



MINISTARSTVO ZDRAVLJA
CRNE GORE

2010- 2014

AKCIONI PLAN ZA ISHRANU I BEZBJEDNOST HRANE CRNE GORE



PODGORICA, FEBRUAR 2010.



MINISTARSTVO ZDRAVLJA
CRNE GORE

AKCIONI PLAN ZA ISHRANU I BEZBJEDNOST HRANE CRNE GORE 2010-2014

Podgorica, februar 2010. godine

SADRŽAJ

1. UVOD	7
2. Ciljevi Akcionog plana za ishranu i bezbjednost hrane	10
3. OPŠTE KARAKTERISTIKE CRNE GORE.....	10
3.1. Vitalno-demografska situacija	11
3.2. Demografske promjene	13
3.3. Profil siromaštva	14
3.4. Poljoprivreda.....	15
3.5. Ekonomski značaj poljoprivrede	15
3.6. Potrošnja namirnica u domaćinstvu	17
3.7. Utrošena novčana sredstva za hranu	17
3.8. Vodosnabdijevanje	18
3.9. Upravljanje otpadom	19
4. Način života i stavovi prema zdravlju.....	19
4.1. Fizička aktivnost.....	19
4.2. Konzumiranje alkohola - odrasli	21
4.3. Konzumiranje alkohola - adolescenti.....	22
4.4. Svijest o zdravstvenim rizicima	23
4.5. Globalizacija i urbanizacija	24
5. Ishrana stanovništva u Crnoj Gori	24
5.1. Pravilna ishrana.....	24
5.2. Ciljevi koji se u oblasti ishrane žele postići su:.....	25
5.3. Politike i strategije	26
5.4. Navike u ishrani.....	26

5.5.	Mikronutritivni deficiti	31
6.	Nezarazne bolesti uzročno povezane sa načinom ishrane	32
6.1.	Vodeći uzroci umiranja	32
6.2.	Prevalencija i incidencija hroničnih bolesti.....	33
6.3.	Bolesti sistema krvotoka	34
6.4.	Maligne neoplazme	35
6.5.	Diabetes mellitus	37
6.6.	Povišeni nivo holesterola i triglicerida u krvi	38
6.7.	Informisanje i savjetovanje u vezi sa rizicima od hroničnih nezaraznih bolesti	40
7.	Informisanje, kampanje i savjetodavne aktivnosti vezane za odgovarajuću ishranu i zdrave stilove života.	41
8.	BEZBJEDNOST HRANE.....	42
8.1.	Uvod.....	42
8.2.	Ciljevi definisani u oblasti bezbjednosti hrane:	44
8.3.	Politike i strategije od značaja za bezbjednost hrane.....	44
8.4.	Zakonski okvir	45
8.5.	Zakoni relevantni za bezbjednost hrane.....	46
8.6.	Upravljanje sistemom bezbjednosti hrane	47
8.7.	Laboratorijske službe	47
8.8.	Analiza rizika (procjena /upravljanje/komunikacija rizika)	48
9.	Kontrola bezbjednosti hrane	49
9.1.	Monitoring kontaminacije hrane i vode	49
10.	Bolesti koje se prenose hranom u Crnoj Gori	53
10.1.	Podaci o bolestima koje se prenose hranom.....	54
10.2.	Masovnije izbijanje hranom prenosivih bolesti u Crnoj Gori.....	57
11.	Program praćenja i monitoringa zdravlja životinja	59

11.1. Bruceloza	59
11.2. BSE	62
11.3. Tuberkuloza goveda.....	62
12. Komunikacija rizika /edukacija potrošača.....	63
13. ULOGA MEĐUSEKTORSKE SARADNJE U REALIZACIJI AKCIONOG PLANA.....	65
13.1. Uloga ministarstava	65
13.2. Uloga ostalih učesnika	66
14. PLAN AKTIVNOSTI 2010 – 2014.....	67
ACTION AREA 1	67
14.1. Podrška zdravom početku	67
14.2. Obezbjedenje uslova da svi stanovnici imaju dovoljnu količinu bezbjedne i raznovrsne hrane adekvatne nutritivne vrijednosti.....	69
14.3. Promocija informisanja i edukacije potrošača.....	73
14.4. Preduzimanje integrisanih aktivnosti usmjerenih na determinante zdravlja.....	74
14.5. Unapređenje ishrane i bezbjednosti hrane u zdravstvenom sektoru.....	75
14.6. Monitoring, evaluacija i istraživanja	76
15. Zaključci	77
16. Preporuke	78
17. SKRAĆENICE	79
18. LITERATURA	80

1. UVOD

Prema FAO/WHO World Declaration on Nutrition (1992) osiguranje dovoljne količine raznovrsne, zdravstveno bezbjedne hrane osnovno je ljudsko pravo. Zadovoljenje nutritivnih potreba i osiguranje zdravstvene bezbjednosti hrane važni su faktori u prevenciji nastanka čitavog niza bolesti i poremećaja. Stoga su zdrava ishrana i bezbjednost hrane uslov postizanja, održavanja i unapređenja zdravlja ljudi.

Civilizacijska važnost hrane i ishrane potvrđena je Milenijumskim ciljevima razvoja Ujedinjenih nacija (New York, 2000. godine) a stanje ishranjenosti se postavlja kao kamen temeljac razvoja civilizacije. **(Izvor: United Nations Standing Committee on Nutrition. Closing the Gap on the Right to Adequate Food. Lavenhem Pres, United Kingdom, 2005).**

Prvi Akcioni plan za politiku hrane i ishrane koji je Svetska zdravstvena organizacija (SZO) evropske regije usvojila za 2000-2005. godinu **(Izvor: The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000)** naglašava potrebu razvoja strategije o hrani i ishrani koje štite i promovišu zdravlje i umanjuju težinu bolesti uslovljenih hranom, istovremeno doprinoseći društveno-ekonomskom razvoju **(Izvor: Food and Health in Europe: a new basis for action, WHO European Office for Europe, 2002).**

Prepoznavanjem uloge i značaja hrane u postizanju, održavanju i unapređenju zdravlja ljudi, rukovodeće tijelo SZO, Skupština Svjetske zdravstvene organizacije (WHA), usvojila je veliki broj rezolucija i veliki broj strateških dokumenata koji podržavaju nacionalne i internacionalne napore za ispunjenje osnovnog ljudskog prava, prava na osiguranje dovoljne količine raznovrsne i zdravstveno bezbjedne hrane:

