophodno je preduzeti zajedničke mere da bi se prevazišla trenutna situacija. Sve tri pokretačke sile depopulacije proizilaze iz ljudskih odluka – kada da imamo decu i koliko, gde da živimo i niza odluka tokom životnog toka koje utiču na to koliko dugo živimo – i odražavaju punu složenost ljudskog odlučivanja. Ovo uključuje mrežu međusobno povezanih ličnih resursa (kao što su znanje i veštine, lične veze, socio-ekonomski status itd.) i prostorne i društvene strukture koje utiču na pristup mogućnostima (uključujući kulturu, infrastrukturu, upravljanje ili životnu sredinu).

Jedan od glavnih uzroka koji dovode do niske stope fertiliteta je *infertilitet*,⁹⁹ kao globalni problem koji se javlja kod jednog od pet parova. Faktori načina života, porast gojaznosti i faktori životne sredine u vezi sa urbanizacijom takođe utiču na fertilitet i dovode do porasta *supfertiliteta*¹⁰⁰ kod muškaraca i žena.

Parovi i žene *odlažu rađanje* i to je dovelo do stvarnog pada njihovog nivoa fertiliteta zbog starenja jajnika i srodnih razloga koji dovode do smanjenih izgleda za začeće. Odlaganje rađanja postaje jedna od ključnih odrednica negativnih trendova stope fertiliteta i ukupnog demografskog razvoja. Postoje razni uzroci odlaganja. Jedan od njih je produženo obrazovanje. Sve više žena usmereno je na sticanje *viših nivoa obrazovanja*. Samim tim, vreme rađanja se odlaže dok žena ne završi školovanje. Na osnovu nedavnih istraživanja uspostavljena je direktna veza između povećanja godina u kojim žene rađaju prvo dete, što je sveprisutni trend u mnogim evropskim zemljama, i višeg stepena obrazovanja žena i njihovog većeg udela u plaćenim poslovima (Veljović, 2017).

Opšta nestabilnost u društvenim, intimnim i poslovnim odnosima snažno se odražava i u prilagođavanju kontekstu svakodnevnog života, posebno kada je reč o važnijim životnim odlukama poput rađanja (Conger et al., 2010). S druge strane, odlaganje planiranja porodice kao složene društvene pojave moglo bi se povezati s nedostatkom dovoljno formalno obrazovanih i obučanih resursa *za brigu o starijim licima*, kada su mlađi opterećeni dodatnim finansijskim i emocionalnim problemima, ali i s vremenom koje moraju posvetiti starijima, što dovodi do njihove odluke da odlože rađanje (Rijken, 2009).

Visoke stope smrtnosti uzrokovane prevalencijom faktora rizika za hronične nezarazne bolesti, dostupnošću zdravstvenih usluga i drugim faktorima direktno doprinose smanjenju broja stanovnika. Takođe, rast udela stanovnika od 65 i više godine starosti doprinosi visokoj stopi smrtnosti usled lošijeg zdravstvenog stanja ove populacije i pratećih bolesti koje mogu da rezultiraju smrtnim ishodom.

Šire determinante koje utiču na zdravlje, kao što su socio-ekonomski status, način života i zdravstvene usluge, treba da budu usmerene na poboljšanje zdravlja stanovništva i posledično na smanjenje stope smrtnosti. Da bismo sprečili depopulaciju, moramo ozbiljno da se pozabavimo hroničnim nezaraznim bolestima i da smanjimo njihovu učestalost.

Budući da je opšti cilj javnog zdravlja prevencija bolesti, unapređenje zdravlja i poboljšanje kvaliteta života, u ovom poglavlju razmotrićemo šta se može učiniti u postojećem kontekstu kako bi se promenila sadašnja slika trenda depopulacije. Biće reči o osnovnim karakteristikama sistema zdravstvene zaštite u Srbiji, glavnim uzrocima niskog fertiliteta i visoke stope smrtnosti, zdravstvenim pokazateljima starijih osoba te zdravstvenim posledicama trenutne pandemije kovida-19. Poglavlje se završava preporukama za prilagođavanje javne politike novoj demografskoj stvarnosti.

⁹⁹ Infertilitet se definiše kao nemogućnost postizanja trudnoće nakon 12 ili više meseci redovnog nezaštićenog seksualnog odnosa.

¹⁰⁰ Supfertilitet predstavlja smanjenu reproduktivnu sposobnost žene ili muškarca.

1 Zdravstveni sistem Republike Srbije

Zdravstveni sistem Republike Srbije pretežno je centralizovan, sa Ministarstvom zdravlja kao glavnim donosiocem odluka koji blisko sarađuje sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje (RFZO) i Institutom za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (IJZ). Republički fond za zdravstveno osiguranje predstavlja državnu agenciju za fiskalnu distribuciju sredstva prikupljenih putem doprinosa za socijalno osiguranje.

Pružanje usluga zdravstvene zaštite. U pogledu pristupačnosti, Srbija ima sveobuhvatan univerzalni zdravstveni sistem sa besplatnim pristupom zdravstvenim uslugama na primarnom nivou, ali postoje nejednakosti u korišćenju zdravstvenih usluga, pri čemu najugroženiji, neosigurani i Romi imaju više problema u pristupu zdravstvenoj zaštiti. Finansijska ograničenja su glavni razlog nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom, koje su češće među osobama nižeg nivoa obrazovanja i u najsiromašnijem sloju stanovništva. Pored toga, istraživanje o katastrofalnim direktnim plaćanjima među stanovništvom pokazalo je da je pogođeno 2,3% stanovništva, sa većom stopom javljanja u ruralnim područjima, brojnijim domaćinstvima, najsiromašnijim domaćinstvima i među onima koji imaju neko hronično oboljenje (WHO, 2019).

Zdravstvene ustanove u državnom vlasništvu čine široku mrežu na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou, a nadgleda ih Ministarstvo zdravlja. Prvi nivo kontakta sa zdravstvenim sistemom ostvaruje se u ustanovama primarne zdravstvene zaštite koje se osnivaju za teritoriju grada, odnosno jedne ili više opština u skladu sa Uredbom o Planu mreže zdravstvenih ustanova (2020). Sa ovog nivoa se korisnici, odnosno pacijenti upućuju na više nivoe, prevashodno na nivo sekundarne zdravstvene zaštite – specijalističko-konsultativne i bolničke, gde se obezbeđuju kompleksnije zdravstvene usluge. Kada zdravstveni problem premaši bolničke kapacitete, pacijenti se upućuju na tercijarni nivo zdravstvene zaštite. Usluge koje se pružaju u privatnom sektoru plaćaju se iz džepa građana ili putem dodatnog privatnog zdravstvenog osiguranja (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2019).

Država ili autonomna pokrajina obezbeđuju sredstva za izgradnju i opremanje državnih zdravstvenih ustanova, što uključuje: kapitalne investicije, investicije za održavanje prostorija, nabavku medicinske i druge opreme neophodne za rad zdravstvenih ustanova i prevoznih sredstava, nabavku opreme za razvoj integrisanog zdravstvenog informacionog sistema, kao i za druge obaveze utvrđene zakonom i osnivačkim aktom.

Na nacionalnom nivou, Ministarstvo zdravlja razvija plan broja zdravstvenih radnika u zdravstvenim ustanovama na osnovu

Uredbe o planu mreže zdravstvenih ustanova (2020), koji obuhvata zaposlene obuhvaćene pojedinačnim zdravstvenim planovima zdravstvenih ustanova. Državni sektor je glavni poslodavac zdravstvenih radnika u Srbiji.

Sredstva za funkcionisanje zdravstvenog sistema obezbeđuju se kroz doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje, opšte oporezivanje, plaćanje iz džepa građana, premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i međunarodne donacije. Glavni izvor prihoda za finansiranje zdravstva u Srbiji čine doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje koji potiču iz zarada zaposlenih i dobiti poslodavca. Zakon o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje (2022) definiše stopu doprinosa, uključujući stopu za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje (26%), za obavezno zdravstveno osiguranje (10,3%) i za osiguranje od nezaposlenosti (0,75%). Doprinosi za obavezno penzijsko i invalidsko osiguranje i za osiguranje za slučaj nezaposlenosti takođe delimično idu u RFZO, kroz doprinose Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje i Nacionalne službe za zapošljavanje.

Relativno posmatrano, kao procenat bruto domaćeg proizvoda (BDP), Republika Srbija izdvaja za zdravstvenu zaštitu više od niza evropskih zemalja. Međutim, posmatrano u apsolutnom iznosu, Srbija izdvaja mala sredstva za zdravstvenu zaštitu u poređenju sa drugim evropskim zemljama, što je posledica relativno niskog nivoa bruto domaćeg proizvoda. Prema dostupnim podacima, ukupni izdaci za zdravstvo u Srbiji činili su 2018. godine 8,5% BDP-a, tačnije 1.484 USD po glavi stanovnika (prema paritetu kupovne moći) (Krstić et al., 2019). Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu su rasli tokom desetogodišnjeg perioda, pri čemu se pokazuje kontinuirano smanjenje njihovog učešća u bruto domaćem proizvodu (WHO, 2021). Javni izvori finansiranja u zdravstvenom sistemu konstantno su opadali tokom poslednje decenije, dostigavši 59,4% ukupnih izdataka za zdravstvo 2018. godine. U skladu s tim, privatni rashodi predstavljaju značajan izvor finansiranja i iznosili su 39,6% ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu 2018. godine (WHO, 2021). Plaćanja iz džepa građana (*out of the pocket payment* – *OOP*), u obliku participacije i direktnih plaćanja, čine ogromnu većinu ove privatne potrošnje (oko 96%), dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje čini manje od 1% ukupne zdravstvene potrošnje. Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje iz nacionalnog fonda zdravstvenog osiguranja (RFZO) predstavljaju najveći udeo u ukupnim zdravstvenim prihodima iz javnih izvora (94%) (IJZS, 2018). Trenutno je sistem finansiranja socijalnog zdravstvenog osiguranja veoma opterećen i najveći deo tereta finansiranja stavlja na zaposlene u javnom sektoru.

2 Infertilitet

Međunarodni komitet za praćenje asistiranu reproduktivnu tehnologiju (*International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology – ICMART*) i SZO definišu infertilitet kao nemogućnost postizanja trudnoće nakon 12 ili više meseci redovnog nezaštićenog seksualnog odnosa (Zegers-Hochschild et al., 2009). Infertilitet je globalni problem i pogađa značajan deo čovečanstva. Teško je odrediti globalne stope zastupljenosti infertiliteta, zbog prisustva i muških i ženskih faktora koji komplikuju bilo kakvu procenu koja se može odnositi samo na ženu i ishod dijagnoze trudnoće ili živorođenja (WHO, 2022b). SZO je izračunala da je time pogođeno više od 10% žena – žena koje su bezuspešno pokušavale da zatrudne i koje su ostale u stabilnoj vezi pet ili više godina. Štaviše, procena je da je 2,5 puta više žena koje su bezuspešno pokušavale i ostale u stabilnoj vezi dve godine. Opterećenje muškaraca supfertilitetom i infertilitetom je nepoznato. Ukupno opterećenje supfertilitetom i infertilitetom je značajno, verovatno potcenjeno i nije pokazalo nikakvo smanjenje u poslednjih 20 godina (WHO, 2022c).

Prema podacima Instituta za zdravstvenu metriku i evaluaciju Univerziteta u Vašingtonu (*Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME*), svaki četvrti par u zemljama u razvoju bio je pogođen infertilitetom. Jedna studija SZO pokazala je da je ukupno opterećenje infertilitetom kod žena iz 190 zemalja ostalo slično u procenjenim nivoima i trendovima od 1990. do 2010. godine (IHME, 2022). Nažalost, podaci o infertilitetu za Republiku Srbiju nisu dostupni. Stoga ćemo se oslanjati na evropske procene. Iako ove brojke nisu ohrabrujuće, oblast reproduktivne medicine i endokrinologije ubrzano napreduje, sa uspešnim primerima u kojima su rešeni problemi infertiliteta i fertiliteta – od najjednostavnijih metoda podizanja svesti o fertilitetu do naprednijih inovacija. Dostupnost asistiranih reproduktivnih tehnologija (ART) godinama se razvija, a njihova primena u Republici Srbiji razlikuje se u ambulantama za infertilitet koje su obuhvaćene Uredbom o planu mreže zdravstvenih ustanova (državne ustanove) i onim van Plana mreže zdravstvenih ustanova (privatne ustanove). Od kraja 2006. godine, Republički fond za zdravstveno osiguranje finansira Nacionalni program le-

čenja infertiliteta. Ministarstvo zdravlja je u periodu od 2009. do 2017. godine donelo Zakon o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja (2009) i niz podzakonskih akata, dok je 2017. usvojen Zakon o biomedicinski potpomognutoj oplodnji (2017). Da bi par, odnosno osiguranik bio uključen u program vantelesne oplodnje o trošku zdravstvenog osiguranja, bilo u državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama, mora da ispunjava propisane uslove (IJZ, 2018).

Prema poslednjim dostupnim podacima, tokom 2017. godine pravo na lečenje infertiliteta ART-om obezbeđeno je u 16 zdravstvenih ustanova (državnih i privatnih), koje su uradile 3.108 ART procedura, što je za 22% više u odnosu na prethodnu godinu. Nakon uvođenja privatnih zdravstvenih ustanova u sistem zdravstvenog osiguranja 2016. godine došlo je do smanjenja ukupnog broja usluga koje se pružaju u državnim ustanovama, dok je broj usluga koje se pružaju u privatnim zdravstvenim ustanovama značajno povećan. Jedno od mogućih objašnjenja mogao bi da bude bolji kvalitet lečenja u privatnim ustanovama, ali i pitanje privatnosti, odnosno anonimnosti pacijenata.

Pacijenti čije medicinske indikacije zahtevaju neku od drugih tehnologija mogu im pristupiti u centrima za biomedicinski potpomognutu oplodnju koji su van Plana mreže o svom trošku.¹⁰¹

Prema statističkim podacima iz Izveštaja specijalnog nadzornog tela Evropskog društva za humanu reprodukciju i embriologiju (*European Society for Human Reproduction and Embryology – ESHRE*), koje je analiziralo rad klinika u 2013. godini, 15 klinika u Srbiji prijavilo je 2.720 ciklusa vantelesne oplodnje i rođenje 908 novorođenčadi (EIM, 2017). U Srbiji se praksa ART-a predstavlja kao doprinos natalitetu, uprkos podacima koji pokazuju da je udeo porođaja koji su rezultat uspešne vantelesne oplodnje zanemarljiv u ukupnoj stopi nataliteta, tj. oko 1,5% beba u odnosu na ukupan prosečan broj rođenih u Srbiji (oko 65.000), što je nizak udeo učešća u poređenju sa Slovenijom (6%), Danskom (6,2%) ili Finskom (5,8%) (Kupka et al., 2016; Kričković, 2018).

¹⁰¹ Region Vojvodine beleži značajan porast pružanja usluga ART-a, posebno u privatnim zdravstvenim ustanovama (IJZ, 2018). Razlozi koji leže u osnovi ovih regionalnih dispariteta usluga ART-a trebalo bi da budu predmet budućih istraživanja.

3 Životni stil

Životni stil se odnosi na ponašanje i životne izbore koji mogu uticati na opšte zdravlje i dobrobit pojedinaca, uključujući fertilitet. Iako se mnogi aspekti života ne mogu menjati, stil života se može promeniti. Kako na fertilitet mogu uticati različiti faktori, jedno od mogućih objašnjenja za trend opadanja fertiliteta je da različiti stilovi života doprinose pogoršanju fertiliteta muškaraca i žena. Istraživanja pokazuju da faktori načina života kao što su ishrana, težina, fizička aktivnost, spavanje, fizički i psihološki stres, rizična ponašanja, npr. pušenje, konzumacija alkohola, upotreba i zloupotreba supstanci i narkotika itd., imaju izrazite efekte na zdravlje i bolest. Fertilitet podjednako trpi. Ti faktori igraju ključnu ulogu u određivanju reproduktivnog zdravlja i mogu pozitivno ili negativno da utiču na fertilitet kod žena, muškaraca ili i jednih i drugih (Acharya et al., 2017; Sharma et al., 2013).

