

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА


Проф. др Драгољуб ЂОКИЋ

Institut za javno zdravlje Kragujevac 

Крагујевац, 2011.

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА

Проф. др Драгољуб ЂОКИЋ

Institut za javno zdravlje Kragujevac 

Крагујевац, 2011.

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

IMPRESUM

CIP

CIP

CIP

CIP

CIP

CIP

CIP

CIP

CIP

Садржај

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА.....	1
ЗДРАВЉЕ И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА.....	2
МЕРЕЊЕ ЗДРАВЉА.....	5
КВАЛИТЕТ ЖИВОТА.....	6
ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	7
ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА.....	8
ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	9
РЕФЕРАЛНИ СИСТЕМ.....	10
НОВИ ТРЕНДОВИ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ПОЛИТИЦИ.....	13
ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА.....	13
ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА У УСЛОВИМА ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ.....	16
ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА – САДА ВИШЕ НЕГО ИКАДА.....	20
ЛИТЕРАТУРА.....	24

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА

Светска здравствена организација (СЗО) је дефинисала здравствену политику као „збир одлука надлежног државног органа које представљају основ за остваривање дефинисаних циљева за унапређење здравља”. У демократским парламентарним земљама документ о здравственој политици доноси највише представничко тело, односно парламент. Изузетно, у неким земљама у којима је председнички систем власти, тај акт доноси председник државе. Мићовић дефинише здравствену политику као: „Политика и пракса унапређивања здравља усмерена ка развоју здравственог система”.

Према наводима Јаковљевића, здравствену политику утврђује највиши законодавни орган. Документ о здравственој политици садржи циљеве и мере које треба остварити у одређеном временском периоду. Земље чланице СЗО дужне су да циљеве и мере своје здравствене политике усклађују с циљевима и мерама формулисаним у документима здравствене политике те организације. Документ о здравственој политици је основ за законску регулативу, националне здравствене програме и за реформу здравственог система.

Највиши важећи акт међународне здравствене политике је „Глобална стратегија, здравље за све у 21. веку”, који је усвојила Скупштина СЗО. У складу са десет циљева у том документу, Регионални комитет СЗО за Европу усвојио је 1998. године европску стратегију познату као „Здравље 21”, што симболично илуструје 21 циљ у 21. веку. Европска стратегија је орочена до 2020. године.

Европска стратегија је дефинисана као трајни циљ: „Остваривање пуног здравственог потенцијала за све”. За остваривање тог циља утврђене су две трајне мере:

- унапређивање и заштита здравља становништва током читавог живота, и
- смањивање инциденције водећих болести и повреда.

Етички основ ових мера чине три вредности:

- здравље као основно људско право,
- једнакост и солидарност,
- учешће појединаца, породица, заједница и институција у развоју здравствене заштите.

Дефинисане су четири главне стратегије:

- мултисекторска сарадња,
- повезивање мера здравствене заштите и инвестиционог улагања с исходом,

- примарна здравствена заштита оријентисана ка породици и заједници подржаном флексибилним и одговорним болничким системом, и
- развојни процес у којем учествују сви заинтересовани фактори друштва.

СЗО је утврдила критеријуме за оцену примене заједнички усвојене здравствене политике у земљама чланицама:

- Да ли је у највишем законодавном органу земље усвојен документ здравствене политике у складу с циљевима и мерама који су наведени у документима здравствене политике СЗО?
- На који начин је регулисано питање једнакости у правима и остваривању права на здравствену заштиту?
- Да ли је примарна здравствена заштита основни и главни део укупног система здравствене заштите?
- Да ли и на који начин грађани и њихова удружења учествују у креирању и остваривању мера здравствене заштите?
- Колики проценат друштвеног производа се троши на здравствену заштиту? Колико је учешће примарне здравствене заштите? Да ли су утврђени приоритети код преусмеравања средстава?
- Да ли је успостављен систем мониторинга и оцене остваривања примене докумената здравствене политике?

ЗДРАВЉЕ И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

У конститутивном акту СЗО здравље је дефинисано као „стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања а не само одсуство болести и онеспособљености”. Ову дефиницију здравља дуго су оспоравали поједини аутори сматрајући је уопштеном и без могућности практичне примене, односно као немерљиву вредност. Након што је Бреслов (*Breslow*) доказао могућност мерења све три компоненте здравља и здравља у целини, дефиниција здравља СЗО је добила потврду своје пуне вредности.

Велики допринос науци о здрављу дао је Милер (*Miller*), који је здравље дефинисао као „стање динамичке равнотеже унутар организма и с околином”. У нормалним условима та се равнотежа одржава. Поремећаји који не прелазе одређени ниво и трајање могу се толерисати и контролисати. Промене у спољашњој средини или унутрашње промене изнад тих нивоа и дужине трајања могу угрозити ту равнотежу, доводећи до стања које је повезано с одређеним параметрима. Када ти параметри достигну екстремне вредности, долази до стреса или структурних промена које воде или ка бољој адаптацији индивидуе, или до поремећаја равнотеже, односно болести.

Способност особе да очува динамичку равнотежу зависи од њеног здравственог потенцијала, који представља интерреакцију појединца и његове околине којом се одражава равнотежа или поново успоставља уколико је нарушена. На индивидуалном нивоу то подразумева добар нутритивни статус, физичку кондицију, емоционалну стабилност, имунолошку резистенцију и позитиван приступ

здрављу. У заједници то значи ефикасност здравствене политике у свим области-ма. Фактори који јачају здравствени потенцијал су здравствени ресурси, а фактори који га угрожавају здравствени ризици.

Међу здравствене ресурсе се убрајају:

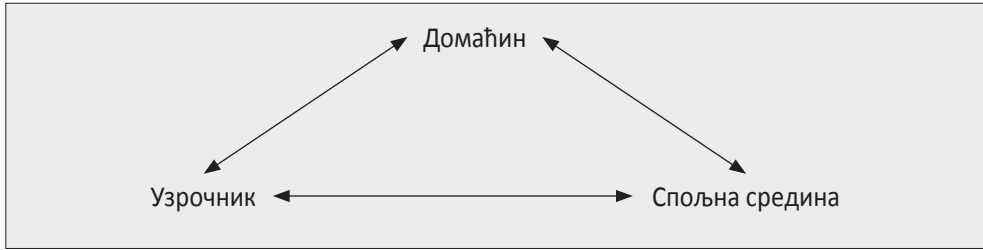
- добар нутритивни статус
- имунитет
- емоционална стабилност
- добра физичка кондиција
- здраве личне навике
- одмор и рекреација
- позитиван однос према здрављу
- социјална интеграција
- запосленост и позитивна радна клима
- приступачна здравствена заштита
- социјална заштита
- приступачне образовне установе
- адекватно становање
- здрав начин исхране (безбедна вода за пиће)
- уређене санитације
- здрава клима и животна средина

Међу здравствене ризике се убрајају:

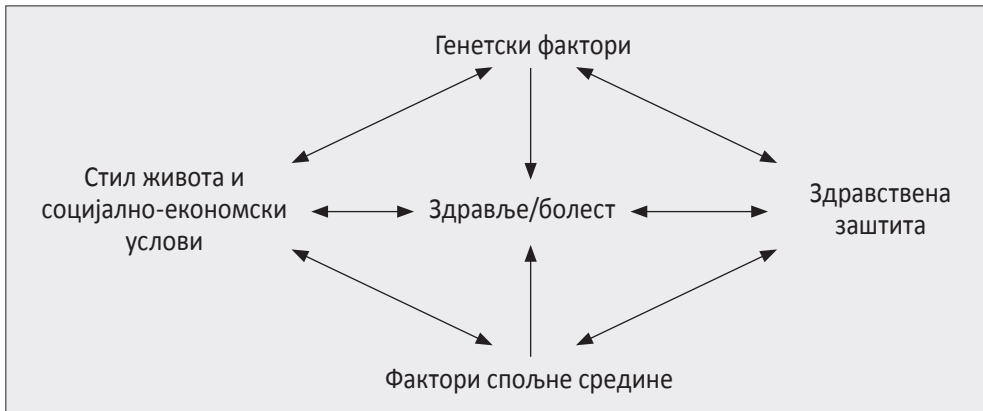
- малнутриција
- осетљивост на инфекције
- негативни здравствени ставови и понашање
- општа осетљивост
- пушење
- алкохолизам
- недовољна физичка активност
- изложеност стресу
- рад на опасним местима
- недовољан одмор и рекреација
- нездрав начин живота
- социјална изолација
- незапосленост
- незадовољство на радном месту
- неадекватна исхрана
- лоши услови становања и водоснабдевања
- неадекватне санитације
- лоша клима и загађеност животне средине

Болест се може дефинисати као „неспособност адаптивног механизма органи-зма да на одговарајући начин одговори на стимулусе и стрес којима је изложен, што доводи до поремећаја у функционисању или структурних поремећаја органа или система органа”.

Класичан модел настанка болести је модел троугла.



Модел дијаманта свеобухватније изражава однос здравља и болести и факторе који утичу на здравље и болест.



Здравље је резултат утицаја наслеђа и фактора спољашње средине. Генетски фактори имају велики значај јер могу битно утицати на реакцију организма на факторе спољашње средине.

Са генетског становишта постоје три основне групе људи:

- особе чија је отпорност на болести велика и оболевају само у веома неповољним условима,
- особе које не оболевају под нормалним условима, и
- особе које оболевају под нормалним условима.

Поред класичних фактора спољашње средине који су добро познати и који су били главна преокупација медицине у фази биомедицинског развоја медицинске науке, све већи значај добијају социјално-економски фактори.

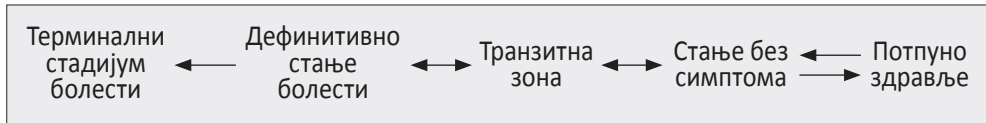
Према подацима Светске банке, повећање друштвеног производа по глави становника са хиљаду на две хиљаде америчких долара има утицаја на повећање очекиваног трајања живота од 11 година и на смањење смртности одојчади од 20% до 30%.

Истраживања Јаковљевића у оквиру пројекта *MONICA* су показала да је код необразованог и становништва с непотпуним основним образовањем два пута већа

инциденција инфаркта миокарда и možданог удара, три пута већа преваленција коронарне болести и два пута већа преваленција дијабетеса него код високообразованог становништва.

Према наводима Антоновског (*Antonovsky*), здравље и болест су континуитет јединственог процеса од потпуног здравља до терминалног стадијума болести.

Спицер (*Spitzer*) је то исказао на следећи начин:



МЕРЕЊЕ ЗДРАВЉА

Све до пре неколико деценија здравље и здравствено стање становништва мерили су се морбидитетом и морталитетом.

Бреслов је покренуо пројекат мерења здравља у духу дефиниције СЗО. Према овом генеричком приступу, здравље се посматра као варијабла која има три димензије: физичку, психичку и социјалну. Свака особа се категорише на одређеној тачки у том спектру.

За мерење физичког здравља користи се спектар од седам тачака:

- тешка онеспособљеност
- мања онеспособљеност
- хронично стање са онеспособљеношћу
- хронично стање без онеспособљености
- стање без тегоба
- низак енергетски ниво
- висок енергетски ниво

Одговори се групишу у виду процената за сваку категорију. Збрајањем свих вредности и дељењем са бројем појединаца добија се средња вредност. На пример, група од 0,40 средње вредности има добро физичко стање, од 0,50 просечно, а преко 0,55 лоше. На исти начин се мери и физичко стање појединаца. Психичко здравље се мери на основу индекса од осам бодова, од којих су пет са негативним осећањем, а три са позитивним. Бодови се на скали крећу од „депримиран” до „веома срећан”. Социјално здравље укључује запосленост, друштвени живот, задовољство у браку, везе с рођацима. На основу вредности све три компоненте оцењује се укупно стање здравља.

СЗО је 1957. године утврдила индикаторе за мерење здравственог стања становништва, који су, поред оних који су се односили директно на стање здравља, укључили и оне који се односе на животну средину.

Глобална стратегија „Здравље за све” (1981) укључује индикаторе којима се омогућавају мониторинг и оцена њеног остваривања, а то су:

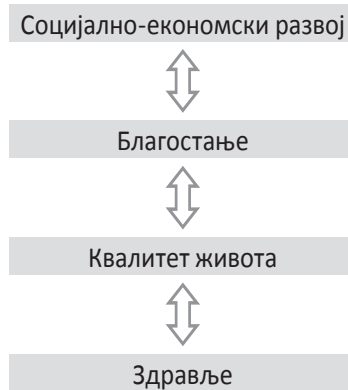
- индикатори здравствене политике,

- социјално-економски показатељи,
- индикатори обезбеђености здравственом заштитом,
- основни индикатори здравственог стања.

Европска стратегија „Здравље за све до 2000. године” утврдила је 38 циљева. За остваривање сваког од њих такође су утврђени индикатори.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Циљ социјално-економског развоја сваког демократског друштва је благостање његових грађана. Мерило благостања је квалитет живота, а здравље је основна компонента квалитета живота.



Шипер (*Shiper*) дефинише квалитет живота као „функционални ефекат болести и следственог лечења болесника изражен на основу запажања самог болесника”.

Спилкер (*Spilker*) сматра да квалитет живота треба посматрати кроз три нивоа, а да се изражава преко најмање четири домена: физичког стања, психичког стања, социјалног стања и економског стања.



Квалитет живота, као укупни ефекат, произлази из најмање четири домена: физичког стања, психичког стања, социјалне интеракције и соматских осећаја. Физичко стање укључује: покретљивост, способност за рад и др. Психичко стање

обухвата: стабилност, депресију, узбуђење, нервозу, сан. Социјалну интеракцију чине: живот унутар породице, друштвени живот, путовања, рекреација. Соматске сензације су: бол, малаксалост, гушење.