- Rezolucija WHA 53. 15 (2000) podstiče države članice da razvijaju strategije o bezbjednosti hrane zahtijevajući od SZO da pripremi Globalnu strategiju za nadzor nad bolestima povezanih sa hranom i da inicira aktivnosti u oblasti bezbjednosti hrane i zdravlja.
➔ Kao odgovor, SZO je 2002. pripremila "SZO Globalnu strategiju za bezbjednost hrane: bezbjednija hrana za bolje zdravlje"
- Rezolucija WHA 53.17 (2002) podstiče zemlje članice da razviju nacionalne strategije za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti sa posebnim naglaskom na integrisanim aktivnostima ka smanjenju uticaja tri osnovna faktora rizika: pušenje, nepravilna ishrana i nedovoljna fizička aktivnost.
- Rezolucije WHA 54.2 (2001) i WHA 55.25 (2002) koje se odnose na ishranu dojenčadi i male djece podstakle su države članice da podrže dojenje (»Baby friendly hospital«), i da pojačaju nadzor nad proizvodnjom i prometom proizvoda zamjena za majčino mlijeko ("dječjih formula " i druge vrste hrane namenjene za ishranu dojenčadi). SZO je 2002. godine donijela Globalnu strategiju o ishrani dojenčadi i male djece koja preporučuje akcije za unaprjeđenje ishrane kako bi se unaprijedilo zdravlje najmlađih;

- Rezolucija WHA 55.11 o zdravlju i održivom razvoju (2002) zahtijeva da SZO pomogne državama da implementiraju strategije i nacionalne planove koji promovišu održive i zdravstveno-promotivne oblike potrošnje;
- Rezolucija WHA 56.21 (2003): Strategija o zdravlju i razvoju djece i omladine;
- Rezolucija WHA 57.17 (2004): Globalna strategija o ishrani, fizičkoj aktivnosti i zdravlju podstiče zemlje članice da kroz multisektorsku saradnju rade na promociji fizičke aktivnosti svih kategorija stanovništva;
- WHO EUR/RC56/R2 (2006): Evropska strategija za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti podstiče zemlje članice da unaprijede prevenciju nezaraznih bolesti kako bi se unaprijedilo zdravlje i osigurala jednakost u zdravlju svih populacionih grupa;
- WHO EUR/06/5062700/8 (2006): Evropska povelja borbe protiv gojaznosti je dokument koji pokazuje da postoji politička spremnost vlada zemalja članica Svjetske zdravstvene organizacije evropskog regiona da se angažuju svi postojeći resursi kako bi se zaustavio rastući trend prevalencije gojaznosti;

Svjetska zdravstvena organizacija osigurala je nastavak politike »Zdravlje za sve do 2000. godine« novom politikom »Zdravlje za sve u 21. vijeku«, sa opštim ciljevima koje bi trebalo realizovati od 2005. do 2020. godine u kojima se u nekoliko posebnih ciljeva ističe uloga zdravstvenog sistema u unapređenju prevencije bolesti koje se dovode u vezu sa nepravilnom ishranom (**Izvor: WHO, Health for all in the twenty-first century, Geneva, 1998**). Regionalni biro SZO za Evropu formuliše 1998. godine politički okvir »Zdravlje za sve« sa 21 ciljem za 21. vijek. Osnovni cilj je postići pun zdravstveni potencijal za sve kroz promociju i zaštitu zdravlja stanovništva i smanjenje incidencije i oboljevanja od vodećih bolesti i povreda.

Potpisivanjem *Dubrovačke povelje (Dubrovnik Pledge)* 2001. godine od strane Forum ministara zdravlja *Akcija za razvoj zdravstva u Jugoistočnoj Evropi*, ministri zdravlja Albanije, Bosne i Hercegovine, Bugarske, Hrvatske, Moldavije, Rumunije, Srbije i Crne Gore i Makedonije, ministri zdravlja partnerskih zemalja Grčke i Slovenije, predstavnici Savjeta Evrope, Savjeta Evropske banke za razvoj, Pakta za stabilnost i inicijative za socijalnu koheziju i Svjetske zdravstvene organizacije - Kancelarije za region Evrope su usvojili sporazum »*Akcija za razvoj zdravstva u Jugoistočnoj Evropi: Zdravstvena mreža Jugoistočne Evrope*«.

U skladu sa utvrđenim prioritetima i usvojenim planovima, 2002. godine donijeta je odluka o pokretanju Projekta »Jačanje službi za osiguranje bezbjednosti hrane i ishrane u Jugoistočnoj Evropi«, čime je Crna Gora iskazala spremnost da uključi sve svoje raspoložive resurse kako bi se ojačao rad institucija odgovornih za prevenciju bolesti koje nastaju kao posljedica nepravilne ishrane i upotrebe zdravstveno neispravnih namirnica (**Izvor: Decision of the VI Meeting of SEE Health Network Health Development Action in South East Europe, 07 December 2003, Brussels**).

Strateško opredjeljenje Vlade Crne Gore na unapređenju u očuvanju zdravlja stanovništva vezano za politiku hrane i ishrane, poboljšanju kvaliteta života uz promovisanje zdravih stilova života, sa posebnim osvrtom na osjetljive kategorije stanovništva potvrđeno je i iskazano usvajanjem nacionalnih zakonskih i drugih strateških dokumenata baziranih na osnovnim principima i vrijednosti istaknutim u međunarodnim dokumentima prilagođenim nacionalnim potrebama:

- Nacionalni program za integraciju Crne Gore u EU (NPI) za period 2008-2012 (koji je Vlada usvojila 5. juna 2008);

- Nacionalna strategija održivog razvoja Crne Gore, 2007;
- Strategija za suzbijanje siromaštva i socijalne isključenosti, 2007;
- Strategija zdravstvene bezbjednosti hrane, 2006;
- Crnogorska poljoprivreda i Evropska unija – Strategija proizvodnje hrane i ruralnog razvoja 2006;
- Nacionalni program proizvodnje hrane i ruralnog razvoja 2009-2013, 2008;
- Strategija za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti, 2008;
- Zdravstvena politika u Republici Crnoj Gori do 2020, 2001;
- Strategija razvoja zdravstva Crne Gore, 2003;
- Nacionalni plan akcije za djecu, 2006;
- Nacionalni plan akcije za mlade, 2006;
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2004;
- Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2004;
- Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, 2005.;
- Zakon o bezbjednosti hrane, 2007;
- Zakon o zaštiti potrošača, 2007;