Dok životni stil utiče na mogućnost začeća, na životni stil u značajnoj meri utiču socijalno-ekonomske determinante. Siromaštvo je jedan od ključnih faktora u objašnjenju razlika u životnim stilovima i u zdravstvenim ishodima. Na ove razlike takođe utiču razlike u položaju pojedinca ili populacione grupe u društvu (što se odražava i u pristupu resursima kao što su obrazovanje, zaposljavanje, stanovanje), kao i nivo učešća u društvu i kontrola nad sopstvenim životom. Viši prihodi i viši socijalni status su povezani sa zdravijim izborima i boljim zdravstvenim ishodom. Što je veća razlika između najbogatijih i najsiromašnijih ljudi, to je veća razlika u zdravlju. Takođe, nizak nivo obrazovanja povećava verovatnoću da osoba izabere nezdrav način života, što dovodi do lošijih zdravstvenih ishoda. Bolji pristup zdravstvenim uslugama utiče na sprečavanje bolesti i brže lečenje. Ove socijalno-ekonomske determinante snažno uzajamno reaguju i utiču na izbor stila života i zdravlje uopšte. Poboljšanje u jednoj od njih može da proizvede poboljšanje u zdravstvenom ponašanju ili u zdravstvenim ishodima kod pojedinaca, ali i u čitavim populacijama (WHO, 2003; WHO, 2008).

Prema našim saznanjima, nema adekvatnih podataka o tome koliko su zdravstvene teme zastupljene u školama. Poznato je da nema pojedinačnih predmeta koji se bave javnozdravstvenim pitanjima, već se ovakve nastavne jedinice sporadično obrađuju u okviru drugih predmeta poput biologije ili fizičkog vaspitanja. S druge strane, odmah posle kuće, deca najveći deo vremena provode u školi pa se upravo iz tog razloga škola identifikuje kao institucija gde treba intervenirati kako bi se podigla svest i dece i zaposlenih o značaju zdravih stilova života i kako bi se oni pokrenuli na akciju, tj. promenu.

Uhranjenost od najranijeg perioda života ima značajan uticaj na zdravlje, reproduktivni potencijal i stopu smrtnosti. Stanje uhranjenosti dece odražava njihovo opšte zdravlje. Kada deca imaju pristup adekvatnoj hrani, ona nisu izložena učestalim bolestima, a

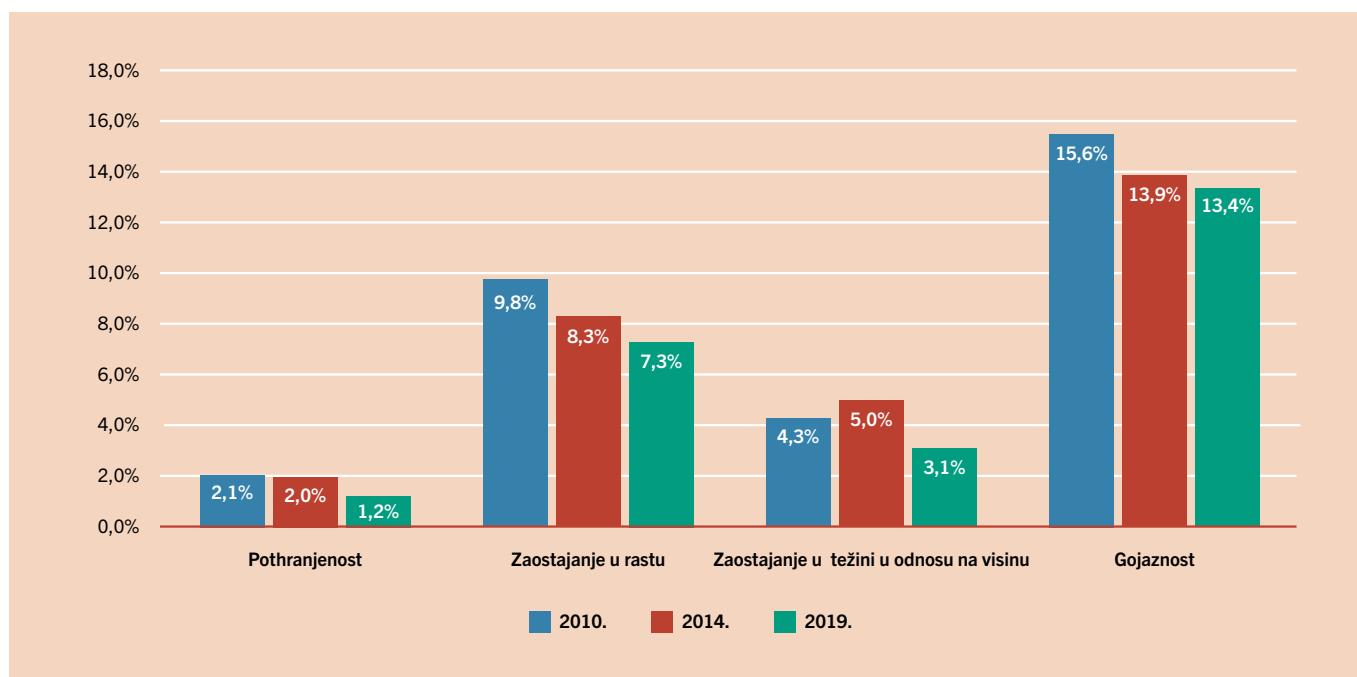
kada se o deci vodi odgovarajuća briga, ona dostižu svoj potencijal rasta i smatraju se dobro uhranjenom.

S druge strane, pothranjenost je povezana sa skoro polovinom svih smrtnih slučajeva dece širom sveta. Kod dece koja pate od pothranjenosti postoji veća verovatnoća da će umreti od uobičajenih dečjih bolesti, a ona koja prežive češće obolevaju i usporeno rastu. Tri četvrtine dece koja su umrla od uzroka povezanih s pothranjenošću imalo je samo blage ili umerene oblike pothranjenosti, što znači da su pokazivali malo spoljašnjih znakova ranjivosti. Pothranjenost nije jedini aspekt uhranjenosti koji ima implikacije na zdravlje. Rezultati brojnih istraživanja koja su se bavila stanjem uhranjenosti pokazali su da je fenomen gojaznosti u detinjstvu i adolescenciji najbolji pokazatelj opterećenja faktora rizika za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti kasnije u životu. Gojaznost je usko povezana s drugim faktorima rizika (ishrana i fizička neaktivnost) (WHO, 2022d).

Rezultati istraživanja višestrukih pokazatelja (*Multiple Indicator Cluster Survey – MICS*) sprovedenog 2019. godine pokazali su da je zastupljenost umereno i teško pothranjene dece u Srbiji relativno niska. Pokazatelji stanja uhranjenosti iz 2019. godine daju bolju sliku u odnosu na 2014. i 2010. godinu (grafikon 1) (RZS i UNICEF, 2021).

Romska populacija, koja je među najugroženijom populacijom u Evropi, posebno u Republici Srbiji, često je izložena diskriminaciji, društvenoj marginalizaciji i siromaštvu, što takođe povlači i slabiji pristup zdravstvenim uslugama. Status uhranjenosti dece uzrasta do pet godina koja žive u romskim naseljima pokazuje nepovoljniju situaciju nego u opštoj populaciji. U 2019. godini 7,3% dece mlađe od 5 godina je bilo pothranjeno, 22,6% je zaostajalo u rastu, 3,4% je zaostajalo u težini u odnosu na visinu, a 9,7% je bilo gojazno. U odnosu na 2014. i 2010. godinu, skoro svi pokazatelji uhranjenosti (osim gojaznosti) povoljniji su u ovoj populaciji (grafikon 2), ali su i dalje dosta nepovoljniji u odnosu na opštu populaciju.

Da bi se poboljšao nutritivni status u romskoj populaciji, potrebno je ojačati i zdravstveno obrazovanje i zdravstveni sistem. U širem smislu, ukupan socio-ekonomski status romskih porodica treba poboljšati – edukacijom roditelja, preko školovanja, sprečavanjem ranih brakova i osnaživanjem za planiranje porodice. Neophodno je redovno praćenje pokazatelja uhranjenosti dece kako bi se bolje planirale inicijative namenjene deci. Uzimajući u obzir da se rizik od gojaznosti u kasnijim godinama detinjstva i adolescencije često uspostavlja u ranim fazama života, važno je posvetiti neophodnu pažnju gojaznosti koja se javlja u ranom periodu života. Borba protiv gojaznosti i pružanje boljih usluga za decu zahtevaju multisektorski pristup, a posebno saradnju obrazovnog i zdravstvenog sistema. Neuhranjenost romske dece zahteva dodatnu pažnju van zdravstvenog sistema kako bi se rešilo pitanje dostupnosti hrane, higijene i drugih socio-ekonomskih determinanti koje utiču na zdravstvene ishode.

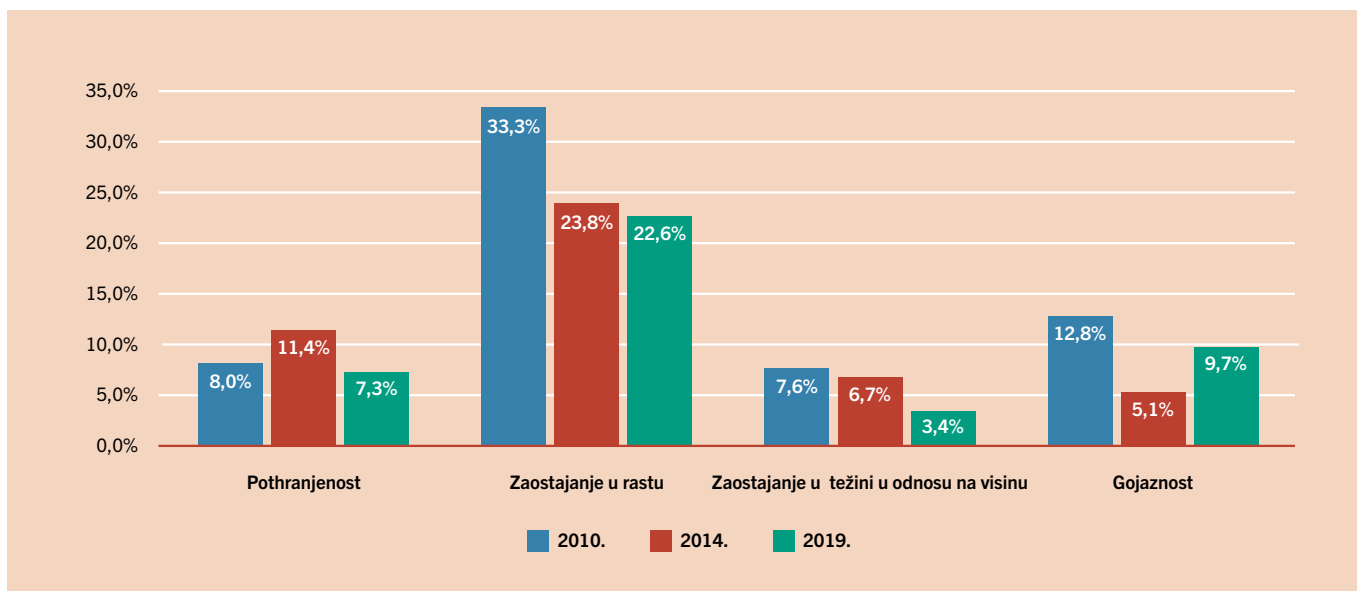


Grafikon 1. Uhranjenost kod dece mlađe od 5 godina

Među odraslim osobama, neuhranjenost i gojaznost i srodne nezazorne bolesti predstavljaju ne samo zdravstveno već i ekonomsko i društveno opterećenje za pojedince, porodice, zajednicu i društvo u celini. Gojaznost je povezana s povećanim rizikom od vodećih nezazornih bolesti poput dijabetesa tipa 2, kardiovaskularnih i malignih bolesti (Guh et al., 2009). Viši indeks telesne mase (*Body Mass Index - BMI*)¹⁰² može uticati na hormonski disbalans, rizike u

trudnoći, broj lekova potrebnih za lečenje fertiliteta kod žena te na broj spermatozoida kod muškaraca (Amiri et al., 2020).

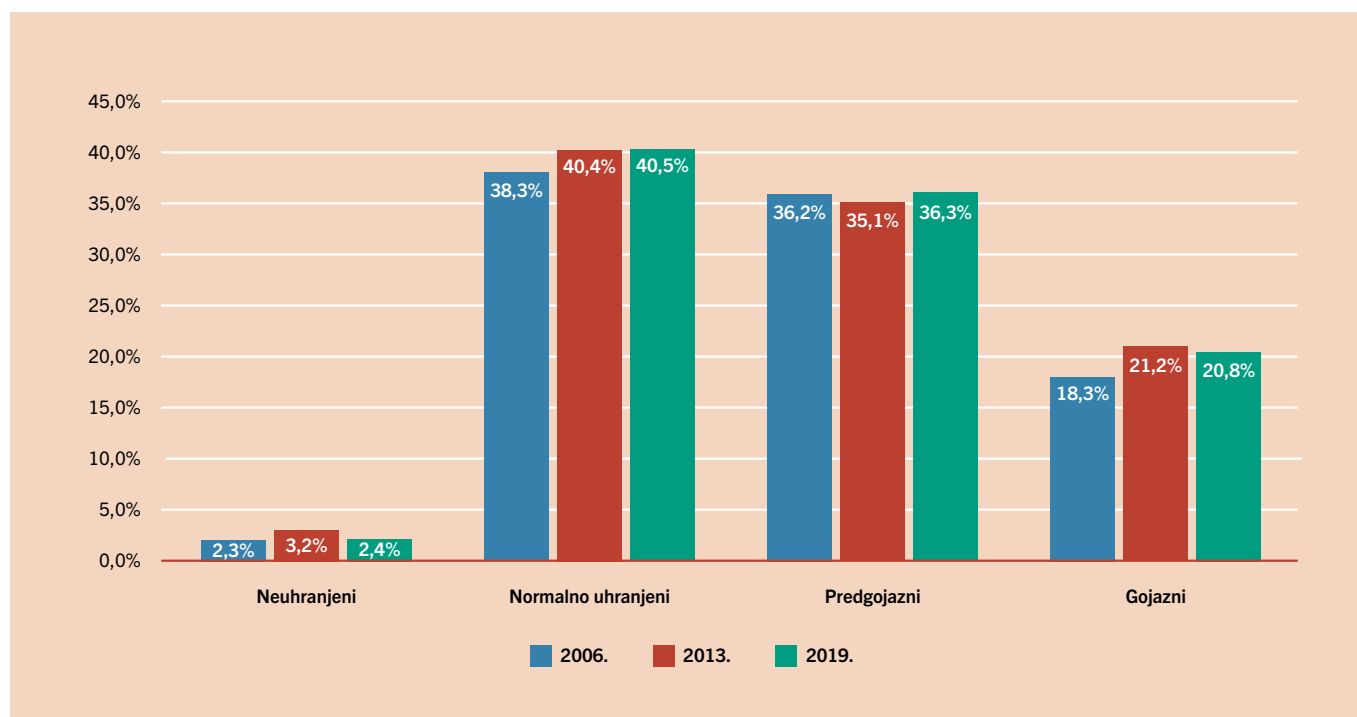
Učestalost gojaznosti dugo je imala epidemijski karakter na globalnom nivou, a SZO je još 1997. godine zvanično označila epidemiju gojaznosti i istakla je kao važan javnozdravstveni problem (WHO, 1998). Ozbiljni zdravstveni rizici, skraćivanje životnog veka i enorm-



Grafikon 2. Uhranjenost dece mlađe od 5 godina koja žive u romskim naseljima

Izvor: RZS i UNICEF, 2021.

¹⁰² Indeks telesne mase je mera koja ukazuje na stanje uhranjenosti kod odraslih. Definiše se kao težina osobe u kilogramima podeljena s kvadratom visine osobe u metrima (kg/m²). Vrednosti indeksa telesne mase ukazuju na sledeće: ispod 18,5: pothranjenost; 18,5–24,9: normalna težina; 25,0–29,9: prekomerna težina; ≥ 30: gojaznost.



Grafikon 3. Stanje uhranjenosti kod odraslog stanovništva u Srbiji

ni ekonomski efekti u vezi sa gojaznošću predstavljaju dodatno opterećenje, posebno kada su u pitanju hronične nezarazne bolesti i invaliditet (Gardner i Halweil, 2000).