Торанс (*Torrance*) истиче да живот човека има две компоненте: квантитет и квалитет. Квантитет се мери бројем година од рођења до смрти, а квалитет у свакој тачки живота, у којој постоји укупни и здравствено релевантни квалитет живота. Здравствено релевантни квалитет живота укључује само факторе који имају утицаја на здравље човека. Торанс је творац тзв. утилизационог приступа.

Шерон Вуд-Дофине (*Sharon Wood-Dauphinee*) је увела појам „реинтеграције“ у нормалан живот и израдила индекс за оцену степена реинтеграције након болести.

Постоје бројне скале за мерење квантитета живота, али су најпознатије *SF-36*, *EORTC* и **QOLINS**.

Квалитет живота се користи као циљ здравствене политике и мерило исхода предузетих здравствених мера и медицинског лечења појединаца. У пракси се у много већој мери квалитет живота користи за оцену исхода предузетих здравствених мера и индивидуалног медицинског лечења. Досад није развијен модел јединственог квантитативног мерења квалитета живота, па се за оцене квалитета живота углавном користе квантитативне методе.

Клиника за кардиоваскуларну хирургију Института за кардиоваскуларне болести у Сремској Каменици је 1992. године отпочела пројекат „Квалитет живота после операције на отвореном срцу“. До 1995. године примењивана је метода квалитативног мерења, а као упитник коришћен је образац *SF-36*, пошто поменута метода није била довољно прецизна. На клиници је као први у свету развијена метода квантитативног (нумеричког) мерења квалитета живота. Израђени су посебан упитник и индекс квалитета познат као *QOLI-NS* (*Quality of Life Index – Novi Sad*). Након десетогодишњег праћења квалитета живота оперисаних болесника пре и после операције, доказано је да операција на отвореном срцу доприноси бољем квалитету живота и дужем преживљавању болесника.

Развојем метода квантитативног мерења здравља и квалитета живота створени су услови да се у пракси у потпуности примени концепт медицине засноване на доказима, односно да се квалитетом живота мере исход предузетих здравствених мера и медицинског лечења сваког појединца. На тај начин квалитет живота је постао најобјективније мерило ефеката здравствених мера и медицинског лечења, а здравствена политика добила поуздан инструмент како за формулисање циљева и мера, тако и за њихово праћење и оцењивање.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Према дефиницији СЗО, под здравственом заштитом се подразумевају мере на „унапређивању и очувању здравља, спречавању и сузбијању обољења и повреда, раном откривању болести и благовременом лечењу и рехабилитацији“. Систем здравствене заштите представља „комплекс међусобно повезаних елемената који доприносе

здрављу у породици, образовним установама, радним организацијама, заједници, здравственом сектору и другим релевантним секторима”.

Здравствену инфраструктуру чине међусобно повезане компоненте и ресурси, финансирање, менаџмент, организација здравствене службе и здравствене установе.



Основна функција здравствене инфраструктуре јесте да обезбеди здравствену заштиту преко професионалних служби ради решавања здравствених проблема појединаца, породице и заједнице.



ЗДРАВСТВЕНА СЛУЖБА

Здравствена служба је основна компонента здравствене инфраструктуре која повезује процес остваривања здравствене заштите и адекватну расподелу средстава на нивое њеног остваривања (примарни, секундарни и терцијарни). Здравствену службу чине функционално повезане здравствене установе које професионалним радом учествују у остваривању здравствене заштите.

Здравствени систем по правилу обезбеђује држава, а здравствена инфраструктура је у надлежности министарства надлежног за послове здравља. У здравственој инфраструктури равноправно су заступљени државни и приватни сектор.

Здравствена заштита се остварује на три нивоа:

- примарни – ванболничке здравствене установе на нивоу локалне заједнице (општина);

- секундарни – општа болница; завод за јавно здравље покрива потребе више локалних заједница;
- терцијарни – високоспецијализоване здравствене установе, које покривају шира подручја (регион).

ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Међународна конференција о примарној здравственој заштити која је одржана 1978. године у Алма-Ати усвојила је Декларацију и Препоруке за примену Декларације. На овој међународној конференцији консензусом су прихваћени следећи ставови:

- реафирмација здравља из дефиниције СЗО;
- неприхватљивост разлика у погледу здравственог стања и могућности за остваривање здравствене заштите;
- повезаност здравља и социјално-економског развоја;
- учешће грађана у доношењу одлука и остваривању мера здравствене заштите;
- одговорност влада за здравље становништва, односно за обезбеђење најмањег нивоа здравља који омогућава социјално-економски продуктиван живот.

Примарна здравствена заштита је основна здравствена заштита заснована на практичним, научно установљеним и друштвено прихватљивим методама и технологији. Она је општеприступачна и треба да је доступна свима по цени коју може да поднесе заједница у свакој фази свог развоја, у духу ослањања на своје могућности. Примарна здравствена заштита је интегрални део укупног система здравствене заштите и чини његов основни и главни део. Она је најважнији елеменат у континуираном процесу здравствене заштите, а остварује се на сваком њеном нивоу за здравствене проблеме и групације укључене у њу.

Примарна здравствена заштита укључује следеће:

- едукацију о преовлађујућим здравственим проблемима и методама њихове превенције и контроле,
- унапређивање снабдевања водом и санитацију,
- правилну исхрану,
- здравствену заштиту мајке и детета и планирање породице,
- имунизацију,
- превенцију и контролу локалних ендемских болести,
- одговарајуће лечење од најчешћих болести и повреда,
- обезбеђење основних лекова.

На Међународној конференцији о примарној здравственој заштити учествовала су делегације земаља чланица Уницефа и 67 међународних организација.

РЕФЕРАЛНИ СИСТЕМ

СЗО је дефинисала реферални систем као „функционисање механизма и институција у области здравствене заштите које треба да омогући да се здравствена заштита пружа адекватно на свим нивоима њеног остваривања”.

У публикацији коју је објавила организација **FARE???** цитирана је дефиниција Јаковљевића: „Реферални систем је континуирано пружање здравствене заштите на свим нивоима њеног остваривања путем здравствених мера и услуга које се међусобно надовезују, уз коришћење јединствене медицинске документације која прати пружање здравствене заштите од нижег ка вишем рефералном нивоу, и обрнуто.”

Реферални систем чине:

- примарни,
- први реферални, и
- други реферални ниво.

На примарном нивоу врше се следеће мере и услуге:

- унапређивање здравља појединаца и група;
- откривање и сузбијање фактора ризика болести и повреда;
- спречавање сузбијања болести и повреда;
- здравствена заштита трудница и породиља;
- здравственопромотивне и превентивне мере у области здравствене заштите деце;
- имунизација;
- преглед и лечење оболелих и повређених особа када није потребно сложеније испитивање и лечење;
- упућивање оболелих и повређених особа на виши реферални ниво;
- наставак лечења и контрола након болничког лечења.

На првом рефералном нивоу оболела или повређена особа може бити:

- испитана и са коначном дијагнозом и упутством за даље лечење поново упућена лекару примарног нивоа;
- задржана на амбулантном лечењу или у дневној болници;
- задржана на болничком лечењу.