U septembru 2007. Regionalni komitet SZO za Evropu usvojio je WHO EUR/RC57/10 (2007) Drugi evropski SZO Akcioni plan za politiku hrane i ishrane, 2007-2012, koji ima za cilj: i) smanjenje prevalencije nezaraznih bolesti uzrokovanih nepravilnom ishranom, ii) promjenu trenda pojave gojaznosti kod djece i adolescenata iii) smanjenje prevalencije mikronutritivnih deficita i iv) smanjenje incidencije bolesti prenosivih hranom (Izvor: Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy, 2007-2012). Iako većina zemalja članica ima izrađene i usvojene nacionalne politike za bezbjednost hrane i ishranu, opterećenje bolestima povezanim sa neadekvatnom ishranom raste u zemljama evropskog regiona, djelomično i kao rezultat epidemije gojaznosti, dok bolesti prenosive hranom i dalje predstavljaju izazov za evropske zdravstvene sisteme.

Akcioni plan poziva države članice da razviju i implementiraju politike hrane i ishrane. Aktuelni nacrt Akcionog plana za ishranu i bezbjednost hrane Crne Gore predstavlja odgovor crnogorske Vlade i teži poboljšanju bezbjednosti hrane i ishrane u cilju najboljeg javnog zdravlja za stanovništvo Crne Gore.

Vlada Crne Gore u skladu sa strateškim opredjeljenjem, nacionalnim zakonskim i drugim strateškim dokumentima zasnovanim na principima i vrijednostima istaknutim u međunarodnim dokumentima, kao i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, odlučila je da izradi Akcioni plan za ishranu i bezbjednost hrane Crne Gore, krovni dokument koji bi trebao dati osnovne smjernice za sveobuhvatni i koordinisani odgovor na sve veće izazove javnog zdravlja vezanih za hranu i ishranu.

Izrada i usvajanje Akcionog plana za ishranu i bezbjednost hrane Crne Gore, zasnovanog na sveobuhvatnom pristupu i međusektorskoj saradnji, koji su preduslovi uspješnosti predloženih aktivnosti, prilagođenog nacionalnoj problematici, potrebama i realnim mogućnostima, treba da dodatno doprinese smanjenju mortaliteta i morbiditeta od hroničnih nezaraznih bolesti koje su povezane sa načinom ishrane, smanjenju prevalencije gojaznosti kod dece i omladine kao i bolesti prenosivih hranom, da eliminiše mikronutritivne deficite i da doprinese poboljšanju kvaliteta života uz promovisanje zdravih stilova života, sa posebnim osvrtom na osjetljive kategorije stanovništva.

2. Ciljevi Akcionog plana za ishranu i bezbjednost hrane

Ciljevi Akcionog plana za ishranu i bezbjednost hrane su:

- Smanjiti prevalenciju nezaraznih bolesti vezanih za način ishrane
- Preokrenuti trend gojaznosti kod djece i adolescenata
- Smanjiti prevalenciju deficita micronutrijenata
- Smanjiti pojavu bolesti koje se prenose hranom

SITUACIONA ANALIZA

3. OPŠTE KARAKTERISTIKE CRNE GORE



Teritorija Crne Gore je složeno geografsko područje koje ima značajan i specifični položaj, pripadajući srednjem Mediteranu, odnosno jugoistočnoj Evropi, sa preko 240 sućanih dana u godini. Prostire se na 13.812 km² sa značajnim saobraćajnicama prema sjeveru i jugu, istoku i zapadu, što je omogućilo uspostavljanje veza sa susjednim ali i udaljenim zemljama i stvaranje nezaobilaznih raskrsnica. Graniči se na istoku i sjeveroistoku sa Srbijom, na zapadu i sjeverozapadu sa Hrvatskom i Bosnom i Hercegovinom, na istoku sa Kosovom a na jugoistoku sa Albanijom. Na jugozapadu je Jadransko more dijeli od Italije.

3. juna 2006. godine istupanjem iz državne zajednice sa Srbijom, proglašena je nezavisnost i Crna Gora spada u red najmlađih evropskih država.

Jedan od ključnih strateških ciljeva Crne Gore je integrisanje u Evropsku uniju. 15. oktobra 2007. , Crna Gora je potpisala Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju (SAP) i Privremeni sporazum o trgovini i trgovinskim pitanjima, koji je stupio na snagu 1. januara 2008. Crna Gora je podnijela aplikaciju za članstvo u EU 15. decembra 2008, a 23. aprila 2009. Savjet je odlučio da pozove Komisiju da pripremi Mišljenje o aplikaciji Crne Gore.

Crna Gora je prva zemlja, međunarodno priznata za [ekološku](#) državu (1992).

Glavni, a ujedno i najveći grad je Podgorica, dok Cetinje ima status prijestonice.

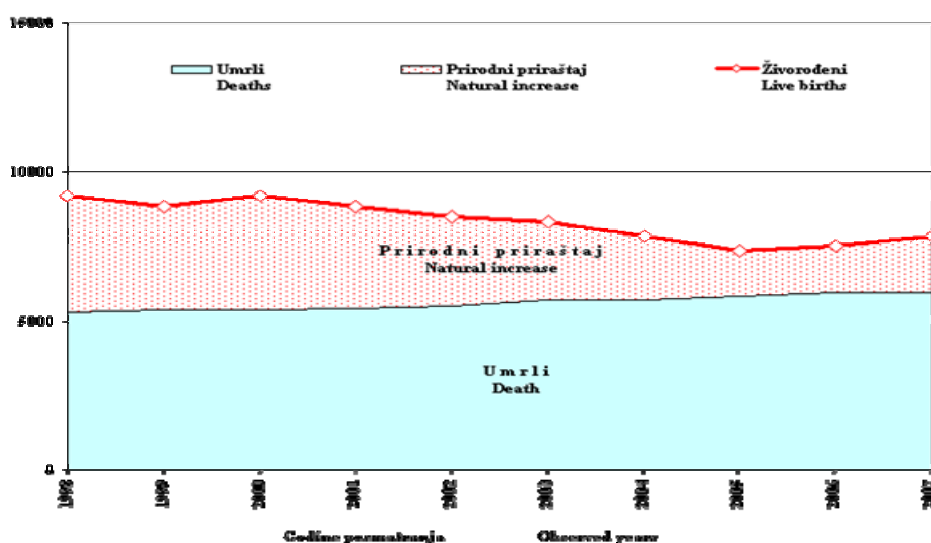
Prema popisu iz 2003. ima 620.145 stanovnika. Prosječni životni vijek muškaraca je 71 godina, a žena 76 godina.