Rezultati poslednja tri zdravstvena istraživanja (iz 2006, 2013. i 2019. godine) pokazuju da među odraslom populacijom u Srbiji nema značajnijih promena u kategorijama uhranjenosti tokom vremena (grafikon 3) (Milić et al., 2021; Grozdanov et al., 2014).

Ipak, alarmantna je činjenica da je svaka treća osoba predgojazna, a svaka četvrta gojazna, i to traži da se preduzmu mere za sprečavanje gojaznosti i smanjenje njenog uticaja tokom životnog veka.

Uzimajući u obzir da se rizik od gojaznosti u kasnijim godinama detinjstva i adolescencije često utvrđuje u ranim fazama života, potrebno je redovno praćenje uhranjenosti dece kako bi se bolje planirale inicijative namenjene deci mlađoj od pet godina i deci školskog uzrasta. Borba protiv gojaznosti i pružanje boljih usluga za decu zahtevaju multisektorski pristup, a posebno saradnju obrazovnog i zdravstvenog sistema. U cilju poboljšanja stanja uhranjenosti stanovništva Srbije, što će se kasnije pozitivno odraziti na zdravstvene ishode, potrebno je poboljšati ukupni socio-ekonomski status. Na dobru uhranjenost utiču i praksa nege i težnja ka zdravim životnim stilovima.

Pravilne navike u ishrani obezbeđuju optimalan unos hranljivih materija potrebnih za održavanje dobrog zdravlja i, između ostalog, podrazumevaju dnevni izbalansirani unos svih vrsta namirnica podeljenih u nekoliko obroka tokom dana (doručak, ručak, večera i dve užine). Pored izbora namirnica, važna je i učestalost njihovog unosa, odnosno broj obroka i način pripreme hrane. Neuhranjenost je jedan od vodećih faktora rizika za mnoge bolesti poput dijabetesa, bolesti srca i krvnih sudova, malignih i oralnih oboljenja (WHO, 2003).

Tokom istraživanja zdravlja 2019. godine (Milić et al., 2021) ispitivane su navike u ishrani kao što su dnevni unos voća i povrća, mleka i mlečnih proizvoda, hleba, ribe, vrsta masti koje se koriste u ishrani odnosno za pripremu hrane, zastupljenost doručka i navike u konzumiranju soli kod odraslih starijih od 15 godina. Rezultati su pokazali da je 83,8% stanovništva Srbije imalo naviku da doručkuje svaki dan (Milić et al., 2021). U odnosu na 2013. godinu, uočen je napredak u pogledu povećanja procenta stanovništva koje doručkuje svakog dana (78,1%) (Grozdanov et al., 2014). Dnevni unos voća (svežeg, smrznutog, konzerviranog, sušenog, isključujući sveže ceđene sokove) i povrća ili salate (svežeg, smrznutog, sušenog, konzerviranog, isključujući sokove i supe od povrća) bio je nepovoljniji 2019. nego 6 godina ranije (voće je jelo 39,4% naspram 45,6% ispitanika, a povrće 50,2% naspram 57,1%). Isti obrazac uočen je i u dnevnom unosu mleka i mlečnih proizvoda, koje je 2019. godine dnevno konzumiralo 41,8% stanovništva, što je značajan pad u odnosu na 2013. godinu, kada je taj procenat bio 51,7% (Milić et al., 2021; Grozdanov et al., 2014).

U Srbiji je 2019. godine 86,2% stanovništva u ishrani svakodnevno koristilo hleb. Upotreba masti životinjskog porekla za pripremu obroka povećana je 2019. godine (39,2%) u odnosu na 2013. (25,9%) i 2006. godinu (33,6%) (Milić et al., 2021).

Na osnovu ovih podataka možemo zaključiti da ljudi u Srbiji poslednjih godina pogoršavaju navike u ishrani, posebno u pogledu unosa mlečnih proizvoda i konzumacije voća i povrća. Razlozi su mnogostruki i kreću se od ubrzanog tempa života, preko modernizacije, do dostupnosti i pristupačnosti nezdrave hrane. Iz tih razloga potrebni su dodatni napor da se podigne svest stanovništva o značaju zdrave ishrane, kao i da se stanovništvo pridržava preporuka o ishrani, što bi značajno smanjilo rizik od hroničnih bolesti.

Redovna fizička aktivnost smanjuje rizik od prejedanja, hroničnih nezaraznih bolesti poput raka dojke i debelog creva, bolesti srca i krvnih sudova, dijabetesa i pozitivno utiče na mentalno zdravlje i kvalitet života (WHO, 2018a). Takođe, fizička neaktivnost predstavlja jedan od faktora koji u značajnoj meri doprinose infertilitetu (Foucaut et al., 2019). Prema podacima iz 2019. godine, polovina stanovništva Srbije (46,3%) bila je izložena umerenim fizičkim naporima ili hodanju tokom svojih poslovnih aktivnosti (uključujući plaćene i neplaćene poslove, rad u kući ili oko kuće, brigu o porodici ili učenje), dok je 41,1% bilo izloženo lakom fizičkom naporu (koji podrazumeva uglavnom sedenje ili stajanje) (Milić et al., 2021). Težak fizički napor (koji podrazumeva veoma težak rad ili fizički zahtevne aktivnosti) zabeležen je kod 9,8% stanovništva, dok 2,9% stanovništva nije obavljalo nikakvu radnu aktivnost. Većina stanovništva Srbije (93,8%) je najmanje jednom nedeljno obavljala 10-minutnu fizičku aktivnost koja nije povezana sa radnim aktivnostima (93,2% je hodalo, 23,2% je vozilo bicikl, 13,8% se bavilo fitnessom, sportom ili rekreacijom, a 7,2% se bavilo intenzivnom fizičkom aktivnošću koja je namenjena jačanju mišića) (Milić et al., 2021).

Hodanje u kontinuitetu u trajanju od najmanje 10 minuta dnevno prilično je rasprostranjena praksa (75,2% ispitanika 2019. godine) i ne razlikuje se značajno u odnosu na 2013. godinu (72,9%). Vožnja bicikla je manje popularna, sa samo 9% stanovništva koje vozi bicikl najmanje 10 minuta dnevno. U Vojvodini je ovaj vid aktivnosti nešto više zastupljen (23,5%) u odnosu na druge geografske oblasti, verovatno zbog ravnog terena u Vojvodini i postojećih biciklističkih staza (Milić et al., 2021; Grozdanov et al., 2014).

Sve u svemu, čini se da fizička aktivnost nije prioritet za srpsko stanovništvo, iako može doprineti pozitivnim zdravstvenim ishodima. Stanovništvo je manje fizički aktivno u odnosu na pre 6 godina. Svaki četvrti građanin ne hoda najmanje 10 minuta dnevno. Kada bi se samo mladi okrenuli umerenoj fizičkoj aktivnosti, a to može biti šetnja od 30 minuta dnevno 5 dana u nedelji, rizik od razvoja najčešćih hroničnih nezaraznih bolesti poput hipertenzije i dijabetesa značajno bi se smanjio. Opšte je prihvaćeno da je potrebno podsticajno okruženje za promovisanje i postizanje trajnog povećanja aktivnosti na nivou stanovništva. Ovo je posebno slučaj s vožnjom bicikla, koja je retkost i zahteva obezbeđenje biciklističke infrastrukture.

Treba se osvrnuti na životne stilove i navike mladih¹⁰³ koji predstavljaju posebnu populacionu grupu koja većinski doprinosi stopi fertiliteta i prirodnog priraštaja. Rezultati istraživanja o položaju i potrebama mladih iz 2021. godine pokazuju da je svega 14% mladih fizički aktivno, a većina bi želela da je fizički aktivnija (85%). Imajući na umu najčešće razloge koje mladi navode kao uzrok svoje neaktivnosti (umor, nedostatak vremena, nedostatak društva za vežbanje, nedostatak prostora za vežbanje), potrebno je osmisliti strategiju koja podržava izgradnju okruženja za bavljenje fizičkom aktivnošću tako da infrastruktura za vežbanje bude lako dostupna svima, posebno na otvorenom prostoru, a sadržaji promovisani putem savremenih kanala komunikacije (MOS, 2020).

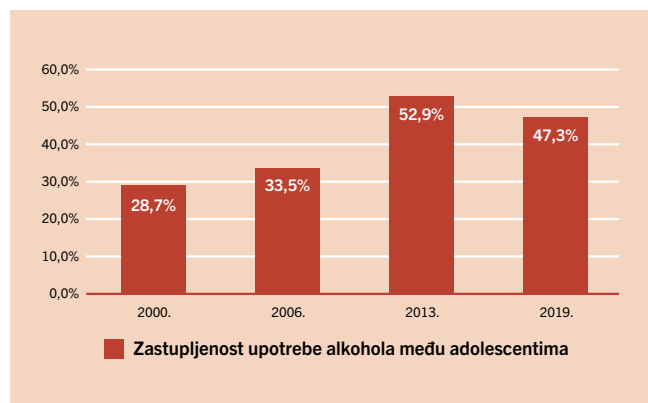
Upotreba duvana povezana je s povećanim rizikom od bolesti i smrti od respiratornih bolesti, bolesti srca i krvnih sudova, brojnih malignih i drugih bolesti (WHO, 2008a). U Srbiji je upotreba duvana već dugu niz godina jedan od najčešćih faktora rizika po zdravlje. To potvrđuju i rezultati Istraživanja zdravlja stanovništva iz 2019. i 2013. godine.

Rasprostranjenost navika pušenja duvanskih proizvoda (svakodnevnih ili povremenih) među stanovništvom od 15 i više godina iznosila je 2019. godine 31,9% (Milić et al., 2021). Ova rasprostranjenost nešto je niža nego 2013. godine, kada je iznosila 34,7%, ali je ipak veoma visoka i potrebni su dodatni napor da se ona smanji (Grozdanov et al., 2014). Kada je reč o mladima, 24,5% mladih su aktivni pušači (MOS, 2020). Ovo je posebno važno jer pušenje utiče na reproduktivni potencijal i može značajno da umanjuje sposobnost začeća (Kovac et al., 2015; Levine et al., 2017). Istraživanja jasno ukazuju da su stope infertiliteta među pušačima duplo već od stope infertiliteta među nepušačima (American Society for Reproductive Medicine, 2022).

Jedan od koraka za smanjenje ove navike u populaciji bila bi primena mera kontrole duvana zasnovanih na dokazima u skladu s Okvirnom konvencijom Svetske zdravstvene organizacije o kontroli duvana (WHO, 2008b). Poslednjih godina na tržištu su se pojavili novi duvanski i nikotinski proizvodi i njihova popularnost raste. Zagrejski duvanski proizvodi i elektronske cigarete predstavljaju novi izazov u globalnim nastojanjima da se stanovništvo zaštiti od efekata upotrebe duvana i izloženosti duvanskom dimu. Prema podacima iz 2019. godine, elektronske cigarete ili slične elektronske uređaje (dnevno ili povremeno) koristilo je 3,3% stanovništva.

Ratifikacijom Okvirne konvencije o kontroli duvana Svetske zdravstvene organizacije Republika Srbija se 2007. godine, zajedno sa još 139 zemalja sveta, obavezala na sveobuhvatnu akciju u cilju kontrole duvana i usvojila Strategiju kontrole duvana (2007). Država je na taj način kontrolu duvana postavila kao prioritet. Korak dalje napravljen je 2010. godine kada je donet *Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu*. Ovim zakonom uređuju se mere ograničavanja upotrebe duvanskih proizvoda u cilju zaštite stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, kontrola zabrane pušenja i nadzor nad primenom ovog zakona (Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, 2010). Pre i posle donošenja Zakona sprovedene su razne kampanje protiv pušenja, ali je rasprostranjenost pušenja i dalje veoma visoka. Rezultati istraživanja zdravlja iz 2019. ukazuju da je potrebno poboljšati zakonodavstvo i njegovu primenu u skladu sa Okvirnom konvencijom SZO o kontroli duvana (2003), potpunom zabranom pušenja na svim radnim i javnim mestima bez izuzetka, uključujući potpunu zabranu pušenja u kafićima i restoranima, gde je izloženost duvanskom dimu najveća. Pošto je skoro polovina stanovništva (48,9%) starijeg od 15 godina svakodnevno bila izložena duvanskom dimu u zatvorenom prostoru (Milić et al., 2021), neophodno je ojačati mehanizme koji bi za krajnji cilj imali manju izloženost nepušača duvanskom dimu i na taj način blagovremeno umanjili rizik od štetnih posledica koje pušenje (bilo aktivno ili pasivno) ima.

¹⁰³ Mladi u Republici Srbiji obuhvataju populacionu grupu lica od 15 do 29 godina, odnosno navršениh 30 godina, kako je definisano u Zakonu o mladima (Sl. glasnik RS, br. 50/2011).



Grafikon 4. Zastupljenost upotrebe alkohola među adolescentima

Izvor: DevInfo, Republika Srbija. Republički zavod za statistiku. Elektronska baza podataka. Dostupno na <http://devinfo.stat.gov.rs/SerbiaProfileLauncher/>.

Zloupotreba alkohola predstavlja značajan zdravstveni, socijalni i ekonomski problem. Zloupotreba alkohola je čest uzrok saobraćajnih i drugih nesreća, nasilja, oboljenja jetre i drugih hroničnih bolesti i jedan je od vodećih faktora rizika za preranu smrt (WHO, 2018b). Štetna upotreba alkohola određena je ne samo zapremi-

nom već i učestalošću pijenja. Količina konzumiranja alkohola i način konzumiranja alkohola utiču i na zdravstvene i na socijalne ishode. Konkretno, opijanje¹⁰⁴ tokom određenih prilika predstavlja veliki problem za javno zdravlje, jer ima štetne posledice po dobrobit pojedinca, kao i po društveno i mentalno ponašanje.

Polovina stanovništva Srbije (50,7%) ne konzumira alkohol (39,3% nikada nije probalo alkohol, a 11,4% nije konzumiralo alkohol u prethodnih 12 meseci). Prema podacima iz 2019. godine, 3,1% stanovništva konzumiralo je alkohol na dnevnom nivou, što je blagi pad u odnosu na 2013. i 2006. godinu, kada je 4,7% i 3,4% stanovništva konzumiralo alkohol (Milić et al., 2021). Međutim, upotreba alkohola među adolescentima 2019. godine porasla je za skoro 60% u odnosu na 2000. godinu (grafikon 4). Kod mladih postoji trend konzumiranja alkohola koji se zove kultura konzumiranja umesto komunikacije, što znači da je raniji obrazac pijenja „druženje uz alkohol“ sada zamenjen „opijanjem uz moguće druženje“ (Đorđević, 2016). Ovaj obrazac pijenja je štetan jer je povezan s različitim tipovima devijantnog i kriminalnog ponašanja, uključujući tuče, svade, krađe ili saobraćajne prekršaje. Najveći broj nasilnih radnji – huliganizma i vandalizma – počinili su mladi pod dejstvom alkohola. Ovakvo ponašanje oslikava globalni trend i ostavlja snažne posledice po fizičko i mentalno zdravlje, ali ima i šire društvene posledice.

4 Podaci o stopama smrtnosti

Visoke stope smrtnosti prouzrokovane su širokom rasprostranjenosti faktora rizika za hronične nezarazne bolesti, nedostupnošću zdravstvenih usluga i drugim faktorima i direktno doprinose smanjenju broja stanovnika. Šire zdravstvene odrednice koje utiču na zdravlje, kao što su socio-ekonomski status, način života i zdravstvene usluge, treba da budu usmerene na poboljšanje zdravlja stanovništva, a posledično i na smanjenje stope smrtnosti. Prevencija hroničnih nezaraznih bolesti mora biti imperativ u nastojanju države da se uhvati u koštac s depopulacijom.

U ovom odeljku ćemo analizirati stope smrtnosti po periodima života – od odojčadi, preko perinatalnog perioda, do stopa smrtnosti majki. U narednom odeljku analiziraćemo stope smrtnosti po uzrocima.