Болница на првом рефералном нивоу пружа организовану и континуирану стручну помоћ здравственим установама примарног нивоа:

- потпуним информисањем о начину пријема, лечења и отпуштања болесника;
- обезбеђењем службе информисања;
- одржавањем редовних стручних састанака о питањима од заједничког интереса;
- учешћем у континуираној едукацији лекара и других здравствених радника на примарном нивоу.

Завод за јавно здравље на првом рефералном нивоу:

- врши систематску санитарну контролу воде за пиће, намирница, ваздуха, буке и радијације;
- пружа стручну помоћ здравственим установама на примарном нивоу у примени метода унапређења здравља, спречавања и сузбијања болести, откривања и сузбијања здравствених ризика;
- прати и проучава здравствено стање становништва, хигијенске прилике и епидемиолошку ситуацију на подручју које покрива.

Здравствене установе другог рефералног нивоа у области клиничке медицине врше најсложеније поступке дијагностиковања и лечења:

- дијагностику помоћу магнетне резонанције,
- катетеризацију срца (коронарографију),
- дијагностику помоћу радиоизотопа,
- операције на отвореном срцу,
- сложене пластичне операције,
- трансплантацију органа и ткива,
- лечење малигнух обољења зрачењем и цитостатицима.

У другим областима врше се: испитивања квалитета лекова, вирусолошке и сложеније бактериолошке и хемијске анализе и анализе у области трансфузије и прераде крви.

Здравствене установе другог рефералног нивоа су по правилу наставне и научноистраживачке.

У рефералном систему се користи јединствена медицинска документација, нема понављања истих дијагностичких процедура и доследно се примењују доктринарна начела и утврђени протоколи у дијагностиковању обољења и лечењу болесника. Реферални систем подразумева прецизно утврђене мере и услуге на сваком нивоу здравствену технологију када се примењује и основни је предуслов ефикасне, квалитетне и исплативе здравствене заштите.

НОВИ ТРЕНДОВИ У ЗДРАВСТВЕНОЈ ПОЛИТИЦИ

ЗДРАВЉЕ У СВИМ ПОЛИТИКАМА

У развоју својих здравствених политика европске земље полазе од вредности као што су:

- доступност квалитетне здравствене заштите,
- једнакост у правима и остваривању права на здравствену заштиту,
- солидарност.

Истим вредностима руководила се и СЗО приликом усвајања стратегије „Здравље за све”. У документу „Здравље за све у 21. веку” европски регион СЗО је у свом документу „21 циљ у 21. веку” поставио здравље у оквир основних људских права, истичући једнакост и солидарност, као и активно учешће грађана у одлучивању о мерама здравствене заштите као заједничке европске вредности.

Полазећи од очигледних доказа да на здравље могу утицати политике других сектора, те да здравље може имати значајне ефекте на остваривање циљева у другим секторима, Национални институт за здравствену заштиту Финске (*KTL*) је за земље Европске Уније израдио стратегију под називом „Здравље у свим политикама” (*Health in All Policies*). Ову стратегију усвојиле су земље чланице Европске Уније у Лисабону 2000. године, те је позната и као „Лисабонска стратегија”.

Ова стратегија је, између осталог, одговор на нове изазове због демографских промена које одликује све већи удео старог становништва, које не учествује у производњи, док се део становништва с активним учешћем смањује. Да би се спречила економска криза из тих разлога, излаз се тражи у повећању продуктивности и очувању раста друштвеног производа. Ови циљеви се могу остварити ако се не повећавају трошкови због болести и онеспособљености, односно ако се одржава и повећава ниво здравља радника у производњи и становништва уопште. Овај нови модел здравствене и социјалне политике истиче здравље у први план. Тај нови модел тражи и нова решења. Приступ новим решењима је у повезивању здравствене политике с политикама других сектора тако што ће политике других сектора подржавати циљеве и мере здравствене политике, те кроз њих остваривати и своје циљеве.

Неповољни демографски токови у европском региону СЗО одражавају се на смањење броја становника. Ако се они наставе, становништво Европе би се са садашњих 728 милиона до 2030. године смањило на 685 милиона или за 6%. То би се одразило на повећање броја зависног (непроизводног) становништва са садашњих

49% на 66%. Стара популација, која чини већину зависног становништва, може дати позитиван допринос економској стабилности ако очува здравље у највећој могућој мери, што би значајно утицало на смањење раста трошкова за здравствену заштиту. Стара популација би такође могла да дâ допринос у смислу пореских обавеза уколико је укључена у неке радне активности.

Велики допринос економској стабилности могу дати и мере превенције и контроле незаразних болести, којима се значајно може смањити морталитет и морбидитет и продужити очекивано трајање здравог живота људи. Према истраживањима Европске комисије, што је здравија „радна снага“, већа је продуктивност рада, смањују се трошкови боловања и лечења, а повећава број економски продуктивних година живота на тржишту рада. Ако се мере промоције здравља и превенције болести правовремено започну, смањиће се учесталост оболевања и померити граница појаве болести у познијим годинама.

„Здравље у свим политикама” је сложен приступ који превазилази границе здравственог сектора. Тај приступ обухвата политике у области образовања, становања, животне и радне средине, саобраћаја, економској и пореској политици. Он се заснива на принципима мултисекторске сарадње. Тај приступ је конципиран као ланац узрочне повезаности. „Здравље у свим политикама” је основна карика у том ланцу која може допринети конзистентнијој и бољој законској регулативи у свим областима. Политика која не даје позитивне ефекте на здравље је терет не само здравственом систему, него и економији земље у целини. Међутим, отклањање негативних ефеката такве политике само мерама здравствене заштите није могуће.

„Здравље у свим политикама” је хоризонтална комплементарна стратегија с високим потенцијалом да допринесе здрављу становништва. Превасходна улога те стратегије је да испита детерминанте здравља на које се може утицати у погледу унапређивања здравља, али које су у домену политика других сектора. Приступ стратегије „Здравље у свим политикама” се заснива на препознавању чињенице да здравље становништва није искључиво производ активности здравственог сектора, већ великим делом и производ утицаја животних услова и других социјално-економских фактора на које утичу политике и активности ван здравственог сектора. Унапређење здравља преко детерминанти је много лакше и ефикасније него традиционални начин лечења од болести. Кључне детерминанте нису једнако распоређене у становништву.

Социјалне детерминанте се односе на друштвене услове у којима људи живе и раде. Њихово решавање захтева експлицитно фокусирање на социјалне детерминанте које доводе до неједнакости у здрављу. СЗО је оформила комисију за социјалне детерминанте чији је задатак да препоручује активности у односу на те детерминанте.

Промоција здравља је најадекватнија област за примену стратегије „Здравље у свим политикама”. Повеља о промоцији здравља је усвојена 1985. године у Отави, а промоцију дефинише као „процес оспособљавања људи да повећају контролу и унапреде своје здравље”. Повеља је утврдила пет стратегија за промоцију здравља:

- адекватна здравствена политика,
- креирање здраве животне средине,
- подстицање активности заједнице,
- развој личних способности,
- реорганизација здравствене службе.