3.1. Vitalno-demografska situacija

U prirodnom kretanju stanovništva Crne Gore u periodu 1998-2007. godine zapaža se pad stope nataliteta od 14,2‰ do 11,8‰ 2005. godine, dok se 2006. i 2007. godine zapaža blagi porast do 12,7‰. Kao rezultat kretanja nataliteta i mortaliteta, stopa prirodnog priraštaja ima tendenciju pada do 2005. godine i iznosi 2,43‰, sa blagim porastom u 2006. i 2007. godini do 3,01‰.

Na grafikonima je prikazano prirodno kretanje stanovništva u apsolutnim brojevima (Grafikon 1) i stopama (Grafikon 2).

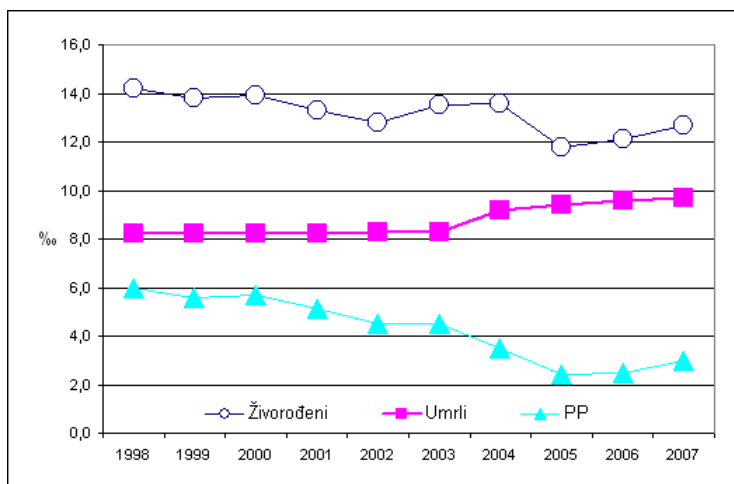
Grafik 1. Prirodno kretanje stanovništva u Crnoj Gori od 1998 do 2007. godine



Izvor: „Statistički godišnjak – 2007, Institut za javno zdravlje. str. 66“

Tabela 1 i grafik 2. Stope rođenja, umiranja i prirodnog priraštaja u Crnoj Gori od 1998 do 2007. godine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Živorodeni	14,2	13,8	13,9	13,3	12,8	13,5	13,6	11,8	12,1	12,7
Umrli	8,2	8,2	8,2	8,2	8,3	8,3	9,2	9,4	9,6	9,7
PP	6,0	5,6	5,7	5,1	4,5	4,5	3,5	2,4	2,5	3,0

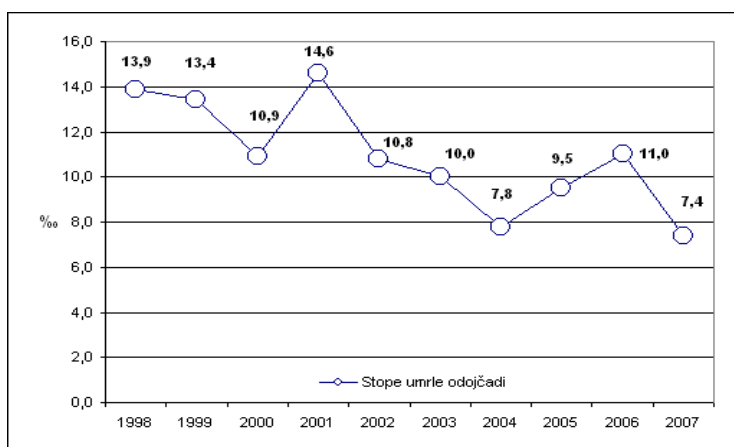


Izvor: „Statistički godišnjak – 2007, Institut za javno zdravlje, str. 70“

U istom periodu smrtnost odojčadi je u padu sa 13,9‰ u 1998. godini na 7,4‰ u 2007. godini (Grafik3).

Tabela 2 i grafik 3. Stope umrle dojenčadi u Crnoj Gori od 1998 do 2007. godine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Stope umrle dojenčadi	13,9	13,4	10,9	14,6	10,8	10,0	7,8	9,5	11,0	7,4



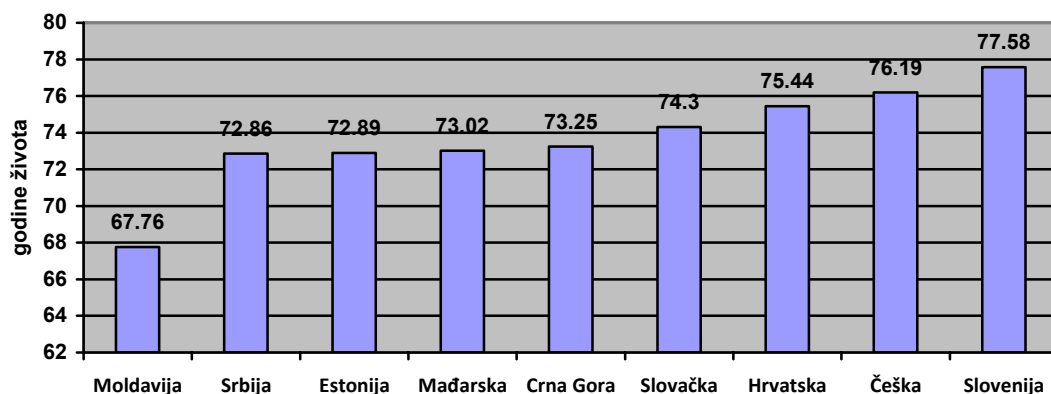
Izvor: „Statistički godišnjak – 2007, Institut za javno zdravlje“, str. 70