4.1 Stopa smrtnosti po periodima života

Stopa smrtnosti odojčadi¹⁰⁵ značajan je i delikatan pokazatelj zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite stanovništva, odnosno ukupnog nivoa socio-ekonomskog razvoja. U EU je 2019. godine oko 14.100

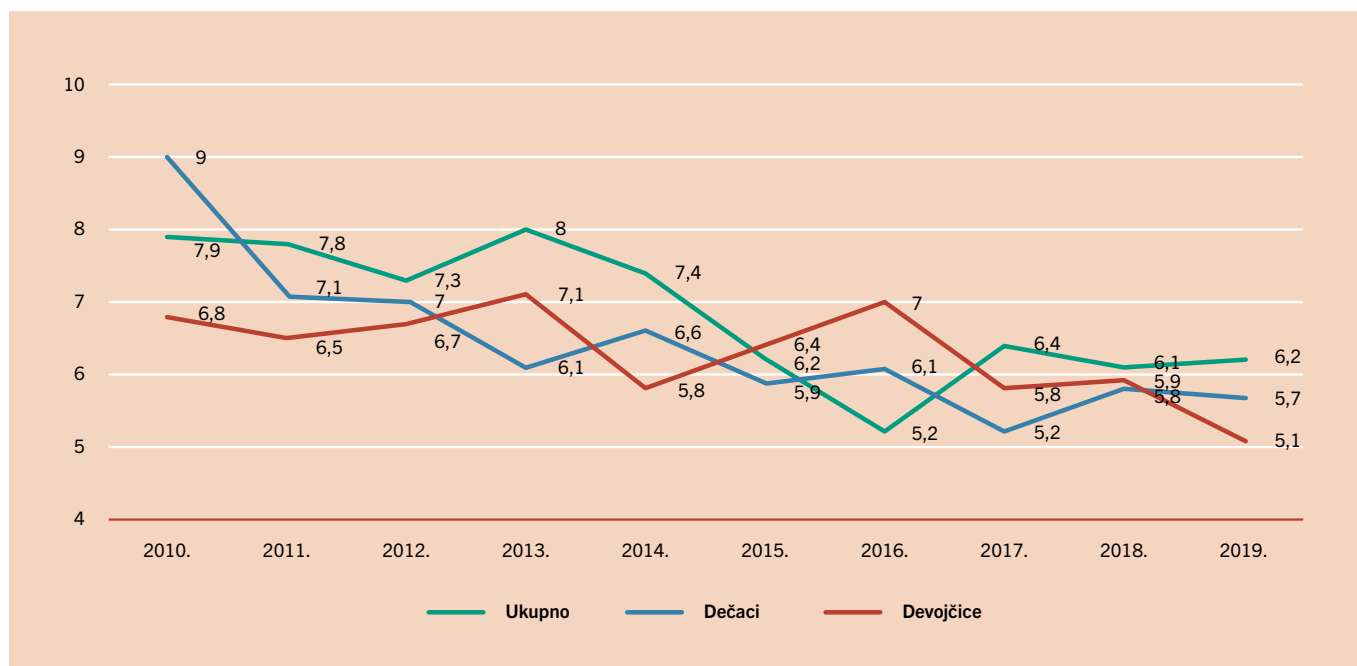
dece umrlo pre navršenih godinu dana. Ovo je ekvivalentno stopi smrtnosti odojčadi od 3,4 smrti na 1.000 živorođenih. Tokom poslednje decenije, stopa smrtnosti novorođenčadi u EU pala je sa 4,2 smrtna slučaja na 1.000 živorođenih 2009. godine na 3,4 smrtna slučaja na 1.000 živorođenih 2019. godine (Eurostat, 2021a).

Stopa smrtnosti novorođenčadi u Republici Srbiji se značajno poboljšala; ovaj broj se sa 6,7 umrle odojčadi na 1.000 živorođenih 2010. godine smanjio na 4,8 umrle odojčadi na 1.000 živorođenih 2019. godine (RSZ, 2021). Stopa smrtnosti odojčadi u romskim naseljima je 8 na 1.000 živorođenih i znatno je veća od republičkog proseka (RZS i UNICEF, 2021). Međutim, stopa smrtnosti odojčadi 2019. godine u romskim naseljima pokazuje značajan napredak u odnosu na 2014. (13 na 1.000 živorođenih) i 2010. (14 na 1.000 živorođenih) (RZS, 2014; RZS, 2012).

Najčešći uzroci smrti odojčadi u svetu su prevremeni porođaj, komplikacije u vezi s porođajem (asfiksija pri porođaju), infekcije i urođene mane (WHO, 2020). U Srbiji su najčešći uzroci smrti određena stanja nastala u perinatalnom periodu i urođene anomalije, deformacije i hromozomske abnormalnosti (IJZ, 2020). Ovakvi uzroci ukazuju na potrebu za pojačanim praćenjem zdravlja odojčadi

¹⁰⁴ Opijanje je najčešći obrazac prekomerne upotrebe alkohola i to se obično dešava kada muškarci popiju 5 ili više pića, a žene 4 ili više pića za oko 2 sata.

¹⁰⁵ Stopa smrtnosti odojčadi je broj umrle dece do jedne godine starosti na 1.000 živorođenih tokom kalendarske godine.



Grafikon 5. Stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina u Republici Srbiji, 2010–2019.

Izvor: DevInfo, Republika Srbija. Republički zavod za statistiku. Elektronska baza podataka. Dostupno na: <http://devinfo.stat.gov.rs/SerbiaProfileLauncher/>

i trudnica kroz obavezne preglede, savetovaništva i posete patronažnih sestara. Takođe, zdravstveno vaspitanje, između ostalog, treba da bude posebno usmereno ka zdravlju odojčadi i dece u cilju otkrivanja, lečenja (ako je to moguće) i prevencije smrti.

U svetlu opšteg poboljšanja stope smrtnosti novorođenčadi, spor napredak u smanjenju perinatalne stope smrtnosti izaziva zabrinutost.¹⁰⁶ Stopa mrtvorodenih i umrlih tokom prve nedelje nakon rođenja bila je 8,1 na 1.000 živorođenih 2019. godine (što je smanjenje u poređenju sa stopom smrtnosti od 9 na 1.000 živorođenih 2010. godine). Stopa smrtnosti u perinatalnom periodu relativno je visoka u poređenju sa EU, gde je 2015. godine iznosila 6,7 (WHO, 2021). Neophodna mera za smanjenje stope mrtvorodenosti, a time i smrtnosti u perinatalnom periodu u Srbiji jeste analiza fetalne smrti po metodologiji koja se primenjuje u svim zemljama sa razvijenim perinatalnim i neonatalnim zdravstvenim sistemima (npr. perinatalna revizija). Posebnu pažnju treba posvetiti socijalnim odrednicama zdravlja. U toku su napori Ministarstva zdravlja da unapredi organizaciju perinatalne zdravstvene zaštite jačanjem četiri perinatalna centra (u Beogradu, Novom Sadu, Nišu i Kragujevcu) i unapređenjem ljudskih resursa, opreme i transporta.

Kako bi se dobilo više informacija o društvenim, ekonomskim i ekološkim uslovima u kojima deca žive, uključujući njihovo zdravstveno stanje, navodi se stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina (koja se računa kao broj umrle dece između 0 i 5 godina na 1.000 živorođenih). Stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina u Republici Srbiji je 5,7 (IJZ, 2020). U odnosu na 2010. godinu, kada je stopa

smrtnosti iznosila 9 na 1.000 živorođenih, jasno se uočava kontinuirano poboljšanje vrednosti ovog indikatora (grafikon 5). Posmatrano po polu, stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina pokazuje postepeni pad kod dečaka, dok je kod devojčica zabeležena značajna fluktuacija u poslednjih deset godina (RZS, 2021). Posmatrajući Evropsku uniju kao referentni okvir, gde je stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina 3,91 (WB, 2022), može se reći da u Srbiji ima prostora za unapređenje praksi u domenu pedijatrijske zdravstvene zaštite, što bi dovelo i do smanjenja broja umrle dece.

Među romskom decom, stopa smrtnosti dece mlađe od pet godina skoro je dvostruko veća u poređenju sa opštom populacijom (10 na 1.000 živorođenih). Iako je ova stopa među romskom decom u MICS istraživanju iz 2019. bila skoro dva puta viša u odnosu na opštu populaciju, ona je znatno niža nego u prethodnim MICS istraživanjima (2014. godine - 14,4 na 1.000 živorođenih, 2010. godine - 15 na 1.000 živorođenih i 2005. godine 28 na 1.000 živorođenih) (RSZ, 2021).

Planovima Ciljeva održivog razvoja - COR (3.2) za smrtnost dece - o končanju smrti novorođenčadi i dece mlađe od 5 godina koje je moguće sprečiti - međunarodna zajednica je zadržala sveobuhvatni cilj smanjenja smrtnosti dece. Dok globalni cilj zahteva smanjenje stope smrtnosti novorođenčadi na barem 12 smrtnih slučajeva na 1.000 živorođenih i stope smrtnosti dece mlađe od pet godina na barem 25 smrtnih slučajeva na 1.000 živorođenih, smanjenje smrtnosti dece i dalje je jedan od najvažnijih ciljeva u nacionalnim planovima i programima u svakoj zemlji (UN, 2015).

¹⁰⁶ Stopa perinatalne smrtnosti definiše se kao broj fetalnih smrti nakon 22 (ili 28) navršene nedelje trudnoće plus broj umrlih među živorođenom decom do 7 navršenih dana života, na 1.000 ukupno rođenih (živorođenih i mrtvorodenih). Iz: International Encyclopedia of Public Health, 2008.

¹⁰⁷ World Bank (2022). Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births) - European Union. Dostupno na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=EU>.

Vrednost indikatora stope smrtnosti majki¹⁰⁸ za 2019. godinu na nivou Republike Srbije iznosi 6,21 (IJZ, 2020), što se praktično ne razlikuje od Evropske unije, gde stopa smrtnosti majke iznosi 6 na 100.000 živorođene dece (WHO, 2022). Ove brojke mogu biti posledica nepredviđenih komplikacija kao što su krvarenje, infekcija ili visok krvni pritisak, koje se mogu javiti tokom trudnoće, porođaja ili puerperijuma (period od 6 nedelja nakon porođaja) i koje su smrtonosne. Stopa smrtnosti majki opada od 2012. godine (RZS, 2021), što je rezultat uvedenih preporuka i protokola tokom trudnoće i puerperijuma. Ove preporuke podrazumevaju minimum 4 pregleda tokom trudnoće, prisustvo stručnog pratioca na porođaju

i porođaj u zdravstvenoj ustanovi (što je preporuka Svetske zdravstvene organizacije). Ovakvi rezultati jesu putokaz u kom smeru treba nastaviti primenu dobrih praksi u domenu zdravstvene zaštite žena tokom trudnoće i porođaja.

4.2 Smrtni slučajevi po uzrocima smrti

Kardiovaskularne bolesti, maligni tumori, dijabetes, opstruktivne bolesti pluća, povrede i trovanja te mentalni poremećaji deceni-

Uzroci smrti (MKB-10)	Ukupno			Muškarci			Žene		
	Br.	%	Stopa smrtnosti*	Br.	%	Stopa smrtnosti*	Br.	%	Stopa smrtnosti*
Ukupno	101.458	100,0	1460,8	51.309	100,0	1516,3	50.149	100,0	1408,1
Određene zarazne i parazitske bolesti	735	0,7	10,6	405	0,8	12,0	330	0,7	9,3
Neoplazme	21.976	21,7	316,4	12.483	24,3	368,9	9.493	18,9	266,5
Bolesti krvi i krvotvornih organa i poremećaji imuniteta	298	0,3	4,3	120	0,2	3,5	178	0,4	5,0
Bolesti žlezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma	3.196	3,2	46,0	1.416	2,8	41,8	1.780	3,5	50,0
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja	1.448	1,4	20,8	637	1,2	18,8	811	1,6	22,8
Bolesti nervnog sistema	2.586	2,5	37,2	1.135	2,2	33,5	1.451	2,9	40,7
Bolesti oka i pripojaka oka	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Bolesti uva i mastoidnog nastavka	1	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Bolesti sistema krvotoka	52.330	51,6	753,5	24.112	47,0	712,6	28.218	56,3	792,3
Bolesti sistema za disanje	5.504	5,4	79,2	3.220	6,3	95,2	2.284	4,6	64,1
Bolesti sistema za varenje	3.151	3,1	45,4	1.794	3,5	53,0	1.357	2,7	38,1
Bolesti kože i potkožnog tkiva	129	0,1	1,9	58	0,1	1,7	71	0,1	2,0
Bolesti mišićno-koštanog sistema i vezivnog tkiva	164	0,2	2,4	48	0,1	1,4	116	0,2	3,3
Bolesti mokraćno-polnog sistema	2.310	2,3	33,3	1.258	2,5	37,2	1.052	2,1	29,5
Trudnoća, rađanje i babinje	4	0,0	0,1	0	0,0	0,0	4	0,0	0,1
Bolesti u perinatalnom periodu	201	0,2	2,9	114	0,2	3,4	87	0,2	2,4
Urođene malformacije, deformacije i hromozomske nenormalnosti	114	0,1	1,6	64	0,1	1,9	50	0,1	1,4
Simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski nalazi, neklasifikovani na drugom mestu	4.478	4,4	64,5	2.430	4,7	71,8	2.048	4,1	57,5
Povrede, trovanja i ostale posledice spoljašnjih uzroka	2.833	2,8	40,8	2.014	3,9	59,5	819	1,6	23,0

Tabela 1. Smrtni slučajevi po uzrocima smrti i polu, Republika Srbija, 2019.

* Na 100.000 ljudi

Izvori: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.

¹⁰⁸ Stopa smrtnosti majki je broj žena koje su umrle u trudnoći, na porođaju ili u puerperijumu (iz razloga povezanih s ovim stanjima) na 100.000 živorođene dece. Stopa smrtnosti majki ili smrt majke je smrt žene tokom trudnoće ili u roku od 42 dana od prekida trudnoće, bez obzira na trajanje ili lokaciju trudnoće, iz bilo kog uzroka koji je povezan ili pogoršan trudnoćom ili njenim vođenjem, ali ne kao posledica slučajnih ili sporednih uzroka.

jama su prepoznati kao glavne hronične nezarazne bolesti u našoj nacionalnoj patologiji. Kardiovaskularne bolesti i maligni tumori činili su više od dve trećine svih smrtnih slučajeva u Srbiji 2019. godine. Više od polovine svih smrtnih ishoda (51,6%) posledica je umiranja od bolesti sistema krvotoka, a skoro svaka peta osoba koja je umrla (21,0%) bila je žrtva malignog tumora (tabela 1). To je znatno više nego u EU, gde je 37,1% svih smrtnih slučajeva posledica kardiovaskularnih bolesti, dok je 25,8% posledica malignih neoplazmi (Eurostat, 2021b). U Republici Srbiji 3% stanovništva umrlo je od posledica komplikacija izazvanih dijabetesom. To je nešto više nego u EU, gde je preko 2% svih smrtnih slučajeva povezano s dijabetesom (Eurostat, 2021c).