Међународна конференција у Бангкоку (2005) разматрала је проблеме промоције здравља у контексту глобализације и ставила нагласак на спречавање штетних ефеката у промету роба и услуга.

Чињеница да на здравље утичу политике и активности других сектора позната је већ дуго времена. Спољна средина и становање су сектори с којима је прво почело усклађивање политика. Постоји велика потреба за усклађивањем с политикама сектора као што су образовање, саобраћај, социјална заштита, пољопривреда и исхрана, али и са секторима индустрије и промета роба и услуга. Проблем је, међутим, сложене природе због различитих система одлучивања. Негде је здравље у надлежности локалних органа, док су политике у области финансија, трговине или индустрије, а негде у надлежности централних органа и усклађују се на међународном нивоу.

У приступу „Здравље у свим политикама” веома је важно да се кооперација и колаборација не схвате само као потреба здравственог сектора, већ и могућност других сектора да кроз њу остваре своје циљеве. За почетак је најважније да се схвати и разуме значај импликација других политика на здравље.

Централно место треба да заузме планирање здравствених критеријума у политици оних сектора који нису узимали у обзир здравствене аспекте у својим политикама. У неким случајевима, као што је пушење, остварен је висок степен сагласности о заједничким ставовима заинтересованих сектора у односу на здравствене аспекте, што већ даје добре резултате у земљама Европске Уније. Случај с алкохолизмом је много сложенији, јер се интереси земаља битно разликују. Ипак, у свим случајевима увек се полази од јединствено утврђених ставова Европске Уније да је европски здравствени систем заснован на принципима једнакости, солидарности и једнаке доступности здравствене заштите.

Следећи корак је остваривање заједничких циљева или исхода за све учеснике у процесу. Ова стратегија се назива „Стратегија заједничких циљева”. Њена сврха је да се остваре очекивани здравствени циљеви, али и циљеви у другим секторима (не на рачун других сектора). Она се назива „синергички модел”, кроз који се заједнички остварују бољи резултати него кроз појединачне активности.

У пракси се показало да се здрављу више пажње поклања у кризним ситуацијама, после којих се оно занемарује.

Примена стратегије „Здравље у свим политикама” зависи од неколико фактора. То су:

- компатибилност са другим секторима (социјални, образовни, животна средина);
- ограниченост успеха због утицаја фактора ван стратегије синергичког модела (на пример, усклађена политика исхране деце у школи може бити угрожена исхраном код куће, која зависи од других фактора);

- трошкови и очекивани ефекти (здравственопромотивне и превентивне мере захтевају дужи временски интервал, што може утицати на заинтересованост других сектора);
- ниво активности (локални ниво задовољава ако су активности у склопу националних програма; у земљама Европске Уније усвајају се законски прописи и национални програми на основу заједнички утврђених принципа, мерила и стандарда, што обезбеђује јединствено остваривање одређене политике од међународног до локалног нивоа).

Један од најважнијих проблема у погледу здравља у свим политикама је неједнакост у здрављу. Ахесон (*Acheson*) сматра да је тај проблем највећим делом изван утицаја здравствене политике и препоручује смањивање:

- неједнакости у здрављу мерама социјално-економске политике;
- ефеката социјално-економског положаја на здравље и економских последица лошег здравственог стања;
- ефеката специфичних здравствених детерминанти код социјално угроженог становништва;
- ефеката лошег социјалног положаја кроз мере здравствене заштите.

Стратегија „Здравље у свим политикама” примењује се у већој или мањој мери у свим земљама Европске Уније. У Финској је, на пример, влада формирала координационо тело с министром здравља на челу које разматра могуће ефекте сваког закона на здравље. Закони за које постоје докази да могу имати негативан утицај на здравље становништва не шаљу се на усвајање у парламенту.

ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА У УСЛОВИМА ЕКОНОМСКЕ КРИЗЕ

Економска криза погађа здравствену заштиту **најмање у сразмери њеног удара на друштвени производ**. Под претпоставком да се не мења проценат учешћа средстава за здравствену заштиту у друштвеном производу, она ће бити смањена у складу с падом друштвеног производа. Економска криза је озбиљан разлог за преиспитивање циљева и мера здравствене политике једне државе.

Здравствена заштита се не може третирати као потрошња, већ треба да има улогу стабилизационог фактора. Да би то могла да оствари, морају се исплативим мерама решавати најважнији здравствени проблеми.

Земље Европске Уније које су усвојиле стратегију „Здравље у свим политикама” јасно су дефинисале улогу здравствене заштите у превенцији и отклањању последица економске кризе. Посебно се истиче значај превенције и контроле незаразних болести, којима се не смањују само морталитет, морбидитет и трошкови лечења болесника, него се директно доприноси здрављу радно продуктивног становништва.

Преиспитивање циљева и мера здравствене политике у нашим условима пре свега подразумева редефинисање здравствених приоритета. Код утврђивања здравствених приоритета морају постојати јасни научнозасновани критеријуми;

у противном, они могу бити предмет надметања политичких странака. Да би се обезбедила објективност код утврђивања приоритета, СЗО је у сарадњи са Светском банком израдила модел финансирања здравствене заштите на принципима приоритета познатим као „Основни пакет здравствене заштите”. Овај пакет је утврђен као законска обавеза у многим земљама. У нашем окружењу то је једино случај с Републиком Српском, у којој Основни пакет здравствене заштите садржи мере и услуге које се односе на целокупно становништво, као што су промоција здравља, превенција болести и лечење особа чије је стање у непосредној животној опасности. Потпуна здравствена заштита се обезбеђује трудницама, породицама, деци до навршених 15 година и старим особама.



Пакет укључује и мере превенције и лечења од заразних болести и туберкулозе, лечење особа на дијализи и с тешким менталним поремећајима. Средства се прво алоцирају за здравствену заштиту обухваћену пакетом. Пакет се реализује преко програма у којем су мере квантификоване, а средства се додељују само за остварене мере.

СЗО је оценила примену основног пакета у већем броју земаља, међу којима су Норвешка, Шведска, Холандија, Орегон (САД), Нови Зеланд, Мексико, Колумбија, Замбија и Бангладеш.

Код редефинисања здравствених приоритета морају се пажљиво избалансирати мере на страни захтева за здравственом заштитом и мере пружања здравствене заштите. На страни захтева су: солидарност, лично учешће у трошковима и приоритети. На страни пружања су: модели уговарања, преусмеравање ресурса и реформе здравственог система.

Апсолутна солидарност постоји у земљама с националним системом заштите као што су Велика Британија, Норвешка, Шведска, Финска и Шпанија.

Увођење личног учешћа у трошковима се не препоручује као адекватна мера. Ејбел-Смит (*Able-Smith*) је утврдио да лично учешће у трошковима има негативне последице код становништва с малим приходима, јер повећава ризик од оболевања и смрти. С друге стране, лично учешће у трошковима није дало очекиване ефекте на укупне трошкове, поред оних с малим приходима, а озбиљно погађа и оне с највећим здравственим потребама.