3.2. Demografske promjene

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

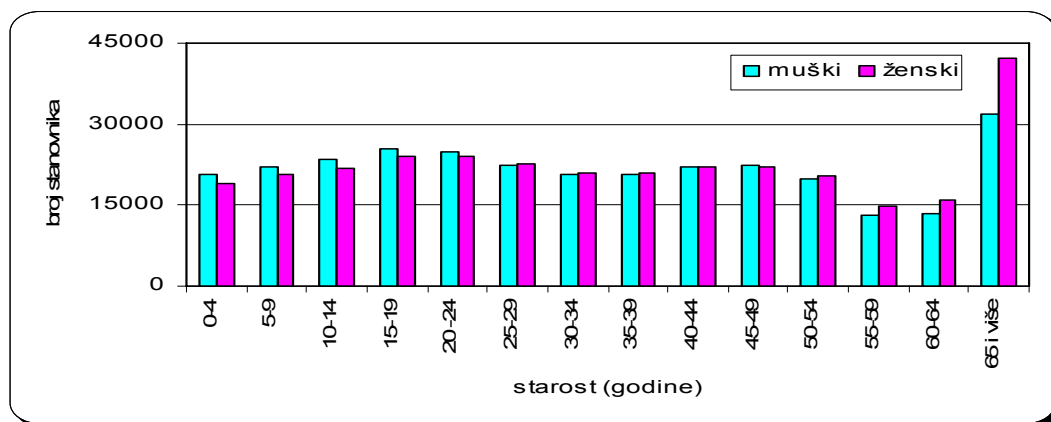
Prema podacima iz statističkog godišnjaka (Statistički godišnjak CG, 2008), očekivano trajanje života za žene je 76,4, a za muškarce 71,4 godinu. Navedene vrijednosti su niže od prosjeka za razvijene države Evrope (za muškarce od 76-79 godina a za žene od 80-84 godine tj. za oba pola nešto manje od 80 godina), ali su u rangu vrijednosti država Balkana i nešto šireg okruženja (Grafik 4.)

Grafik 4. Očekivano trajanje života na rođenju u Crnoj Gori i izabranim državama Evrope u 2005. godini (podaci za Crnu Goru odnose se na 2004. godinu)



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

Grafik 5. Starosno-polna struktura stanovništva Crne Gore prema popisu iz 2003. godine



Izvor: "SG CG – 2008".

3.3. Profil siromaštva

Prema istraživanjima sprovedenim 2002. godine 12,2% ukupne populacije Crne Gore je siromašno. Apsolutna linija siromaštva je definisana kao ukupna potrošnja ispod troškova minimalne potrošačke korpe za standardno domaćinstvo (116,2 € po potrošačkoj jedinici), a linija ekonomski ugroženog stanovništva je postavljena 50% iznad linije siromaštva (173,4 €).

Stopa siromaštva najveća je kod Roma, Aškelja i Egipćana (RAE) (52,3%); ujednačena kod izbjeglica i raseljenih lica (nešto ispod 40%) i najmanja kod domicilne populacije (9,6%). Ipak, većinu siromašnih u Crnoj Gori čine rezidenti (72,5%), dok je učešće RAE među siromašnima 11,7 %, izbjeglica 5,9% i raseljenih lica 9,9%.

Geografski, najugroženiji su stanovnici sjevera Crne Gore, čija stopa siromaštva iznosi 19,3%, i gdje živi 45% siromašnih. U centralnom dijelu Republike, gdje je stopa siromaštva 10,8 %, živi oko 35% siromašnih. U južnom dijelu Crne Gore, gdje je stopa siromaštva oko 8,8, živi oko 19% siromašnih.

Jula 2005. godine Vlada RCG je usvojila Prvi Izvještaj o implementaciji SRRS koji se odnosi na period 2003. -2004. Izvještaj je baziran na praćenju realizacije Akcionog plana Strategije, a takođe su uzete u obzir aktivnosti koje su se odvijale u toku 2005. uz tehničku pomoć od strane UNDP, koje su imale za cilj bliže određivanje sektorskih prioriteta Strategije. Proces prioritizacije Strategije doprinio je jačanju kapaciteta za monitoring implementacije i otvorio put za dopunu strategije u skladu sa rezultatima njene implementacije.

Anketa koja sadrži podatke za 2004. g. potvrdila je i dokazala dijagnozu siromaštva na kojoj se bazira SRRS i njen akcioni plan:

- ➔ Apsolutno siromaštvo u Crnoj Gori obuhvata procenat populacije od 10,9%, a kreće se u intervalu između 8,4 i 13,6%, pri čemu su siromašni koncentrisani u centralnom i sjevernom regionu i ruralnim oblastima;
- ➔ Postoje grupe koje su ekstremno siromašne i socijalno isključene, za ove grupe siromaštvo je ozbiljno i multi-dimenzionalno, počev od stambenog pitanja do pristupa i kvaliteta obrazovanja i zdravstva (Romi, raseljena lica, siromašni u ruralnim područjima);
- ➔ Veliki dio stanovništva je osjetljiv na siromaštvo. Bez obzira na činjenicu koliko ljudi je siromašno, mnogo više ima onih koji su predmet društvenih oscilacija koji će ih učiniti siromašnim;
- ➔ Ekonomska ranjivost, tj. povećan rizik da se postane siromašan je daleko veći socijalni problem i obuhvata oko jednu petinu populacije.

3.4. Poljoprivreda

Od ukupne površine od 13,812 kvadratnih kilometara, poljoprivredno zemljište u Crnoj Gori čini približno 38% (podaci iz 2004).

Crna Gora ima visok stepen biodiverziteta i uprkos svoje veličine, bogata je genetskim resursima kako za poljoprivredno bilje i šumsko voće (borovnice, jestive gljive i divlje ljekovito bilje) tako i za domaće životinje (živina, jagnjetina, kozje meso, teletina/govedina). U strukturi zemljišta preovlađuju livade i pašnjaci. Obradivo zemljište, voćnjaci i vinogradi zauzimaju svega 58262 ha ili 12% ukupnog poljoprivrednog područja, a uzgaja se prije svega duvan, povrće (paradajz, paprika, krastavac, šljiva), voće (jabuke, grožđe, agrumi), masline i vinova loza. Stočna proizvodnja čini preko 60% poljoprivredne proizvodnje. U ostale proizvode za ishranu spadaju med, riba i prirodna voda.

Proizvodnja hrane i poljoprivreda imaju važnu ulogu u crnogorskoj privredi, pri čemu samo primarni sektor obezbjeđuje više od 10% ukupnog BDP-a. Udio poljoprivrede, lovstva i šumarstva u ukupnom BDP-u iznosi 11,3% (2004). 38% stanovništva živi u ruralnim oblastima. Poljoprivreda često ima ulogu ublažavanja socijalnog stanja, pri čemu dominiraju starija domaćinstva koja proizvode za sopstvene potrebe, pošto je aktuelni demografski trend da se mladi preseljavaju u urbana područja. Poljoprivredna proizvodnja je strukturirana prema tradicionalnim zelenim pijacama i malim porodičnim imanjima u privatnom vlasništvu, čija se prosječna veličina procjenjuje na manje od 5 ha poljoprivrednog zemljišta.