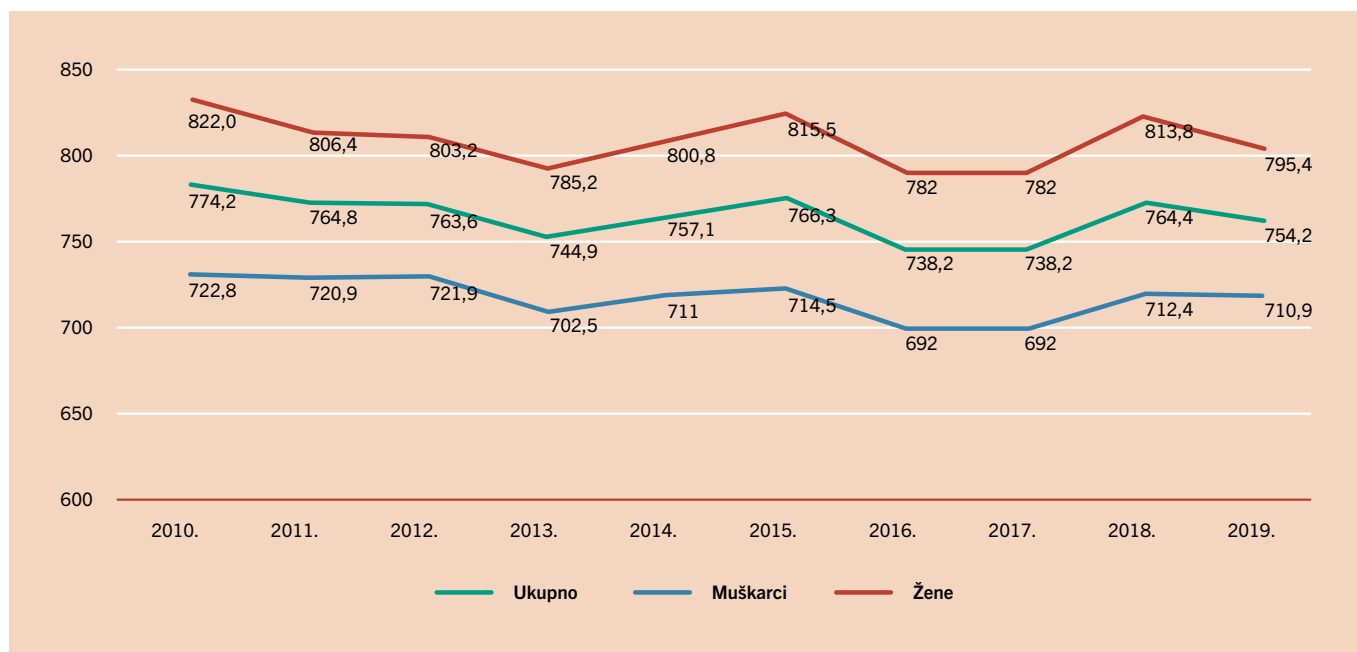
U periodu od 2010. do 2019. godine došlo je do blagog povećanja ukupne stope smrtnosti (3,2%) zbog veće smrtnosti od vodećih hroničnih nezaraznih bolesti. Najveći porast smrtnosti povezan je sa opstruktivnom bolešću pluća (6,8%), malignim bolestima (6,0%) i dijabetesom (0,7%), dok je najveći pad smrtnosti povezan sa smanjenjem povreda i trovanja (12,3%) i bolestima krvotoka (2,7%) (tabela 2).

Kao što se vidi, potrebni su dodatni naponi u promovisanju zdravog načina života i povećanju znanja i svesti o zdravim navikama, periodičnim pregledima i programima skrininga koji mogu značajno uticati na smanjenje stope smrtnosti od hroničnih nezaraznih bolesti.

Bolesti i stanja	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.
Kardiovaskularne bolesti										
Ukupno	774,2	764,8	763,6	744,9	757,1	766,3	738,2	764,4	754,2	753,4
Muškarci	722,8	720,9	721,9	702,5	711,0	714,5	692,0	712,4	710,9	712,6
Žene	822,8	806,4	803,2	785,2	800,8	815,5	782,0	813,8	795,4	792,3
Maligne neoplazme										
Ukupno	289,9	289,4	295,4	294,4	299,0	301,3	305,0	305,9	309,4	307,3
Muškarci	341,8	342,3	346,1	346,9	348,9	358,2	356,4	353,4	357,9	358,6
Žene	240,8	239,3	247,4	244,6	251,6	247,2	256,1	260,7	263,4	258,5
Povrede i trovanja										
Ukupno	46,5	45,8	45,6	44,3	43,1	43,1	40,5	42,5	40,2	40,8
Muškarci	69,7	68,9	69,7	66,9	64,7	63,7	60,1	62,1	60,7	59,5
Žene	24,4	23,9	22,8	22,7	22,6	23,5	21,9	24,0	20,7	23,0
Dijabetes										
Ukupno	43,8	43,2	41,7	39,1	35,2	42,7	44,8	49,7	45,5	44,1
Muškarci	38,5	37,6	36,2	36,6	31,6	38,7	39,3	45,7	42,3	40,2
Žene	48,9	48,5	46,9	41,5	38,73	46,4	49,9	53,5	48,6	47,8
Hronična opstruktivna bolest pluća										
Ukupno	36,6	37,3	37,5	36,0	35,0	38,3	37,8	41,6	38,8	39,1
Muškarci	47,3	49,0	48,5	45,3	43,7	48,0	46,6	50,6	46,8	47,4
Žene	26,5	26,3	27,1	27,1	26,8	29,2	29,4	33,0	31,2	31,3
Svi uzroci smrti										
Ukupno	1415,5	1418,1	1422,4	1400,0	1419,7	1461,2	1428,6	1477,3	1445,8	1460,8
Muškarci	1466,0	1475,9	1480,7	1459,4	1468,9	1509,1	1475,1	1513,4	1499,0	1516,3
Žene	1367,7	1363,3	1367,1	1343,7	1373,0	1415,7	1384,4	1443,1	1414,9	1408,1

Tabela 2. Stope smrtnosti (na 100.000) od najčešćih nezaraznih bolesti prema polu, Republika Srbija, 2010–2019.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.



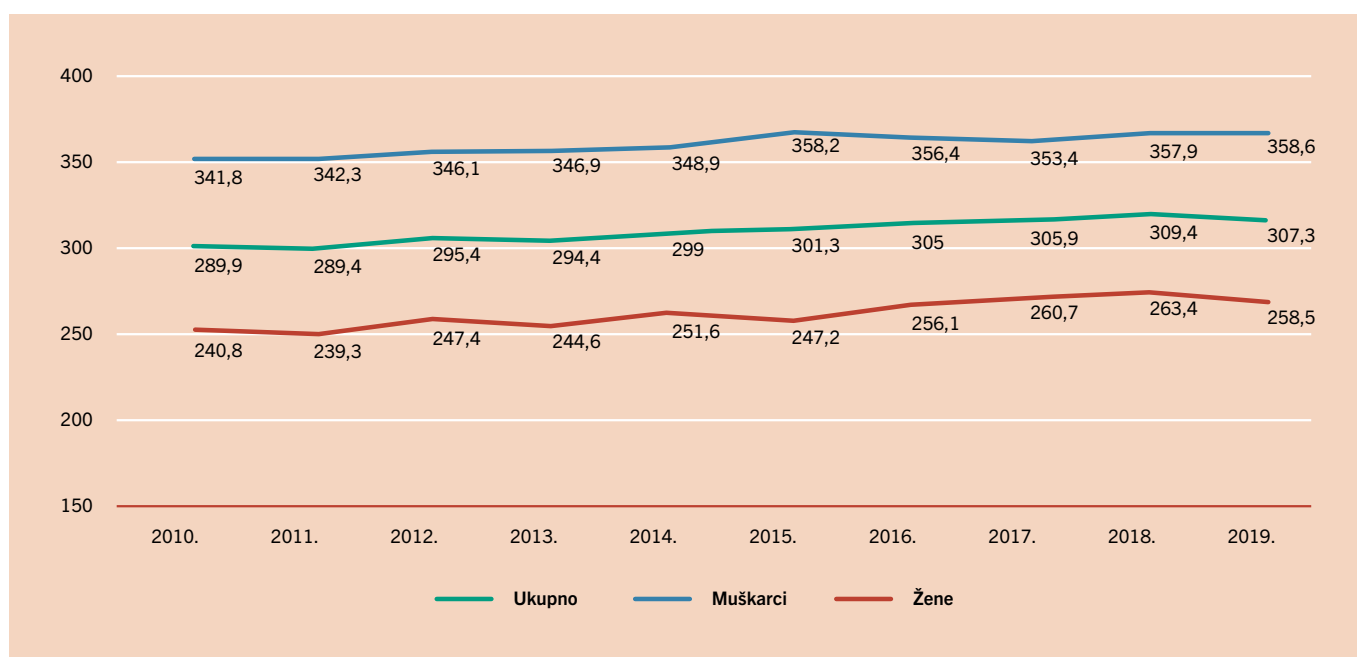
Grafikon 6. Stope smrtnosti (na 100.000) od kardiovaskularnih bolesti u Republici Srbiji, 2010–2019.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.

Dakle, vodeći uzrok smrti u Srbiji su kardiovaskularne bolesti. Tokom poslednje decenije, stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti smanjene su sa 774,2 na 100.000 na 753,4 na 100.000 stanovnika (grafikon 6).

Od kardiovaskularnih bolesti je 2019. godine u Republici Srbiji je umrlo 52.330 osoba. Žene su umirale češće od muškaraca. Dok je stopa smrtnosti kod žena bila 792,3 na 100.000, kod muškaraca je bila 712,6 na 100.000. Ovaj odnos smrtnosti žena i muškaraca pot-

puno je suprotan odnosu u EU, gde je stopa za muškarce 1,4 puta veća od one za žene (u Srbiji je veća 1,1 put) (Eurostat, 2021b). Iako u Srbiji žene češće koriste zdravstvene usluge i posećuju specijaliste nego muškarci (Milić et al., 2021), smrtnost od kardiovaskularnih bolesti kod je njih veća u odnosu na muškarce. Zašto je to tako nije poznato, ali je svakako potrebno raditi na preventivnim aktivnostima ne samo u zdravstvenom sektoru i zdravstvenim ustanovama (najčešće na primarnom nivou zdravstvene zaštite) već i van



Grafikon 7. Stope smrtnosti (na 100.000) od malignih neoplazmi u Republici Srbiji, 2010–2019.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.

zdravstvenih ustanova (u zajednici) kako bi se smanjila smrtnost od kardiovaskularnih bolesti (i kod muškaraca i kod žena).

Drugi važan uzrok smrtnosti su maligni tumori. Epidemiološka situacija u vezi sa malignim tumorima u našoj zemlji doskora se pratila samo na osnovu podataka o stopi smrtnosti (iako je registar raka uspostavljen 1970. godine). Kada je 1996. godine reorganizovan Populacioni registar za rak u Centralnoj Srbiji, broj registrovanih novodijagnostikovanih slučajeva se udvostručio. Ovo je ogroman korak, koji je važan za praćenje stanja stope učestalosti u različitim regionima u Republici Srbiji. Kada se rak dijagnostikuje u ranoj fazi, prognoza i uspeh terapije su bolji.

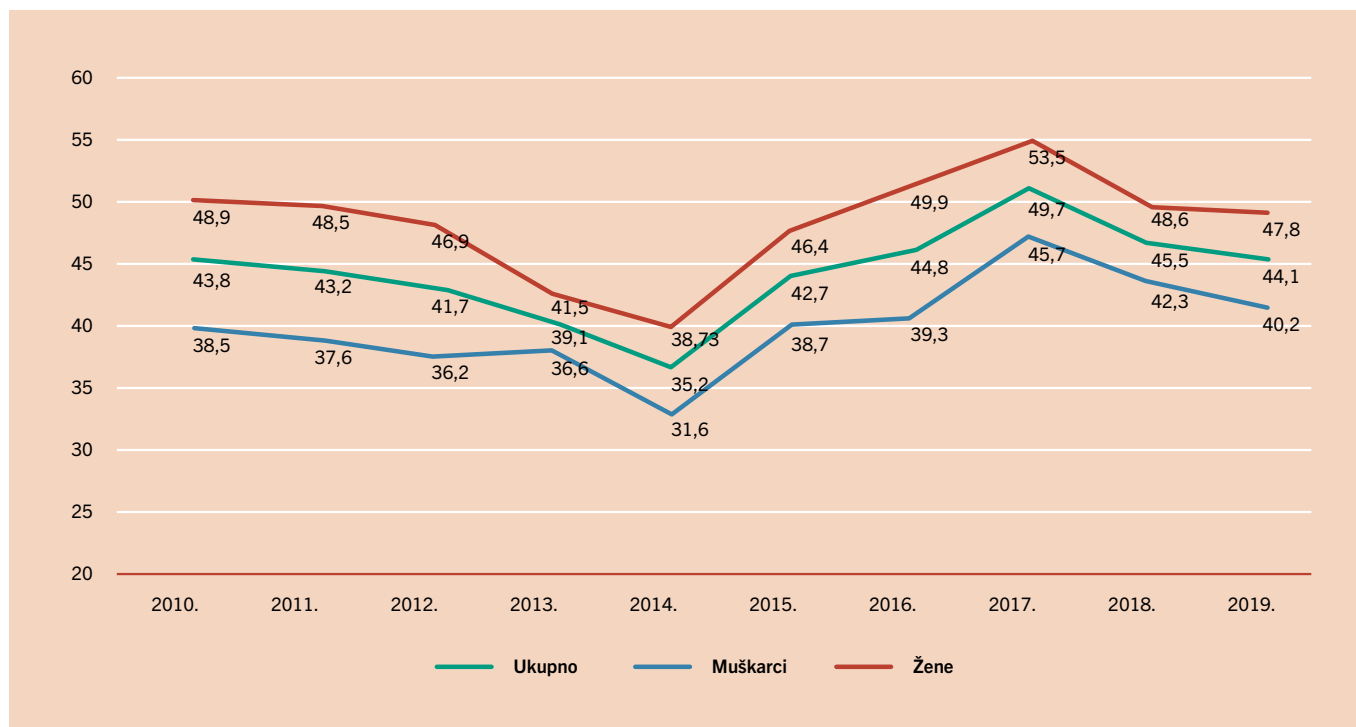
Na teritoriji Republike Srbije je 2019. godine od raka umrlo 21.340 osoba. Registrovane stope smrtnosti muškaraca iznosile su 358,6 na 100.000, a žena 258,5 na 100.000 stanovnika (odnos muškarci/žene 1,4) (grafikon 7). Standardizovana stopa smrtnosti od raka u EU za muškarce iznosi 344,0 na 100.000, a za žene 75% više, tj. 196,2 na 100.000 (odnos muškarci/žene 1,7) (Eurostat, 2021d).

Prema podacima Registra za rak, muškarci najčešće umiru od raka bronhija i pluća, raka debelog creva i rektuma te raka prostate. Najčešće lokalizacije malignih tumora kod žena jesu dojke, bronhije i pluća, debelo crevo i rektum (tabela 3). Visoke stope smrtnosti od raka dojke i raka debelog creva su dvosmislene ako se ima u vidu da postoje tri nacionalna skrining programa (rak dojke, rak grlića materice i rak debelog creva). Niska stopa odziva može biti uzrokovana lošom organizacijom programa skrininga i niskim nivoom

Muškarci		Žene	
Primarne lokalizacije	Stope smrtnosti na 100.000	Primarne lokalizacije	Stope smrtnosti na 100.000
Pluća i bronhije	52,6	Dojke	20,7
Debelo crevo i rektum	20,7	Pluća i bronhije	19,6
Prostata	11,1	Debelo crevo i rektum	10,7
Mokraćna bešika	7,8	Pankreas	5,5
Pankreas	8,4	Jajnici	5,3
Stomak	6,4	Grlić materice	7,4
Usna duplja i ždrelo	5,7	Stomak	3,7
Grkljan	5,5	Jetra	3,4
Jetra	4,6	Materica	2,9
Bubreg	4,8	Mozak	3,7
Druge lokalizacije	37,7	Druge lokalizacije	26,0
Sve lokalizacije	165,3	Sve lokalizacije	108,8
Sve lokalizacije bez kože	163,6	Sve lokalizacije bez kože	108,2

Tabela 3. Stope smrtnosti od raka prema vodećim lokalizacijama za muškarce i žene, Republika Srbija, 2017.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.



Grafikon 8. Stope smrtnosti (na 100.000) od dijabetesa u Republici Srbiji, 2010–2019.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020.

zdravstvene pismenosti među stanovništvom.¹⁰⁹ Osim toga, nizak obrazovni i socio-ekonomski nivo stanovnika dodatno doprinose niskoj stopi odgovora kod nas, a to predstavlja problem i u globalnim razmerama. Neka istraživanja su pokazala da čak i određene životne navike, poput pušenja ili učestale konzumacije alkohola, umanjuju verovatnoću da se osoba odazove pozivu za skrining (Chang et al., 2017).¹¹⁰ Međutim, preventivni pregledi imaju presudnu važnost u otkrivanju zdravstvenih problema u ranoj fazi i njihovom efikasnom lečenju; time se poboljšava zdravstveni ishod ovih pacijenata i smanjuju ukupni troškovi zdravstvene zaštite. Bolja organizacija i motivacija primarne zdravstvene zaštite uz adekvatnu političku podršku (resursi i finansiranje) može povećati obuhvat programima skrininga.