Поред јасних критеријума за утврђивање приоритета, важно је учешће свих заинтересованих фактора. Ботман (*Bothman*) сматра да то учешће треба да се остварује према следећој схеми:



Реформа здравственог система није и не сме да буде административно свођење капацитета здравствене службе у расположива средства. Реформа подразумева реоријентацију здравствене заштите на промоцију здравља и превенцију болести уз примену исплативих мера у дијагностици и лечењу и очување ефикасности и квалитета здравствене заштите.

Преусмеравање средстава има главно место у решавању проблема усклађивања здравствених потреба и реалних материјалних могућности. Дуго се сматрало да болница треба да има централно место у систему здравствене заштите и да решава највећи део здравствених проблема. На болничко лечење трошило се више од 70% укупних средстава за здравствену заштиту. Савремени концепт здравствене заштите подразумева да се на примарном нивоу решава најмање 75% здравствених потреба, на секундарном нивоу 15-20%, а на терцијарном 5-10%. Међутим, преусмеравање средстава за здравствену заштиту није у складу с тим концептом. По правилу, примарни ниво не само што не располаже адекватним ресурсима, већ није, са становишта здравствене технологије, ни довољно оспособљен да ефикасно решава очекивани проценат здравствених потреба. Због тога се на секундарном нивоу решава знатно више здравствених потреба које су у домену примарног нивоа, што се лоше одражава и на терцијарни ниво.

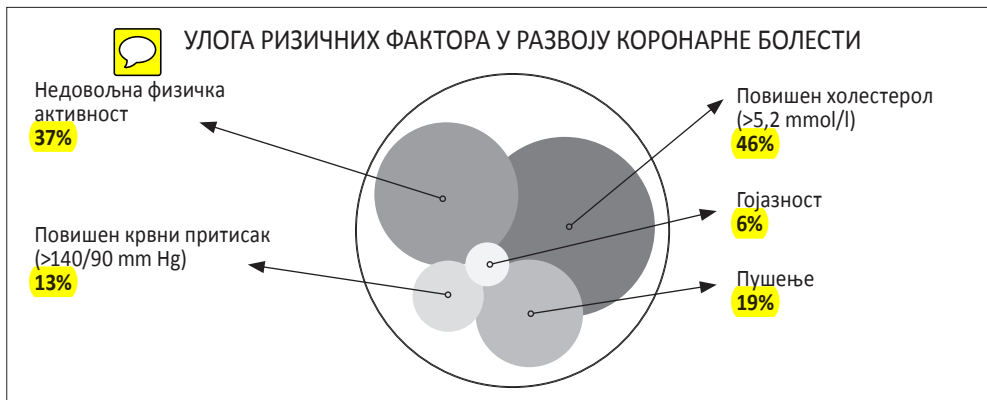
Неке земље које су предузимале реформу здравственог система, пре свега из економских разлога, прибегавале су мерама смањења болничких капацитета. Такве мере, без претходног оспособљавања примарног нивоа и одговарајуће замене одређених процедура (ванстационарне службе), биле су крајње непродуктивне. Земље које су о томе водиле рачуна и у реформу уградиле неке супституције и реструктурирања могле су безболно да смање болничке капацитете, повећају ефикасност здравствене службе и умање трошкове за здравствену заштиту. У периоду од 15 година Шведска је смањила број болничких постеља са 15 на 6,5 на 1.000

становника, Финска са 15 на 10, Естонија са 12 на осам, а Данска и Велика Британија са осам на пет постеља на 1.000 становника.

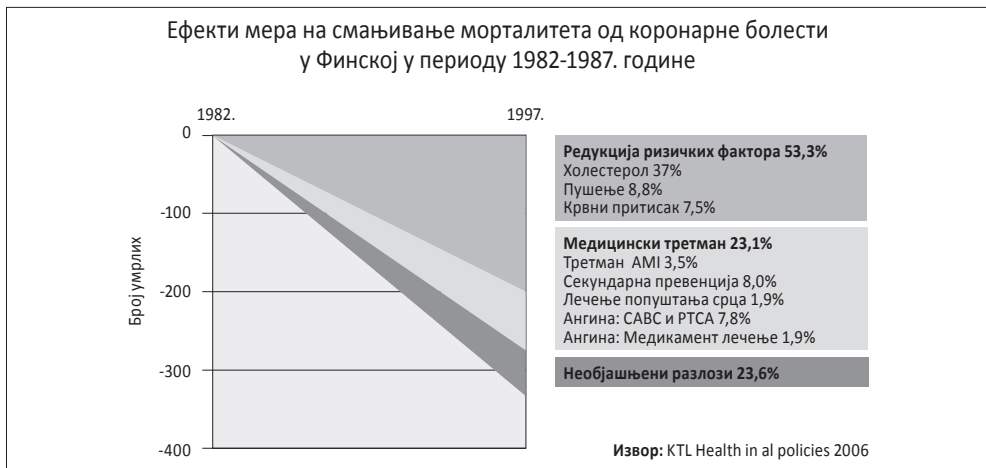
Најзначајнија мера којом се стварају услови за ефикасну и квалитетну здравствену заштиту у периоду економске кризе је реоријентација здравствене службе у целини на промоцију здравља и превенцију болести. Према повељи из Отаве (којом је утврђено пет стратегија за примену мера промоције здравља и превенције болести), потребно је познавати детерминанте здравља, односно факторе који имају највећи утицај на здравље.



Полазећи од таквог приступа, Институт за здравствену заштиту Финске је истражио утицај појединих фактора ризика на развој коронарне болести, чиме је створен основ за израду одговарајућег интервентног програма. Према резултатима тог истраживања, на развој коронарне болести повишени холестерол у крви утиче са 46%, недовољна физичка активност са 37%, повишен крви притисак са 13%, пушење са 19%, а гојазност са 6%.



Такође је утврђен утицај мера на смањење стопе морталитета од коронарне болести у Финској у периоду 1982–1997. године. Сузбијање фактора ризика даје ефекат од 53%, и то: смањење нивоа холестерола у крви – 37%, престанак пушења – 8,8% и снижавање крвног притиска – 7,5%. Медицинско лечење даје ефекат од 23,1%, и то: лечење од акутног инфаркта миокарда – 3,5%, секундарна превенција – 8,0%, лечење од инсуфицијенције срца – 1,9%, хируршке интервенције, укључујући **PTCA???** – 7,8%, медикаментно лечење од ангине пекторис – 1,9%; необјашњиви разлози учествују са 23,6%. Туомилехто (*Tuomilehto*) је на основу налаза својих истраживања закључио да смањење различитих фактора ризика утиче са 76%, а медицинско лечење са 29%.



ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА – САДА ВИШЕ НЕГО ИКАДА

Извештај СЗО за 2008. годину објављен је под насловом *Primary Health Care – Now More Than Ever*. У њему је анализиран период примене Декларације о примарној здравственој заштити од њеног усвајања 1978. године. У извештају се реafirмишу исправност и научна заснованост концепта примарне здравствене заштите. Остварени су велики резултати на глобалном плану, али су они неуједначени у односу на географска подручја и социјално-економске групе.