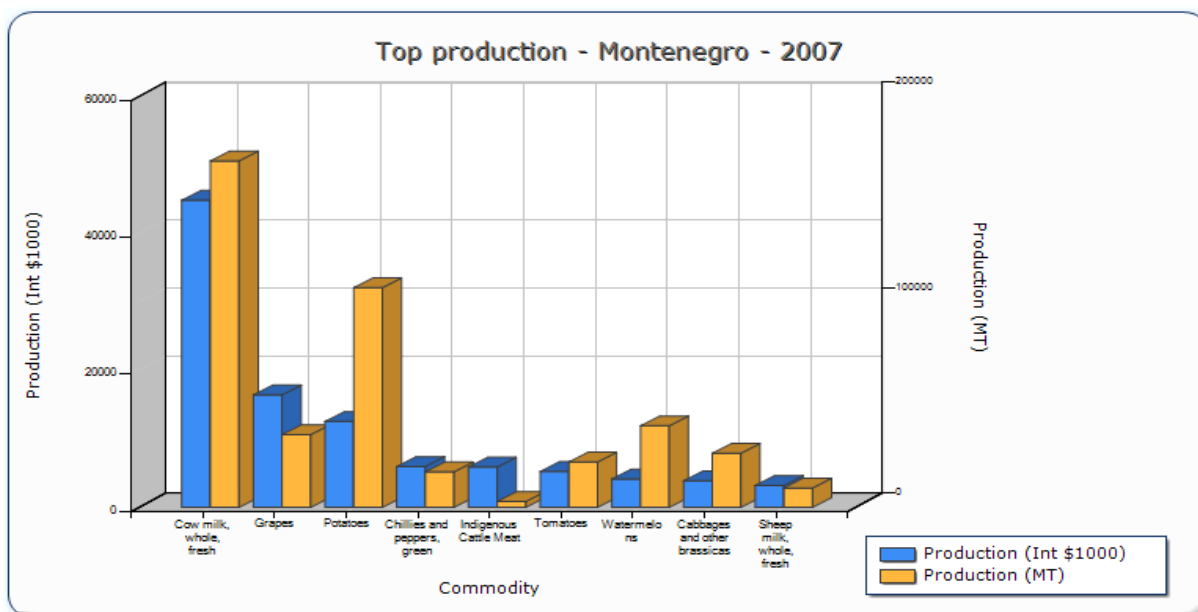
3.5. Ekonomski značaj poljoprivrede

Tabela 3. Udio poljoprivrednih površina u Crnoj Gori

	Crna Gora	EU 27
Poljoprivredna površina (000 ha)*	517	182,129
Udio u ukupnoj površini	37.4	42.3
Udio obradivog zemljišta (uklj. voćnjake i vinograde u Crnoj Gori)	36.6%	59.3%
Udio trajno zatravnjenih površina	87.6%	30.9%
Udio radne snage u poljoprivredi u odnosu na ukupnu	2%	5 %
Udio u BDP % (avg. 1995-2005)	11.3	2

Izvori: Eurostat za 2006. godinu

*Korisna poljoprivredna površina (UAA)

Grafik 6. Poljoprivredna proizvodnja

 Izvor: <http://faostat.fao.org/DesktopDefault.aspx?PageID=339&lang=en&country=273>
Tabela 4. Stočna proizvodnja 2004-2007

Stoka (000 grla)	2004	2005	2006	2007	EU 27 u 2007
Goveda	169.3	117.8	114.9	n/a	86,411
-- od toga mliječnih krava	112.0	82.8	79.5	n/a	n/a
Ovce i koze	254.4	254.9	249.2	n/a	101,301
Svinje	27.2	10.7	13.3	n/a	151,143
Živina	817	838	890	n/a	n/a

Tabela 5. Proizvodnja biljnih kultura 2005-2007

Kulture (000 tona)	2005	2006	2007	EU 25 u 2005	% EU 25 u 2005
Žitarice	2,6	2,5	n/a	260,561	n/a
Grožđe i vino	35,1	n/a	37,6	n/a	n/a
Duvan	0.398	0.419	1,3	n/a	n/a
Voće i povrće	153,9	Nema podataka	321,3	n/a	n/a
Krompir	132,8	132,8	n/a	n/a	n/a

Izvor: Eurostat, FAO, Monstat

Dokument od ključnog značaja za dalji razvoj poljoprivrede je "Poljoprivreda Crne Gore i EU – Strategija proizvodnje hrane i ruralnog razvoja", usvojena sredinom 2006. Strategiju je izradilo Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede (MPŠV) uz podršku Evropske agencije za rekonstrukciju (EAR).

Pomoću strategije poljoprivrede i ruralnog razvoja, koja je pripremljena uz tehničku pomoć Evropske agencije za rekonstrukciju, Vlada teži da prevaziđe nedostatak poljoprivrede u kojoj dominiraju mala imanja, kako bi se takmičila sa uvozom na sve više liberalizovanom regionalnom tržištu, te da istovremeno ispuni visoke standarde EU u oblasti bezbjednosti hrane. To će u krajnjem biti ključ da se ruralnom stanovništvu osiguraju konkurentne mogućnosti za ostvarivanje prihoda, čime će se zaustaviti trend odlaska stanovništva iz ruralnih oblasti u Crnoj Gori.

3.6. *Potrošnja namirnica u domaćinstvu*

Socijalni, ekonomski i demografski uslovi direktno su povezani sa potrošnjom novca stanovništva za kupovinu namirnica po količini i raznovrsnosti u domaćinstvima.