Pored bolesti srca i krvnih sudova i malignih tumora, dijabetes je jedna od najučestalijih hroničnih nezaraznih bolesti. Zastupljenost dijabetesa već duže se vreme povećava s obzirom na globalnu distribuciju ove epidemije. Svetska zdravstvena organizacija i Međunarodna federacija za dijabetes (IDF) procenile su 2011. godine da 366 miliona ljudi širom sveta boluje od dijabetesa, a da će se broj dijabetičara povećati na 552 miliona do 2030. godine (Whiting et al., 2011).

Dijabetes je treći vodeći uzrok smrti u svetu, dok je u Srbiji četvrti vodeći uzrok smrti i peti uzrok opterećenja bolešću. U našoj zemlji godišnje od dijabetesa umre oko 3.000 ljudi (IJZ, 2020). U posled-

njih deset godina u Srbiji se primećuje trend porasta smrtnosti od dijabetesa. Stope smrtnosti od dijabetesa porasle su sa 43,8 u 2010. godini na 44,1 na 100.000 stanovnika 2019. godine (grafikon 8). U poređenju sa EU, Srbija ima skoro dvostruko veće stope smrtnosti od dijabetesa (ukupna stopa smrtnosti 23,99 na 100.000 stanovnika, muškaraca 27,84 i žena 20,88 na 100.000 stanovnika) (Eurostat, 2021). Ovakve vrednosti nisu iznenađujuće s obzirom na činjenicu da se dijabetes u Srbiji često otkriva slučajno, kada bolest uznapreduje i kada nastupe komplikacije. Gotovo trećina pacijenata već ima jednu ili više kasnih komplikacija u trenutku postavljanja dijagnoze dijabetesa (IJZ, 2021). Iako dijabetes zavisi od genetskih faktora, održavanju optimalnog nivoa šećera u krvi mogu da doprinesu zdrava izbalansirana ishrana i fizička aktivnost.

Preventivni pregledi su važni kako bi se zdravstveni problemi uočili u ranoj fazi, omogućilo efikasnije lečenje i smanjili ukupni troškovi zdravstvene zaštite. Merenje krvnog pritiska, merenje nivoa šećera ili holesterola u krvi i njihovog odstupanja od referentnih vrednosti mogu biti najraniji pokazatelji kardiovaskularnih bolesti ili dijabetesa. Takođe, poštovanje preporuke o obaveznim skriningima koji postoje u Srbiji (za rak dojke, grlića materice i rak debelog creva) i povećanje obuhvata ciljane populacije nacionalnim programima skrininga ima ključnu ulogu u smanjenju broja umrlih od određenih vrsta raka.

5 Zdravstveni aspekti starenja

Osnovne karakteristike stanovništva u Republici Srbiji su održavanje trenda niskog nataliteta i starenje stanovništva, uz povećanje opštih stopa smrtnost. Ove promene su dovele stanovništvo na prag demografske starosti. Kako se očekivani životni vek na rođenju povećava, istovremeno su uvećava i broj i udeo starijih osoba u populaciji, odnosno osoba starijih od 65 godina. Dok je udeo starijih osoba 2002. godine iznosio 16,6%, taj udeo 2011. godine raste na 17,3%, a 2020. godine dostiže jednu petinu ukupne populacije (21,1%). Projekcije predviđaju porast broja starijih osoba u budućnosti i njihov još veći udeo u ukupnoj populaciji, i to čak na 24,1% (RZS, 2022; Nikitović, 2021).

Starost je jedan od faktora koji najviše doprinose niskoj zdravstvenoj pismenosti (Cutilli, 2007). Postoji nekoliko različitih promena u vezi sa uzrastom koje bi mogle doprineti smanjenju zdravstvene pismenosti kod starijih osoba, npr. smanjenje kognitivnih sposobnosti koje umanjuje sposobnosti starije osobe da razume i/ili da se priseti nove teme (Cornett, 2006; Kintsch, 1998). Fizička oštećenja poput gubitka sluha i vida takođe mogu

doprineti smanjenoj sposobnosti obrade zdravstvenih informacija (Cornett, 2006; Speros, 2009). Nažalost, kako se jaz u fizičkim i kognitivnim sposobnostima između mlađih generacija i starijih odraslih povećava, to može dovesti do osećaja stida i sramote, što smanjuje efikasne komunikacione kanale i dodatno komplikuje zdravstvenu pismenost starijih odraslih (Cornett, 2006; Speros, 2009). Nedostatak znanja i/ili veština u vezi sa zdravljem može poslužiti kao prepreka za angažovanje u zdravom ponašanju, preventivnim uslugama i upravljanju akutnim i hroničnim bolestima (Chesser et al., 2016).

Sa povećanjem broja starijih osoba u populaciji povećava se i rizik obolevanja od hroničnih nezaraznih bolesti. Podaci pokazuju da se 34 miliona smrtnih slučajeva širom sveta svake godine pripisuju hronično nezaraznim bolestima, pri čemu tri četvrtine čine osobe starije od 60 godina (Jones, 2016). Sa porastom broja starijih osoba raste pritisak na zdravstveni sistem, pa rastu i troškovi lečenja starijih osoba kod kojih su hronične nezarazne bolesti primarni razlog korišćenja usluga zdravstvene zaštite (Boutayeb et al., 2005).

¹⁰⁹ Zdravstvena pismenost je stepen do kojeg pojedinac ima sposobnost da pronađe, razume i koristi informacije i usluge kako bi donosio odluke i delovao u korist sopstvenog i tuđeg zdravlja.

¹¹⁰ Chang HK, Myong J, Byun SW et al. (2017). Factors associated with participation in cervical cancer screening among young Koreans: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open* 7:e013868.

U Srbiji je u populaciji mlađoj od 65 godina udeo osoba sa nekom hroničnom bolešću na nivou od 20,6%, dok preko četiri petine starijih (85,7%) ima neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem, što je porast u odnosu na 2013. godinu. Najučestalije hronično oboljenje među starijim osobama je hipertenzija, odnosno povišeni krvni pritisak, koji je prisutan kod 63,8% starije populacije. Ovo je najučestalije oboljenje i u drugim evropskim zemljama među stanovništvom starosti 65 i više godina. Vrednost ovog parametra se kreće od 29,5% u Norveškoj do 68,4% u Mađarskoj u dobnoj grupi od 65 do 74, dok je u dobnoj grupi 75 i više godina najmanji procenat zabeležen takođe u Norveškoj (33,7%), a najveći u Bugarskoj (72,6%) (Eurostat, 2022). Visok krvni pritisak prate bolni poremećaj u donjem delu leđa (32,2%), koronarna bolest (24,7%), bolni poremećaj u vratnom delu kičme (23,3%), povišene masnoće (21,0%), dijabetes (18,6%), artroza (18,0%) i urinarna inkontinencija (10,4%), dok su ostale bolesti zastupljene sa manje od 10%. Posmatrano prema demografskim karakteristikama, učestalost svih pomenutih bolesti značajno je viša među osobama starosti 75 i više godina nego među osobama starosne dobi 65–74 godine (Milić et al., 2021).

Kada se govori o starim osobama, važno je naglasiti i funkcionalna ograničenja, koja u značajnoj meri mogu uticati na sposobnost obavljanja zadataka dnevne rutine, uključujući ličnu higijenu, negu i odevanje.¹¹¹ Funkcionalna ograničenja takođe imaju uticaja na stil života, kao i na učestvovanje u društvenim aktivnostima. Zato je od suštinskog značaja da se ona kod starijih osoba evaluiraju i nadgledaju kako bi im se blagovremeno obezbedila podrška, terapija ili odgovarajuća pomoć.

Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije je pokazalo da je 2019. godine nešto manje od trećine starijih u Srbiji imalo ozbiljne teškoće u obavljanju svakodnevnih kućnih aktivnosti, a skoro svaki deseti stanovnik u obavljanju aktivnosti lične nege, što je nepromenjeno u odnosu na 2013. godinu. U Srbiji je 2019. godine funkcionalno ograničenje hoda imala skoro polovina starije populacije (44,8%), funkcionalno ograničenje vida 40,7% i sluha 45,9%. Osobe starije od 75 godina su takođe značajno češće imale navedene funkcionalne poteškoće (sa hodom 41,0%, sa vidom 14,0% i sa sluhom 24,5%). U odnosu na period od pre 6 godina, kada je svaki treći stariji stanovnik (37,1%) imao teškoće sa hodom, svaki deveti (10,7%) sa vidom, a skoro svaki četvrti (23,6%) sa sluhom, došlo je do povećanja zastupljenosti funkcionalnih ograničenja u starijoj populaciji (Milić et al., 2021; Grozdanov et al., 2014). U Evropskoj uniji je oko dve trećine osoba starijih od 65 godina prijavilo funkcionalno ograničenje (fizičko ili senzorno). U populaciji starijih od 65 godina ove vrednosti neznatno se razlikuju u odnosu na Srbiju (ograničenje hoda 44,1%, ograničenje vida 31,2% i sluha 44,9%), dok je u populaciji starijih od 75 godina udeo osoba koje imaju poteškoće sa vidom gotovo utrostručen (38,9%), odnosno udvostručen kada je reč o poteškoćama sa sluhom (55,3%) (Eurostat, 2022). Trend starenja populacije neminovno sa sobom nosi i izazov u obezbeđivanju resursa za prevazilaženje ograničenja sa kojima se starije osobe susreću kako bi se njihovo zdravstveno stanje i kvalitet života očuvali i unapredili.

¹¹¹ Funkcionalna ograničenja predstavljaju osnovu procene zdravstvenog stanja stanovništva u pogledu kapaciteta za svakodnevno funkcionisanje bez obzira na razloge ograničenja (urođena ograničenja, ograničenja nastala zbog bolesti, nesreće, starenja itd.).

Usled prisustva bolesti i pratećih funkcionalnih ograničenja, starije osobe ne mogu da izvršavaju dnevne aktivnosti te su zbog toga u situaciji da koriste usluge kućne nege i pomoći, koje pružaju zdravstveni radnici ili radnici socijalnih službi. Takođe, s obzirom na visoku zastupljenost starijih koji žive sami, često i bez podrške porodice, osobe starije od 65 godina i sada imaju, a u budućnosti će imati i veću potrebu za uslugama službe za kućno lečenje i palijativno zbrinjavanje.

Ove usluge je 2019. godine koristilo 5,2% starijih, što je značajno manje od procenta starijih koji su izjavili da imaju potrebu za pomoći. U populaciji starijih osoba sa poteškoćama pri obavljanju kućnih aktivnosti, neostvorenu potrebu za pomoći imalo je više od trećine (37,0%). U populaciji starijih osoba sa poteškoćama pri obavljanju lične nege, neostvorenu potrebu za pomoći imala je skoro polovina (44,8%). Najveći procenat stanovništva koje bez pomoći drugog lica ne može da obavlja aktivnosti vezane za ličnu negu jesu lica starosti od 65 do 74 godine (Milić et al., 2021). Ovakvi podaci jasno upućuju na nedostatak kapaciteta zdravstvenih i socijalnih službi da se obezbedi adekvatna i blagovremena nega i pomoć starijim osobama i zadovolje njihove potrebe za korišćenjem usluga kućne nege i pomoći i za palijativnim zbrinjavanjem.

Palijativna nega pacijenata predstavlja još jedan vid zdravstvene zaštite i obuhvata brigu o pacijentima obolelim od teških, hroničnih bolesti, najčešće u terminalnim fazama, koje imaju progresivni tok (kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti, dijabetes, neuromuskularne bolesti, cerebrovaskularne bolesti, HIV/AIDS, saobraćajni traumatizam i dr.), kao i o njihovim porodicama. *Strategija za palijativno zbrinjavanje*, koja je doneta 2009. godine, uvrstila je palijativno zbrinjavanje u zdravstveni sistem Republike Srbije i imala je za cilj organizaciono i kadrovsko jačanje postojećih službi kućnog lečenja i nege na primarnom nivou zdravstvene zaštite te osnivanje službi za kućno lečenje i negu tamo gde nisu postojale (u 88 domova zdravlja). Na sekundarnom nivou bilo je predviđeno osnivanje posebnih jedinica za palijativno zbrinjavanje u okviru odeljenja za produženo lečenje i negu, kao i povećanje posteljnog kapaciteta za palijativnu negu (40 postelja na 1.000.000 stanovnika). Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova definiše ukupan posteljni fond za produženo lečenje i negu, što obuhvata gerijatriju, palijativno zbrinjavanje, hemioterapiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, ali nema podataka o tačnom broju postelja predviđenih za palijativno zbrinjavanje. Poređenja radi, u Evropskoj uniji, koja beleži vrlo sličan demografski trend, procenjeni kapaciteti za palijativno zbrinjavanje iznose 80 postelja na 1.000.000 stanovnika (Radbruch et al., 2010).

U odsustvu dovoljnog posteljnog kapaciteta za palijativnu negu u zdravstvenim ustanovama, brigu o licima koja imaju potrebe za ovom vrstom nege preuzima sistem socijalne zaštite. Zbog nedovoljnih kapaciteta zdravstvenog sistema ili nemogućnosti porodice da adekvatno brine o bolesnom članu, starije osobe većinom završe na smeštaju u ustanovama socijalne zaštite za smeštaj korisnika (čiji su osnivači Republika Srbija ili Autonomna Pokrajina Vojvodi-

na, ali i u privatnim domovima za stare), koje imaju značajne smeštajne kapacitete stacionarnog tipa. To nije idealno rešenje zbog nedovoljnog zdravstvenog kadra i nepostojanja standarda, ali je često jedino rešenje i za korisnika/pacijenta i za njegovu porodicu. Ustanove za smeštaj starijih lica na taj način nezvanično postaju socijalno-zdravstvene ustanove, za šta postoji zakonski osnov, ali

standardi još nisu doneti. Pošto najveći broj pacijenata ovih odeljenja čini najstarija populacija i imajući na umu procenat starog stanovništva koje se iz godine u godinu uvećava, palijativna zdravstvena zaštita zahteva dodatnu reorganizaciju u smislu jačanja kapaciteta (infrastrukturnih, organizacionih i kadrovskih) kako bi se prilagodila starosnoj strukturi stanovništva.

6 Zdravstvene posledice epidemije kovida-19 u Republici Srbiji

Svet se 2020. godine suočio sa pandemijom¹¹² nove vrste koronavirusa SARS-CoV-2, koji izaziva bolest kovid-19. Zdravstvene organizacije i zdravstveni radnici bili su prvi na udaru novootkrivene bolesti. Rani odgovor na kovid-19 u Srbiji zasnivao se na snažnom postojećem okviru Zakona o javnom zdravlju (2016). Adekvatni sistemi za hitno reagovanje i nadzor bolesti, visokokvalifikovani timovi javnozdravstvenih profesionalaca u Institutu za javno zdravlje i mreža od 24 regionalna zavoda za javno zdravlje pomogli su da se odloži početak i veličina izbijanja epidemije u Republici Srbiji.

Iako je zdravstveni sektor bio relativno otporan na kovid-19, izgledi su bili neizvesni pre svega zbog deficita kvalifikovanog medicinskog osoblja (ono je u nedavnoj prošlosti migriralo u Evropu, privučeno većim platama). Prema nekim procenama, Srbiju je u poslednjih 20 godina napustilo preko 10.000 lekara, a zdravstvenom sistemu nedostaje 3.500 lekara i 8.000 medicinskih sestara (Haris i AFP, 2020). Dok je pristup zdravstvenoj zaštiti relativno jednak, ljudi u slabo naseljenim područjima i oni sa nižim primanjima prijavljuju veće nezadovoljene zdravstvene potrebe, a česta utaja doprinosi za zdravstveno osiguranje od strane poslodavaca onemogućava pogođenim radnicima da ostvare svoje pravo na zdravstvenu zaštitu. Ovaj deficit značajno je kompromitovano zdravstveni odgovor Srbije na krizu izazvanu kovidom-19 (OECD iLibrary, 2022).

Prvi slučaj kovida-19 u Republici Srbiji potvrđen je u Vojvodini 6. marta 2020. godine. U Republici Srbiji, vanredno stanje povodom epidemije kovida-19 uvedeno je 15. marta 2020. godine Odlukom o proglašenju vanrednog stanja. Ministar zdravlja Srbije je 19. marta

doneo Naredbu o proglašenju epidemije zarazne bolesti kovid-19 (2020) na teritoriji čitave zemlje. Epidemija je još u toku.