У поруци генералне директорке СЗО др Маргарет Чан (*Margaret Chan*) каже се: „Вредности Декларације из Алма-Ате су проверене и оне остварују се. Овај извештај ревитализује амбициозну визију примарне здравствене заштите као сет вредности и принципа за усмеравање развоја здравствених система. Искуство нас учи да може да се смањи јаз између потреба и примене. Потребне су реформе којима ће се обезбедити једнакост у здравственој заштити потпуном покривеношћу примарном здравственом заштитом, реорганизацијом здравствене службе према потребама, комплексном улогом заједница и заменом командно-контролног начина руковођења партиципацијом и договарањем.”

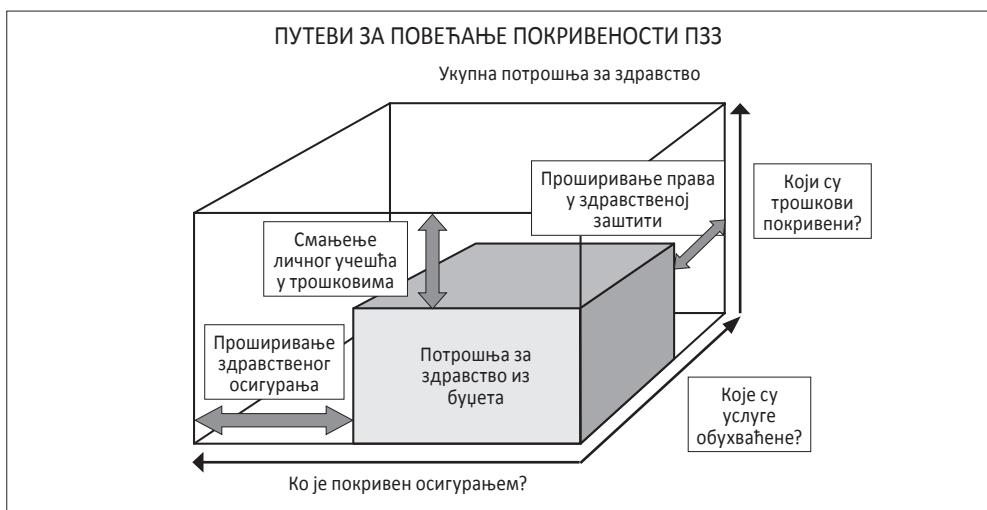
Четири сета реформи примарне здравствене заштите која треба да се обезбеде су:

- једнакост потпуним обухватањем становништва примарном здравственом заштитом;
- реоријентација здравствене службе у погледу здравствених потреба становништва;
- боље руковођење;
- унапређење здравствене заштите у заједници.

Као сметње у доследној примени концепта примарне здравствене заштите нарочито се сматрају болничка централизација, фрагментација и комерцијализација. Болничка централизација је стање у којем је болница средиште око којег функционише здравствени систем, фрагментација је последица мултипликације програма и пројеката супротно интегрисаном приступу, а комерцијализација последица нерегуларности здравственог система. Основни циљ реформе је, дакле, да се те препреке уклоне.

Један од узрока недовољног смањивања неједнакости у здравству је неразвијен систем здравственог осигурања, односно националних система здравствене заштите. У неразвијеним и средње развијеним земљама, у којима су живи 5,6 милијарди људи, 50% здравствених услуга плаћа се из личних средстава. Такође, у земљама у којима су најнижи трошкови за здравствену заштиту највеће је учешће личних средстава у трошковима здравствене заштите.

У извештају СЗО на сликовит начин су приказана три начина за повећање покривености примарном здравственом заштитом. То су: проширивање здравственог осигурања, смањивање личног учешћа у трошковима коришћења здравствене заштите и проширивање права у здравственој заштити. Све то доводи до повећања трошкова за здравствену заштиту у државном буџету или фондовима осигурања у укупним трошковима за здравствену заштиту.



Ниво економске развијености је изузетно важан фактор који утиче на могућност проширења покривености примарном здравственом заштитом.

Расположиви трошкови за здравствену заштиту су од нешто мање од 20 америчких долара по једном становнику до више од 3.000 долара. У 2005. години у 45 земаља чланица СЗО, од укупно 193, трошкови за здравствену заштиту су били мањи од 100 америчких долара по становнику, а у 16 најразвијенијих земаља већи од 3.000 долара. У 2006. години на медицинску опрему је потрошено 220 милијарди америчких долара, од којих у САД 39%, у Европској Унији 27%, а у Јапану 16%. У САД је на медицинску опрему утрошено 287 долара по једном становнику, у Европској Унији 250, у Јапану 273, у остатку света шест долара, а у земљама Африке јужно од Сахаре свега два и по америчких долара по становнику. За лекове је 2006. године потрошено 745 милијарди америчких долара, од чега у САД 48%. Трошкови за лекове по једном становнику се крећу од мање од два долара у земљама јужно од Сахаре до 1.150 долара у САД.

Болничка централизација енормно подиже трошкове за терцијарни ниво здравствене заштите, који не даје ефекте на здравље становништва у сразмери с уложеним средствима. Она је узрок огромних трошкова за непотребну медикализацију. Комерцијализација значајно доприноси губљењу поверења у здравствену службу. Она је један од фактора неједнакости у здрављу. Познат је пример тзв. сафари хирургије у Конгу. Комерцијализација је сваки вид нерегуларног плаћања здравствених услуга без обзира на то да ли је у питању државни или приватни сектор. Она је добила ослонац у условима недовољних средстава из регуларних извора као вид компензације. Болничка централизација и комерцијализација су последица оријентације на страну плаћања здравствене заштите, а не захтева заснованих на стварним здравственим потребама. То је последица плаћања капацитета, а не решавања здравствених потреба.

У дефинисању циљева и мера здравствене политике у условима економске кризе на првом месту треба да се нађе доследна примена Декларације о примарној здравственој заштити на начин како је то утврђено у документу СЗО (*World Health Report 2008*), а под насловом „Примарна здравствена заштита – сада више него икада”.

Документ здравствене политике „Здравље за све у 21. веку”, који на нивоу Европског региона СЗО носи назив „21 циљ у 21. веку”, утврдио је опште циљеве и 21 специфични циљ, чије остваривање се очекује до 2020. године. Земље које су усвојиле своја национална документа здравствене политике према заједнички усвојеним циљевима и мерама 12 докумената Европског региона СЗО могу у складу са стањем и својим условима и потребама да рedefинишу одређене циљеве и мере. У условима економске кризе посебан значај добијају циљеви који се односе на:

- смањење учесталости заразних болести,
- смањење учесталости незаразних болести,
- смањење штетног утицаја алкохола, дрога и пушења,
- здраву и безбедну животну и радну средину,
- мултисекторску одговорност за здравље,
- интегрисани здравствени сектор,

- менаџмент квалитета здравствене заштите,
- финансирање здравствене заштите и преусмеравање ресурса,
- здравствену заштиту деце и омладине, старих особа и хендикепираних лица.