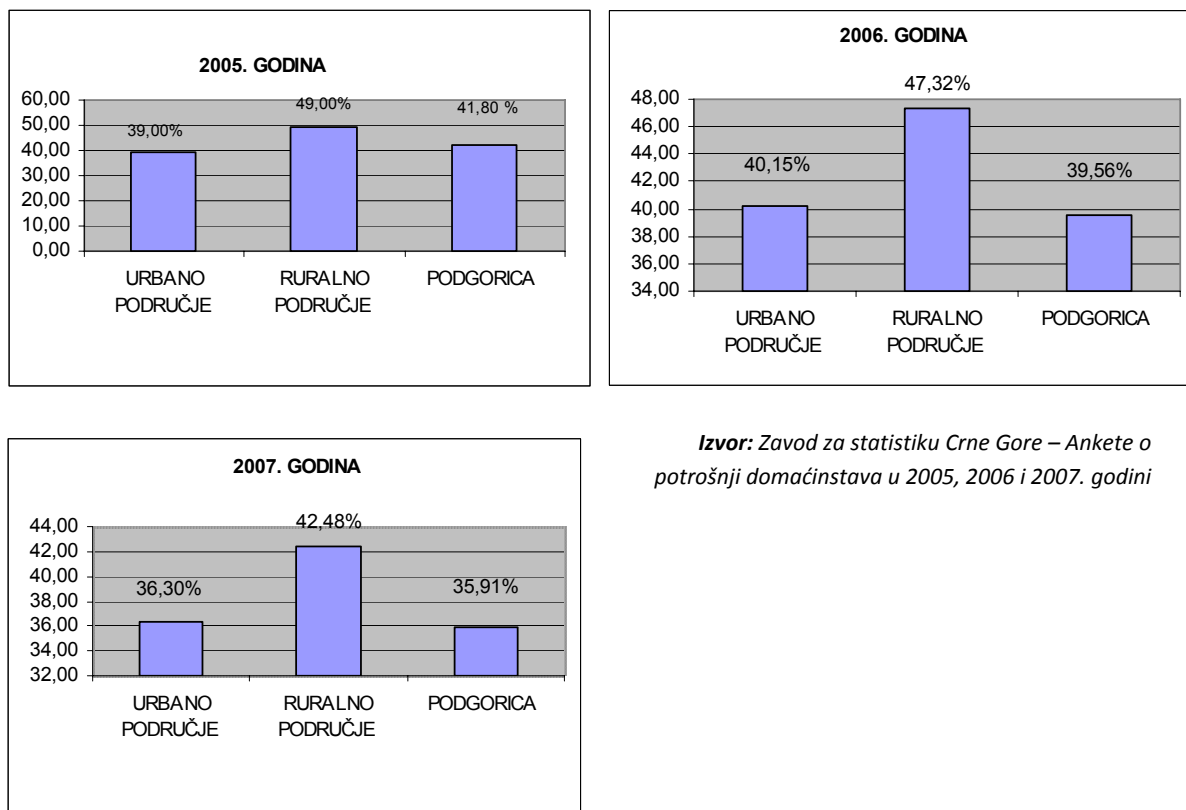
Potrošnja namirnica u domaćinstvima prati se u Crnoj Gori od 2005. godine putem ankete o potrošnji domaćinstva (APD), koje sprovodi Zavod za statistiku Crne Gore, a koja je usaglašena sa međunarodnim standardima i preporukama EUROSTAT-a i UN-a čime se obezbjeđuje međunarodna uporedivost podataka.

3.7. *Utrošena novčana sredstva za hranu*

Podaci iz anketa o raspoloživim i upotrijebljenim sredstvima za potrošnju u domaćinstvima Crne Gore pokazuju da je u 2005. godini za hranu i bezalkoholna pića u prosjeku po domaćinstvu utrošeno 42,3%; u 2006. godini 42,54% i u 2007. godini 38,39% ukupno upotrebljenih sredstava.

Procenat potrošnje hrane i bezalkoholnih pića u prosjeku po domaćinstvu razlikuje se u odnosu na urbana područja, ruralna područja i Podgoricu.

Iz ankete o potrošnji domaćinstva, vidljivo je da u okviru grupe proizvoda - hrana i bezalkoholna pića, tokom 2005, 2006, i 2007. godine, od jedanaest podgrupa proizvoda, u izdvajanju novca vodeće mjesto zauzima meso; nakon toga mlijeko, sir i jaja; pa slijedi hljeb, povrće, voće.

Grafik 7. Utrošena finansijska sredstva za hranu i bezalkoholna pića u procentu (%) od ukupno upotrebljenih sredstava:

Izvor: Zavod za statistiku Crne Gore – Ankete o potrošnji domaćinstava u 2005, 2006 i 2007. godini

3.8. Vodosnabdijevanje

Ispravna voda za piće takođe je preduslov za bezbjednost hrane i dobro zdravlje. Neispravna voda za piće može biti značajan uzrok bolesti. Voda za piće može sadržati mikrobiološke hemijske, fizičke i radiološke zagađujuće materije, što može imati štetne posljedice po zdravlje ljudi.

U Crnoj Gori ukupno 98% stanovništva koristi unaprijeđen izvor pijaće vode – 100% u urbanim područjima i 86% u ruralnim.

Izvori pijaće vode za stanovništvo različiti su zavisno od regiona.

Upravljanje vodosnabdijevanjem je organizovano na nekoliko nivoa (državni i opštinski) i kroz javna vodovodna preduzeća. Od ranih 90-tih vodovodna preduzeća su bila u nepovoljnom položaju zbog niskih cijena i slabe naplate, što je onemogućavalo puni povraćaj troškova. Ova kombinacija je dovela do generalnog propadanja sredstava u ovoj oblasti i do niskog nivoa usluge. Efikasnost sistema vodosnabdijevanja je oko 60%, pošto u toku prenosa dolazi do gubitka velike količine vode. Tačke u sistemu na kojima dolazi do gubljenja vode su od značaja, jer mogu postati potencijalne ulazne tačke zagađivanja.

3.9. Upravljanje otpadom

Industrijski i komunalni otpad se odlaže u brojne deponije ili smetlišta širom zemlje. Procijenjeno je da je u 2004. oko 85% čvrstog otpada u većim gradovima prikupljala redovna služba, u odnosu na svega 15% u ruralnim područjima. (Izvor: Environmental Performance Review, Republic of Montenegro 2007, UNECE).

U Crnoj Gori nema sistema za evidentiranje ili nadziranje otpada. Neformalni skupljači otpada obavljaju najveći dio ovog zadatka uz minimalnu infrastrukturu i zaštitu zdravlja.

Informisanje i edukacija su u velikoj mjeri nerazvijeni kad je u pitanju otpad; trenutno se sprovodi ili je sprovedeno svega nekoliko institucionalnih kampanja za podizanje svijesti kad je u pitanju odlaganje otpada u primorskoj oblasti.

Skupština Crne Gore usvojila je Zakon o upravljanje otpadom (Službeni list CG, 80/05) u decembru 2005, da bi stupio na snagu u novembru 2008.