Kovid-19 dovodi do ozbiljnog akutnog respiratornog stanja koje zahteva intenzivnu negu i hospitalizaciju, naročito kod starijih pacijenata i onih sa postojećim hroničnim zdravstvenim problemima. Grupe visokog rizika su imunosuprimirani, oboleli od bolesti disajnih puteva, starije osobe, onkološki pacijenti, trudnice i osobe sa ozbiljnim urođenim oboljenjima srca i krvnih sudova.

Od posledica zaraznih bolesti 2020. godine umrlo je 5.660 lica, sa stopom mortaliteta 82,04/100.000, što je znatno viša vrednost u odnosu na prethodnu, 2019. godinu (2,64/100.000). Ovako visoka stopa mortaliteta posledica je velikog broja smrtnih ishoda koji se dovode u vezu sa kovidom-19. Kovid-19 je 2020. godine najdominantnije oboljenje u grupi zaraznih bolesti sa ukupnim učešćem od 78,93% u ukupnom obolevanju. Kovid-19 zauzima 2020. godine visoko treće mesto po uzrocima smrti, sa 8,9% (muškarci 11% i žene 6,6%). Prva dva mesta i dalje zauzimaju bolesti sistema krvotoka (47,3%) i tumori (18,3%) (IJZ, 2021).

Procenat umrlih od kovida-19 značajno se uvećava među starijim stanovništvom – dok procenat umrlih među mladima ne prelazi 1%, u populaciji starijih od 65 godina ova vrednost premašuje 15% (tabela 4).

Do 21. februara 2022. godine u Srbiji je potvrđeno 1.887.596 slučajeva kovida-19, što je rezultiralo u 14.904 smrti (to daje procenat smrtnosti od 0,79%) (Coronavirus, 2022).

Starosna kategorija (u godinama)	0	1–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	>85	Ukupno
N	2	2	0	0	1	10	24	20	60	123	198	348	591	979	1664	1921	1548	1590	1271	10356
%	0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,1	0,23	0,19	0,58	1,19	1,19	3,36	5,71	9,45	16,07	18,55	14,95	15,35	12,27	8,86

Tabela 4. Broj i procenat umrlih od kovida-19 po starosnim grupama, 2020.

Izvor: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2020. Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2021.

¹¹² Pandemija zarazne bolesti je obolevanje od zarazne bolesti koje prelazi državne granice i širi se na veći deo sveta ili svet u celini, ugrožavajući ljude u svim zahvaćenim područjima.

Krajem 2020. godine prvi kontingent vakcina protiv kovida-19 je stigao u Srbiju. Trenutno je 5 vrsta različitih vakcina dostupno u Republici Srbiji. Vakcine su besplatne i građani Republike Srbije mogu da biraju vakcinu kojom žele da se vakcinišu. Nivo kolektivnog imuniteta potreban da bi se neka bolest uspešno eliminisala ili kontrolisala zavisi od epidemioloških karakteristika svake pojedinačne infekcije. Prema do sada uočenim epidemiološkim karakteristikama kovida-19, očekuje se da bi kolektivni imunitet od oko 80% bio dovoljan za uspešnu kontrolu pandemije koronavirusa. To ne znači da će virus i bolest nestati, ali se očekuje smanjenje učestalosti obolevanja, sporadično javljanje ili sezonski karakter. U Srbiji je, nažalost, obuhvat vakcinacijom daleko od preporučenih 80%. Prema podacima s početka 2022. godine, 48,62% populacije je vakcinisano delimično, dok je 47,39% vakcinisano sa dve doze vakcine. Procenat populacije koji je primio buster dozu vakcine iznosi 26,94% (Our World in Data, 2022).

Jedna od najtežih posledica sa kojom se stanovništvo susrelo tokom trajanja epidemije, a i dalje se susreće, jeste nemogućnost stanovnika, odnosno osiguranika da koriste usluge zdravstvene zaštite zbog nedostatka kapaciteta zdravstvenog sistema (alokacija resursa, zauzetost bolničkih odeljenja koja su pretvorena u kovid odeljenja te preobražaj kompletnih stacionarnih ustanova na sekundarnom i tercijarnom nivou u kovid režim) (Pejin Stokić et al., 2020). Zbog nemogućnosti da koriste usluge zdravstvene zaštite u državnom sektoru, građani su često morali da se obraćaju privatnim zdravstvenim službama, što je sledstveno dovelo do toga da se usluge plaćaju direktno iz džepa građana. Ovakvi izdaci su već veoma visoki za građane Republike Srbije, a sa epidemijom kovida-19 tek će se pokazati nejednakosti koje postoje u pristupu zdravstvenoj zaštiti, i to naročito za najsiromašnije. Ovakvi ishodi po zdravstveni sistem zahtevaju ozbiljnu analizu, pošto će se uticaj epidemije na zdravstveni sistem osećati i u budućnosti (World Bank Group, 2020).

Osim direktnih izdvajanja za zdravstvene usluge, dostupne informacije pokazuju da su standardni, tekući programi imunizacije u izvesnoj meri prekinuti. Gotovo svako četvrto dete imalo je potrebu za zdravstvenim uslugama tokom krize (23%), a približno trećina (33%) nije zadovoljila potrebe kao što su specijalistički pregledi, uključujući vakcinaciju, bilo zbog nedostatka osoblja u ustanovama ili zbog toga što roditelji ne žele da obezbede ovu uslugu tokom krize i u svetlu zdravstvenih rizika i uvedenih ograničenja kretanja (UNICEF, 2020a). Podaci iz istraživanja UN govore da je skoro 27% žena i 19,9% muškaraca imalo poteškoća u pristupu zdravstvenim uslugama tokom kovida-19 (UN WOMEN i UNFPA, 2020; UNFPA, 2020). Pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja bio je problematičan za 4,5% žena, pri čemu su najčešće mlade žene prijavljivale probleme u pristupu ovim uslugama (UNFPA, 2020). Više od polovine mladih (54%) potvrdilo je da su imali ograničen pristup zdravstvenim uslugama zbog krize. Naveli su da su im uskraćene usluge poput izabranog lekara u domu zdravlja za preventivne svrhe (25%), ginekologa (14%), specijaliste (14%), lekara u svrhu lečenja (12%), psihološkog savetovanja (4%) i reproduktiv-

nog savetovanja (1%), dok je 30% izjavilo da je bilo i drugih službi kojima nisu mogli pristupiti, a koje ne spadaju ni u jednu od datih kategorija (UNICEF, 2020b).

Opšta situacija u vezi sa pristupom zdravstvenoj zaštiti i drugim uslugama ugroženih lica i ugroženih grupa u Srbiji stvara još jedan društveni rizik koji kriza pogoršava. Osobe sa invaliditetom, romska populacija, stanovnici prihvatilišta i ustanova za negu, stariji, osobe bez zdravstvenog osiguranja, osobe sa hroničnim bolestima, migranti, domaćinstva samohranih roditelja, ekonomski marginalizovani, stanovnici geografski izazovnih područja, zatvorenici i neke druge grupe suočavaju se sa sistemskim nejednakim pristupom zdravstvenim uslugama, koji je opstao i dodatno se proširio tokom pandemije (Tim Ujedinjenih nacija za ljudska prava u Srbiji, 2020). Uz direktne uticaje na zdravlje pojedinaca zbog poremećaja u zdravstvenim uslugama, očekuje se da će poremećaj ekonomske aktivnosti ozbiljno uticati na nivoe zaposlenosti, pristup obrazovanju i sigurnost prihoda, a sve to utiče na sposobnost ljudi da nabave osnovna dobra kao što su kao hrana, gorivo i stanovanje, što dodatno negativno utiče na zdravstvene ishode, pogoršavajući zdravstvene nejednakosti i nesrazmerno pogađajući ljude koji žive u siromaštvu i druge ugrožene grupe (UNDP, 2020).

Pandemija kovida-19 je uticala i na korišćenje digitalnih tehnologija u svakodnevnom radu zdravstvenih radnika i dovela do ekspanzije telemedicine u brojnim zemljama, pa i u Republici Srbiji (CDC, 2022).¹¹³ Portal *eZdravlje* (dostupan i kao aplikacija za mobilne uređaje) dizajniran je sa ciljem da pruža informacije i omogućava korišćenje elektronskih servisa u zdravstvenom sistemu Srbije. Trenutno je portal namenjen osiguranicima testiranim na prisustvo koronavirusa, a u svrhu dobijanja povratne informacije o rezultatima testiranja. Takođe, putem aplikacije moguće je i preuzimanje elektronske potvrde o izvršenoj vakcinaciji protiv kovida-19 (Ministarstvo zdravlja RS, 2022a).

U vreme pandemije dodatni izazov predstavlja kontinuirano pružanje zdravstvene zaštite pacijentima koji nisu inficirani virusom SARS-CoV-2. Telemedicina se koristi kao strategija za održavanje kontinuiteta zdravstvene nege, u meri u kojoj je to moguće, kako bi se izbegle negativne posledice odlaganja preventivnih pregleda ili pružanja usluga pacijentima obolelim od hroničnih bolesti. Korišćenjem telemedicine lekar može da odredi kada je najbolje za pacijenta da dođe na pregled u zdravstvenu ustanovu, a sve u cilju smanjivanja nepotrebnih dolazaka pacijenata u zdravstvene ustanove. Lekari mogu koristiti elektronske recepte i pružati više-mesečno izdavanje lekova kako bi se dodatno smanjila potreba za dolaskom pacijenata u ordinaciju, što se i sprovodi u našim apotekama počevši od 2017. godine (Ministarstvo zdravlja RS, 2022b). Sa uvođenjem vanrednog stanja rok važenja elektronskih recepata produžen je za tri meseca kako bi se rizik od prenošenja koronavirusa sveo na minimum. To znači da se elektronski recepti i terapija koriste za najviše devet meseci računajući od poslednjeg propisivanja leka, umesto dotadašnjih šest meseci (Ministarstvo zdravlja RS, 2020).

¹¹³ Telemedicina se definiše kao upotreba informacionih tehnologija – tablet računara, telefona i kompjutera – za pružanje usluga zdravstvene zaštite kada zdravstveni radnik i pacijent nisu na istoj lokaciji.

Osim elektronskih platformi, važno je naglasiti i postojanje nacionalnih telefonskih linija za prevenciju samoubistva, za psihosocijalnu podršku u uslovima epidemije kovida-19, za pomoć adolescentima, za psihološku podršku ženama pre, u toku i nakon trudnoće te linije za pomoć ženama koje su žrtve nasilja. Sve ove linije funkcionišu 24 sata dnevno i razgovori koji se vode moraju biti poverljivi, a mogu biti i anonimni. Takođe, telefonsko savetovalište „Halo beba“, koje postoji od 2001. godine u okviru Centra za promociju zdravlja Gradskog zavoda za javno zdravlje, prima pozive i odgovara na pitanja roditelja u vezi sa zdravljem i razvojem dece (Halo beba, 2022). Neke od ovih linija, kao što je Nacionalna linija za psihosocijalnu podršku u uslovima epidemije kovida-19, osnovane su upravo tokom epidemije, ali su i ostale podjednako

važne jer upravo takve telefonske linije predstavljaju način za pružanje informacija, pomoći i saveta u kriznim situacijama osobama kojima je takva pomoć neophodna.

Jasno je, međutim, da se u uslovima stanja pacijenata koja zahtevaju klinički pregled, radiološko ili laboratorijsko ispitivanje ne može koristiti telemedicina. Takođe, ograničavajući faktor za korišćenje telemedicinske pomoći može biti dostupnost uređaja ili internet veza. Ovo se posebno odnosi na pacijente koji žive u ruralnim predelima i starije stanovništvo. Starije stanovništvo je steklo naviku odlaska lekaru u ordinaciju, pa samim tim i na razgovor licem u lice. Ta kulturološka navika, kao i životna dob pacijenata, predstavljaju faktore koji mogu značajno da utiču na manje korišćenje mogućnosti telemedicinske pomoći.

7 Zaključak i preporuke za praktične politike

Zdrav početak života i zdrave navike kasnije u životu rezultiraju manjim problemima sa fertilitetom, povoljnijim zdravstvenim ishodima, dužim, produktivnijim i kvalitetnijim životom, što sveukupno dovodi do kasnije smrti. S druge strane, demografske promene koje odlikuje starenje stanovništva zahtevaju da se menjaju postojeći okviri zdravstvene politike i da se prilagode novim demografskim uslovima, i to u sledećim pravcima: više i bolje preventivnih usluga i više zdravstvenih usluga za stare.

Sve mere zdravstvene politike koje imaju za cilj suzbijanje depulacije u suštini treba da budu preventivne po svojoj prirodi. Preventivna zdravstvena zaštita bavi se prevencijom bolesti kako bi se smanjilo opterećenje bolešću i pratećim faktorima rizika. Preventivne mere treba primenjivati u svim fazama tokom životnog veka i u čitavom spektru bolesti kako bi se sprečilo dalje opadanje tokom vremena. Prevencija se opisuje kao primordijalna, primarna, sekundarna ili tercijarna, a one se često preklapaju.

Primordijalna prevencija je pristup zdravlju stanovništva koji karakterišu radnje koje se preduzimaju da bi se sprečile buduće opasnosti po zdravlje i smanjili (poznati) faktori rizika. Uzimaju se u obzir široke odrednice zdravlja, a ne individualne izloženosti faktorima rizika. Primordijalna prevencija sastoji se od postupaka za modifikovanje odrednica zdravlja stanovništva i sprečavanje uspostavljanja faktora (ekoloških, ekonomskih, socijalnih i bihevioralnih) za koje se zna da povećavaju budući rizik od bolesti. Primordijalna prevencija je tipično odgovornost vlada. Od vlade se očekuje da modifikuje sistem i faktore koji štete zdravlju, ali i da doprinese postupcima koji pozitivno utiču na zdravlje. To može uključivati, na primer, strategije kontrole duvana ili urbanističkog planiranja.

Primarna prevencija sprečava nastanak hronične bolesti smanjenjem faktora rizika za njen razvoj. Jedna vrsta primarne prevencije je smanjenje rizika kroz promene u ponašanju ili izloženosti, npr.

smanjenje kardiovaskularnog rizika kroz promene načina života kao što su zdrava ishrana i nepušenje. Drugi oblik primarne prevencije je povećanje otpornosti na izlaganje bolesti putem vakcinacije. Imunizacija je posebno važna u vremenima velikih epidemija ili pandemija kao što je aktuelna pandemija kovida-19.

Sekundarna prevencija podrazumeva otkrivanje i lečenje prekliničkih promena. Procedure skrininga su često prvi korak, što dovodi do ranih i isplativijih intervencija. Proces skrininga je kombinovana odgovornost pojedinaca i njihovih zdravstvenih radnika, s naglaskom na angažovanju pacijenta.

Tercijarna prevencija fokusira se na poboljšanje kvaliteta života smanjenjem invaliditeta, ograničavanjem ili odlaganjem komplikacija i obnavljanjem funkcija. Pomaže da se smanji uticaj bolesti na celokupni život pacijenta. Pacijent ima više kontakta sa zdravstvenim sistemom i pružaocima usluga u mnogim ulogama i okruženjima. Iako je tercijarna prevencija važna za pacijente i njihove porodice kako bi se obezbedio bolji kvalitet života, ona ne može toliko pomoći u prevenciji depulacije.

Na nivou primordijalne prevencije država bi trebalo da uvede dodatne poreze proizvođačima masne i slane hrane, ograniči reklamiranje nezdravih proizvoda te pooštri uslove za otvaranje i širenje restorana brze hrane, posebno u blizini škola. Neosporna je važnost stalnog preispitivanja doslednosti u primeni i delotvornosti postojećih mera kontrole duvana, ali i potrebe da se donose nova, radikalnija zakonska rešenja. Takođe, revizija postojećih nastavnih planova i programa u osnovnim i srednjim školama treba da bude prioritet.