У условима економске кризе посебан значај има остваривање циљева који се односе на смањење учесталости незаразних болести и на квалитет здравствене заштите.

Циљ који се односи на незаразне болести треба да се реализује до 2020. године у свим земљама чланицама. Потребно је да се:

- смањи смртност од кардиоваскуларних болести код особа млађих од 65 година за најмање 40%;
- смањи смртност од малигних болести код особа млађих од 65 година за најмање 15%, а од карцинома плућа за 25%;
- смање компликације дијабетес мелитуса за најмање 30%;
- обезбеди сталан тренд смањивања учесталости хроничних респираторних обољења и других хроничних стања;
- смањи учесталост каријеса код деце узраста до шест година за 80%, а да деца до 12 година немају више од једног извађеног или пломбираног зуба.

Циљ који се односи на квалитет здравствене заштите такође треба да се реализује до 2020. године у свим земљама чланицама. Потребно је да се:

- обезбеди менаџмент здравственог сектора којим ће сви здравствени програми и појединачна медицинска лечења бити оријентисани ка здравственом исходу;
- постави најобјективнији критеријум за мерење здравственог исхода, а то је квалитет живота мерен пре и после лечења, односно унапређење здравља становништва након примене програма.

Задовољство болесника медицинским лечењем је важна компонента у оцени квалитета живота.

Финска је прва земља у којој је примена реформе усмерене ка отклањању баријера (болничке централизације, фрагментације и комерцијализације) и Декларације о примарној здравственој заштити (реоријентација здравствене службе на промоцију здравља и превенцију болести) дала изванредне резултате. У периоду од 25 година смањене су: општа стопа смртности за 49%, смртност од кардиоваскуларних болести за 68%, од коронарне болести за 73%, од малигних болести за 44%, а од карцинома плућа за 71%. У истом периоду смањен је број пушача са 52% на 31%, просечан ниво холестерола у крви са 6,9 на 5,7 *mmol/l*, а просечан крвни притисак са 149/92 на 137/83 *mm Hg*.

Економска криза с којом су суочене све земље света може озбиљно да угрози здравље и квалитет живота људи. Добро конципираним мерама здравствене политике последице економске кризе на здравље становништва могу се избећи или барем знатно ублажити. То се може постићи ако најважнији циљ здравствене политике буде очување биолошког интегритета народа и достигнутог нивоа социјалне правде. Биолошки интегритет народа може се очувати реоријентацијом здравствене заштите на промоцију здравља и превенцију болести и уз примену

ефикасних исплативих мера у дијагностици и лечењу. Преусмеравање ресурса мора бити у складу с тим принципима. Достигнути ниво социјалне правде се исказује кроз једнакост и солидарност. Он се може очувати првенствено доследном применом Декларације о примарној здравственој заштити на начин како је то утврдила СЗО у документу „Примарна здравствена заштита – сада више него икад”.

Органи надлежни за вођење здравствене политике не смеју подлећи утицају оних који излаз траже у административним решењима редукације мреже и квалитета здравствених установа. Треба поћи од решења која су примењена у најразвијенијим европским земљама, у којима су административне мере разних рестрикција замењене добро осмишљеним мерама реоријентације здравствене службе, реструктурирања болничког система, супституције високософистицираних технологија ефикасним и исплативим, мотивацијом и активним учешћем здравствених радника и других заинтересованих фактора. Одбацавањем командно-контролних метода руковођења, стварањем климе поверења, сарадње, повећањем одговорности носилаца здравствених мера и поштовањем принципа медицинске етике постиже се много више.

Документ СЗО „Здравље за све у 21. веку” у условима економске кризе добија још више на свом значају и актуелности. Земље које нису усвојиле националну здравствену политику у складу с тим документом требало би да то учине, јер рад и развој здравствене заштите без здравствене политике води у стихију и безнађе.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Basic Documents. Geneva: WHO; 1991.
2. WHO. Health for All by the Year 2000. Copenhagen: WHO; 1984.
3. WHO. Health for All in 21st Century. Copenhagen: WHO; 1999.
4. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolution. Chicago: University Press; 1968.
5. Jakovljević Đ, Grujić V. Socijalna medicina. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2009.
6. Đokić D, Jakovljević Đ. Socijalna medicina. Kragujevac: Medicinski fakultet; 2007.
7. Jakovljević Đ, Grujić V. Socioekonomske nejednakosti u zdravlju. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja; 1996.
8. World Bank. World Development Report. **MESTO???**: Oxford University Press; 1993.
9. Breslow LA. A Quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. Int J Epidemiol. 1972; 1(4):347-55.
10. Katz S. The science of quality of life. J Chronic Dis. 1987; 40(6):459-63.
11. Noack N. Concepts of Health and Health Promotion. Copenhagen: WHO; 1987.
12. Miller JG. Living Systems. New York: McGraw Hill; 1978.
13. Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. J Chronic Dis. 1987; 40(6):465-71.
14. WHO. Measuring Socio-Economic Inequalities in Health. Copenhagen: WHO; 1995.
15. WHO. World Health Declaration WHA. Geneva: WHO; 1998.
16. Jakovljević Đ, Planojević M. Dvadeset godina MONICA projekta u Novom Sadu. Novi Sad: Institut za KVB; 2005.
17. Spilker B. Quality of Life Assessment in Clinical Trials. New York: Raven Press; 1990.
18. WHO. World Health Report 2002. Geneva: WHO; 2002.

19. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis.* 1987; 40(6):593-603.
20. Wood-Dauphinee S. Reintegration to Normal Living as a proxy to quality of life. *J Chronic Dis.* 1987; 40(6):491-502.
21. WHO. The Health Care Infrastructure. Geneva: WHO; 1990.
22. WHO/UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO/UNICEF; 1978.
23. White K. A Call for New Public Health. Geneva: WHO; 1993.
24. WHO. District Health Systems for Primary Health Care. Geneva: WHO; 1988.
25. Kodeks etike zdravstvenih radnika Jugoslavije. **MESTO???: IZDAVAČ???**; 1963.
26. Able-Smith B, Holland W, Mossialos E, Figueras J, McKee M. Choices in Health Policy: An Agenda for the European Union. Brussels: Ashgate Publishing Ltd.; 1995.
27. Jakovljević Đ, Đokić D. Reforme u oblasti zdravstvene zaštite. Beograd: Institut za zaštitu zdravlja Srbije; 1997.
28. Berman P. Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy.* 1995; 32(1-3):13-28.
29. WHO. Prevention in Primary Care. Copenhagen: WHO; 1994.
30. WHO. MONICA. Monograph. Geneva: WHO; 2003.
31. WHO. Health in Europe. Copenhagen: WHO; 1997.
32. KTL. Health in All Policies. Helsinki: Ministry of Social and Health; 2006.
33. WHO. Essential Health Packages. Geneva: WHO; 1997.
34. WHO. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: WHO; 2006.
35. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care – More Than Ever. Geneva: WHO; 2009.
36. Nissinen A. Risk Factors of **CVD** and Effects of Their Reduction. Helsinki: KTL; 2007.

Institut za javno zdravlje Kragujevac