Obrazovne institucije kao što su vrtići i škole ključne su ulazne tačke za mere primarne zaštite iz nekoliko razloga. Podizanje svesti i znanja o značaju zdravog načina života (pre svega o faktorima rizika) od najranije faze života u obrazovnim ustanovama kasnije će se

odraziti na početak zdravog života i veću kontrolu nad sopstvenim zdravljem. Na kraju, ovo će značajno poboljšati zdravlje stanovništva. U okviru aktuelnih obrazovnih programa, više pažnje treba obratiti na zdravlje, javno zdravlje i značaj zdravog načina života. Fizičko vaspitanje sastavni je deo nastavnog plana i programa, ali ga treba više promovisati, insistirajući na povećanju fizičke aktivnosti kod dečaka i posebno devojčica. Promovisanje višeg nivoa fizičke aktivnosti u školama može doprineti širokom spektru zdravstvenih prednosti, uključujući smanjeni rizik od mnogih hroničnih nezaraznih bolesti, poboljšanje mentalnog zdravlja i kvaliteta života. Fizička aktivnost takođe ima posredan uticaj na zdravlje tako što unapređuje akademski uspeh, a to dodatno doprinosi višem socio-ekonomskom statusu odrasle osobe.

Osim učenja, važno je da se znanje pretoči u praksu pa bi se, po tom pitanju, zdrava hrana mogla služiti u školama gde je to moguće. Kada brza hrana bude manje dostupna deci, deca će se okrenuti onome što im je dostupno i ješće zdravije. Razvoj zdravih navika, u ovom slučaju vezanih za ishranu, značajno će doprineti većem stepenu svesti, a samim tim i boljim zdravstvenim ishodima kod dece, i sada (npr. prevencija gojavnosti) i kasnije u životu.

Posebno je važno pomenuti aktivnosti i napore da se sazna više o sopstvenom seksualnom i reproduktivnom zdravlju kako bi se u budućnosti ostvario puni potencijal fertiliteta. Interaktivne radionice u okviru nastavnog plana i programa, ali ne kao izborne aktivnosti, na kojima učenici i studenti mogu da nauče više o prevenciji polno prenosivih bolesti, neželjenih trudnoća i raznim vrstama i pravilnoj upotrebi savremenih metoda kontracepcije moraju biti imperativ. Ove aktivnosti će rezultirati većom upotrebom savremenih sredstava za kontracepciju, dok će se nivo neželjenih trudnoća, abortusa i zdravstvenih posledica smanjiti i zaštititi fertilni potencijal mlađih generacija.

Do sada je seksualno i reproduktivno zdravlje bilo obuhvaćeno nastavnim planom i programom iz biologije i nekim izbornim radionicama. Kako bi se podstakli mladi da koriste savremene metode kontracepcije i tako sprečili neželjeni događaji kao što su neželjena trudnoća i polno prenosive bolesti, koje kasnije mogu dovesti do drugih komplikacija (sida kao posledica HIV infekcije ili karcinom grlića materice kao posledica infekcije humanim papiloma virusom), treba usmeriti napore na podizanje svesti mlađih o značaju ovih metoda i njihovoj upotrebi. Kroz porodični razgovor te kroz formalnu i neformalnu (vršnjačku) edukaciju u školama (osnovnoj i srednjoj) treba ukloniti tabu s teme seksualnog i reproduktivnog zdravlja i promeniti kulturološki obrazac u kome postoji negativan odnos prema kondomima.

Tokom detinjstva postoje određeni periodi kada deca imaju obavezne preglede. Oni uključuju preglede različitih specijalista (pedijatar, oftalmologa, fizijatra, stomatologa). Ovi preventivni pregledi mogu ukazivati na promene koje se uočavaju u ranoj fazi i koje se mogu korigovati i lečiti na vreme. Kada su odrasli u pitanju, značajan procenat ljudi nije svestan važnosti preventivnih pregleda. Iako neke ustanove i preduzeća obezbeđuju preventivne sistemat-ske preglede za svoje zaposlene, većina poslodavaca u Republici Srbiji to ne čini. Zato bi jedna od opcija bila uvođenje obaveznih

godišnjih zdravstvenih pregleda zaposlenih u javnom i privatnom sektoru. Preventivni pregledi jednom godišnje dovode do rane dijagnoze, blagovremenog lečenja i boljeg ishoda većine bolesti. Jedno od ograničenja ove vrste pregleda jeste visok udeo radnika na neformalnom tržištu rada, koji ne uplaćuju poreze i doprinose i stoga ne mogu ostvariti pravo na preventivne preglede.

Pored opštih zdravstvenih pregleda, važnu ulogu u prevenciji zdravlja imaju programi skrininga. Iako u Republici Srbiji postoje tri nacionalna programa skrininga (za rak dojke – Uredba o nacionalnom programu ranog otkrivanja karcinoma dojke iz 2013, za rak debelog creva – Uredba o nacionalnom programu ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma iz 2013, za rak grlića materice – Uredba o nacionalnom programu ranog otkrivanja karcinoma grlića materice iz 2013), oni se ne sprovode u potpunosti.

Nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke sprovodi se organizovanjem mamografskih pregleda zdravih žena starosti od 50 do 69 godina. Otkrivanje raka dojke u ranoj fazi, pored velike šanse za izlečenje, omogućava primenu pošteđnih hirurških intervencija, brz oporavak, smanjenje invaliditeta, bolji kvalitet života i smanjenje troškova lečenja i posrednih troškova bolesti.

Citološki skrining grlića materice svakih tri do pet godina može sprečiti četiri od pet slučajeva raka grlića materice. U zemljama, uglavnom razvijenim, u kojima se organizovani programi skrininga uspešno sprovode već nekoliko decenija došlo je do dramatičnog pada smrtnosti od raka grlića materice, npr. u Republici Finskoj za čak 80%. Citološki bris grlića materice (Papanikolau test) koristi se kao skrining test za rano otkrivanje promena na grliću materice. Evropski vodiči preporučuju da skrining počne između 20. i 30. godine života i da traje do 60-65. godine.

Skrining na kolorektalni karcinom sprovodi se na teritoriji Republike Srbije u vidu organizovanog decentralizovanog programa. Ciljna populacija su muškarci i žene starosti od 50 do 74 godine, a ciklus skrininga je na svake dve godine.

Međutim, obuhvat ciljne populacije nacionalnim programima skrininga veoma je nizak i potrebni su ogromni naponi da bi se to poboljšalo. Podaci zasnovani na dokazima govore u prilog činjenici da određene intervencije značajno mogu da povećaju obuhvat populacije skriningom. Te intervencije se zasnivaju na različitim pristupima i mogu biti usmerene na pojedinca, na zajednicu, zdravstvene radnike ili na same zdravstvene usluge i menadžment (Camilloni et al., 2013; Zielonke et al., 2021).

Kada se govori o individualnim intervencijama, pozitivan efekat pokazala su pozivna pisma u kombinaciji sa podsetnicima koja se šalju putem pošte, kao i telefonski pozivi. Različiti stilovi pozivnih pisama mogu da utiču na učešće u skrining programima. Konkretno, postoje dokazi da duga, detaljna pisma mogu povećati nejednakosti u učešću, odnosno da detaljno objašnjenje procedura i prednosti samog testa itekako mogu da ohrabre ljude da se odazovu, naročito one nižeg obrazovnog statusa. Takođe, postoje čvrsti dokazi o pozitivnom efektu kada pozivno pismo potpiše lekar (Toes-Zoutendijk et al. 2017; Jepson et al. 2000; GLOBOCAN, 2022).

Intervencije u zajednici, poput masmedijskih kampanja, davanje publiciteta kroz različite vrste medija, informacije edukativnog sadržaja u obliku pamfleta, letaka i drugih pisanih sadržaja takođe mogu doprineti povećanju obuhvata (Clover et al., 1996; Camilloni et al., 2013).

Skining mogu da olakšaju i sprovođenje skining testova prilikom redovnih pregleda ili konsultacija kod specijaliste, odnosno slanje testova za samouzorkovanje poštom. Slanje kompleta za samouzorkovanje osobama koje nisu odgovorile na poziv za skining značajno povećava učešće u skiningu za karcinom grlića materice. Takođe, slanje kompleta za uzorkovanje stolice za test na okultno krvarenje drastično bi moglo da smanji opterećenje u pogledu usluge skininga. Intervencije koje imaju za cilj smanjenje logističkih barijera, mobilni mamografi te korišćenje apoteka za donošenje uzoraka testa na okultno krvarenje u značajnoj meri olakšavaju testiranje i mogu da dovedu do većeg obuhvata populacije kod koje se sprovede skining testiranja (Globocan, 2022).

Povezanost podataka iz registara za rak i skining i drugih repozitorijuma demografskih podataka i uzroka smrti takođe je ključna za primenu evropskih standarda skininga, a time i za smanjenje opterećenja društva bolestima (Anttila et al. 2015).

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju (2019), ukoliko se osigurano lice ne odazove pozivu za pregled ili se ne pojavi na skining pregledu, onda će to lice snositi određene posledice u smislu plaćanja više cene lečenja. Iako je obuhvat ciljne populacije za sva tri programa skininga daleko od planiranog, veći udeo osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite nije opisan. Potpuna primena zakona ili nekih beneficija za one koji se odazovu na skining (kao što je slobodan dan na poslu) mogu imati veći uticaj na povećanje stope odgovora na skining.

Zbog trenutne demografske stvarnosti i velikog udela starijih u populaciji, poseban napor u zdravstvenim ustanovama treba usmeriti na izdvajanje sredstava za negu starijih osoba u okviru odeljenja za kućnu negu i usluge lečenja, odnosno povećanje broja zaposlenih za kućne posete.

Još jedan predlog odnosi se na raspodelu ljudskih resursa, s mogućnošću stvaranja okruženja u kome bi formalna kućna nega za stare trebalo da zameni neformalnu negu koju pružaju uglavnom članovi porodice. Na ovaj način se ostvaruju dvostruki benefiti: mladi će se rasteretiti i biće spremni da ulože napore u planiranje porodice, dok će starije osobe imati adekvatnu negu i pomoć, što će značajno unaprediti njihov kvalitet života. Formalna kućna nega uključuje pomoć u ličnoj nezi (npr. oblačenje i kupanje), kućnim poslovima (npr. pranje veša i čišćenje) i kliničkoj nezi (npr. saniranje rana).

Globalni trend (očigledan u zemljama kao što su Nemačka, Japan i SAD) jeste da vlada preraspoređuje više resursa sa rezidencijalne nege na kućnu negu i negu u zajednici zbog prednosti starenja u mestu stanovanja i, što je još važnije, niske isplativosti tradicionalnih načina rezidencijalne nege (domovi za stara lica). Štaviše,

povećana podrška formalnoj nezi kod kuće može efikasno smanjiti opterećenje neformalnih negovatelja (Murphy et al., 2017). Formalni negovatelji obično imaju više profesionalnog iskustva u pružanju nege starijim odraslim osobama. Ovi negovatelji uključuju licencirane profesionalce, kao što su socijalni radnici, kvalifikovane medicinske sestre, doktori medicine, radni terapeuti, fizioterapeuti itd. Pored toga, formalnu negu takođe pružaju nelicencirani negovatelji koji su prošli kratkotrajnu obuku; ti negovatelji pružaju usluge starijim ljudima u ustanovama kao što su domovi za stare, ustanove za pomoć u svakodnevnom životu, ustanove u zajednici i privatni smeštaj (Stone et al., 2010). Na to da li je iskustvo korišćenja formalne nege pozitivno ili negativno mogu uticati brojni faktori, kao što su preferencija starijih odraslih osoba da primaju formalnu negu kod kuće umesto institucionalizacije i kvalitet i profesionalizam pružalaca nege.

Pri planiranju mera treba imati u vidu i eksterne faktore, kao što je snažan trend odliva medicinskih radnika u zapadnoevropske zemlje. Ako bi se u takvom kontekstu uložili dodatni napor da se medicinske sestre specijalizuju u oblastima potreba starijih, postoji ozbiljan rizik da te medicinske sestre napuste zemlju nakon završetka školovanja. Uz sav rizik da obrazovani ljudi spremni za rad sa starijima napuste zemlju, treba uložiti napore pre svega u finansijskom smislu, ali i u smislu drugih beneficija, da se ovakav kadar zadrži u zemlji s obzirom da je potražnja na tržištu rada za kvalifikovanim stručnjacima ovog obrazovnog profila na visokom nivou. Oni se, osim u ustanovama za negu starijih lica, mogu zapošljavati i u svim zdravstvenim ustanovama u kojima postoji gerijatrijsko odeljenje.

Sistem zdravstvene zaštite u Srbiji suočava se sa velikim troškovima brige o starijim osobama. Drugim rečima, nema dovoljno sredstava kojima bi se finansirala sva zagantovana prava iz zdravstvenog osiguranja. Ovakvo stanje nesumnjivo zahteva sprovođenje neophodnih reformi sistema zdravstvene zaštite, pre svega u domenu finansiranja, ali i u domenu jačanja institucija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Intenzivnijim korišćenjem usluga privatnog zdravstvenog osiguranja mogao bi da se obezbedi ravnomerniji pristup svih slojeva stanovništva uslugama zdravstvene zaštite, što se pre svega odnosi na oslobađanje državnih resursa za siromašnije stanovništvo.

Privatni sektor je, i kao pružalac usluga i kao izvor finansiranja zdravstvene potrošnje, nedovoljno obuhvaćen u Nacionalnom zdravstvenom računu.¹¹⁴ Zato je prikupljanje podataka za privatni sektor i njegovo uključivanje u vezane račune jedno od važnih pitanja kome treba posvetiti posebnu pažnju kako bi se dobila što preciznija slika o ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu na nacionalnom nivou.

Sistem zdravstvene zaštite takođe zahteva reorganizaciju u domenu organizacije palijativnog zbrinjavanja starijih osoba. Iako se palijativna nega sprovodi opredeljivanjem određenog broja kreveta za zbrinjavanje palijativnih pacijenata u zdravstvenim ustanovama primarnog i sekundarnog nivoa nege i pružanjem usluge kućnog

¹¹⁴ Nacionalni zdravstveni račun predstavlja okvir za standardizovano izveštavanje o troškovima i finansiranju zdravstva, pri čemu meri sveukupne – javne i privatne i zdravstvene troškove stanovnika određene države.

lečenja na lokalnom nivou u najudaljenijim mestima sa starijim stanovništvom, ova vrsta zdravstvene zaštite zahteva dodatnu reorganizaciju u smislu jačanja kapaciteta (infrastrukturnih, organizacionih i kadrovskih) kako bi se prilagodila novoj demografskoj realnosti. Uvođenje mobilnih timova koji bi pružali usluge palijativne nege i kućnog lečenja jeste jedno od potencijalnih rešenja u nedostatku adekvatnih resursa.

Danas postoji sve veći broj dokaza o tome kako najbolje upravljati složenim hroničnim stanjima kod starih osoba. Ključna pitanja se odnose na koordinaciju brige u svim okruženjima, promociju samopomoći (tamo gde je to moguće), razvoj odgovarajućeg kadra i, posebno, optimalnu kombinaciju veština, ali i informacione sisteme podrške i mehanizme finansiranja koji podstiču integraciju, a ne fragmentaciju različitih sektora. Povećana zdravstvena pismenost i bolji pristup tehnologiji, kao što su kompjuteri i internet, mogu pomoći da se poboljša razumevanje i omogući pacijentima da se više angažuju u samozbrinjavanju (Rechel et al. 2009). Mnogo toga se može postići relativno jednostavnim intervencijama, na primer onim koje olakšavaju mobilnost upotrebom asistivne tehnologije.

Nedovoljno poznavanje digitalnih tehnologija, odnosno nedostatak digitalne pismenosti, kao i strah od moguće zloupotrebe podataka mogu dovesti do otpora prema korišćenju usluga telemedicine. Imajući na umu da ni svi zdravstveni radnici ni svi korisnici u sistemu zdravstvene zaštite nisu spremni da prihvate i koriste usluge telemedicine kao načina komunikacije na daljinu, potrebno je zakonski regulisati i standardizovati koje se usluge i na koji način mogu pružati na daljinu. Tako će pre svega pacijenti, a zatim i medicinsko osoblje, biti sigurni da su usluge pružene putem telemedicine zakonski opravdane. Takođe, primena telemedicine će dugoročno doneti korist i pomoći u svakodnevnim izazovima u zdravstvenim sistemima.