Prema Strateškom master planu za upravljanje čvrstim otpadom, planirano je odlaganje otpada na osam regionalnih deponija širom zemlje. Spalionice u skladu sa zapadnim standardima predviđene su nakon 2020.

4. Način života i stavovi prema zdravlju

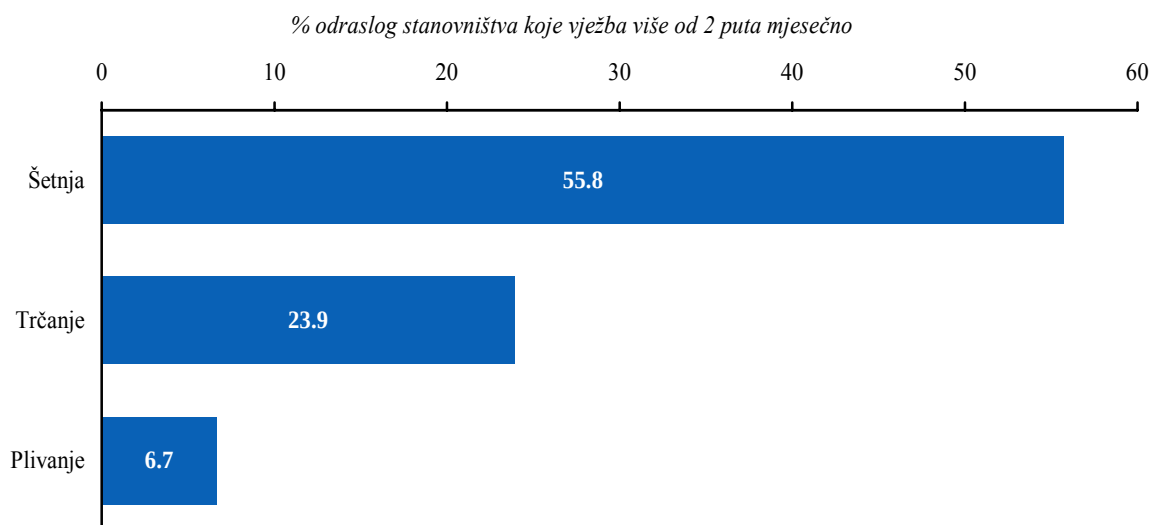
4.1. Fizička aktivnost

U 2008. godini, 11,5% odraslih u Crnoj Gori upražnjavalo je fizičku aktivnost više od tri puta nedjeljno (od čega je 9,2% to činilo svakog dana). Ovo ne predstavlja statistički značajnu razliku u odnosu na brojku iz 2000. godine, kada je 13,3% odraslih izjavilo da upražnjava fizičku aktivnost više od tri puta nedjeljno.

Istraživanje (*Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008*) je pokazalo da 29,9% odraslih stanovnika Crne Gore koji su zaposleni radi sjedeći.

Od 11,5% odraslih koji su upražnjavali fizičku aktivnost više od tri puta nedjeljno, 55,8% ih je išlo u šetnju, 23,9% je trčalo, 6,7% plivalo, a 21,1% bavilo se nekom drugom vrstom fizičke aktivnosti (fudbal, gimnastičke vježbe, teretana, fitnes, itd.), kao što je prikazano na grafiku 8.

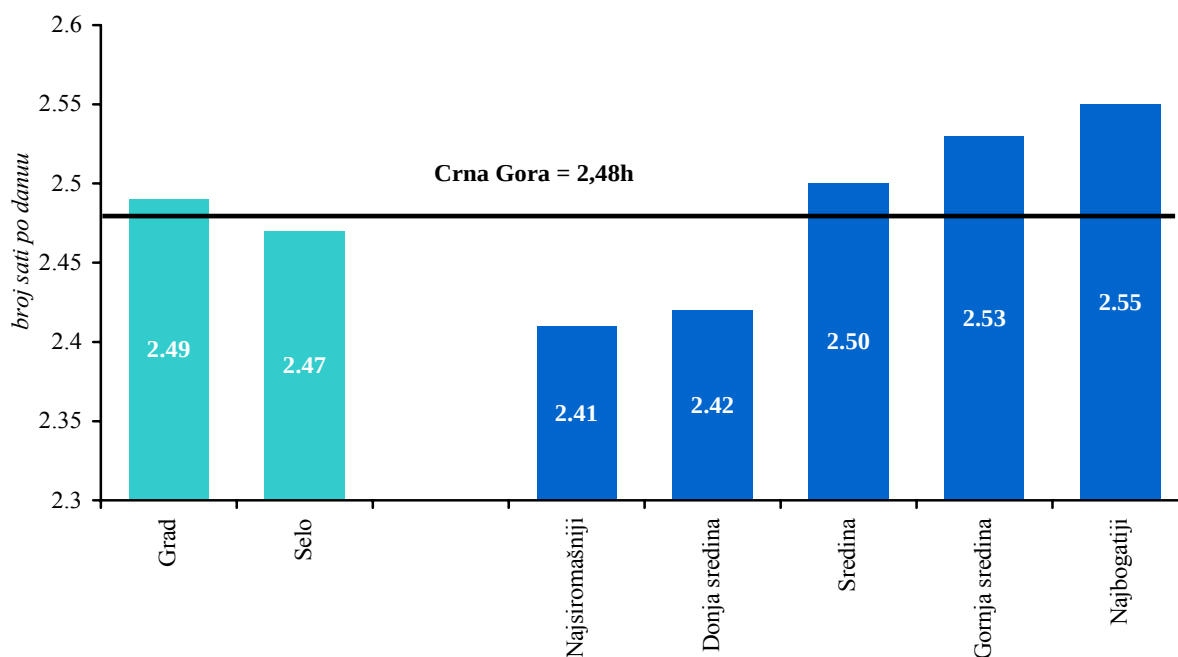
Grafik 8. Odrasla populacija koja slobodno vrijeme provodi u vježbanju, prema vrsti aktivnosti, Crna Gora, 2008 (%).



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

Djeca i adolescenti u Crnoj Gori uzrasta 7-19 godina provode u prosjeku 2,5 sati dnevno gledajući TV, kompakt-diskove ili video-kasete školskim danima (vidi grafik 9) kao i 3,6 sati dnevno tokom vikenda.

Grafik 9. Dnevno provedeni sati u gledanju TV-a, DVD-a, video-kaseta tokom nedjelje od strane školske djece i adolescenata, Crna Gora, 2008 (sati)



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

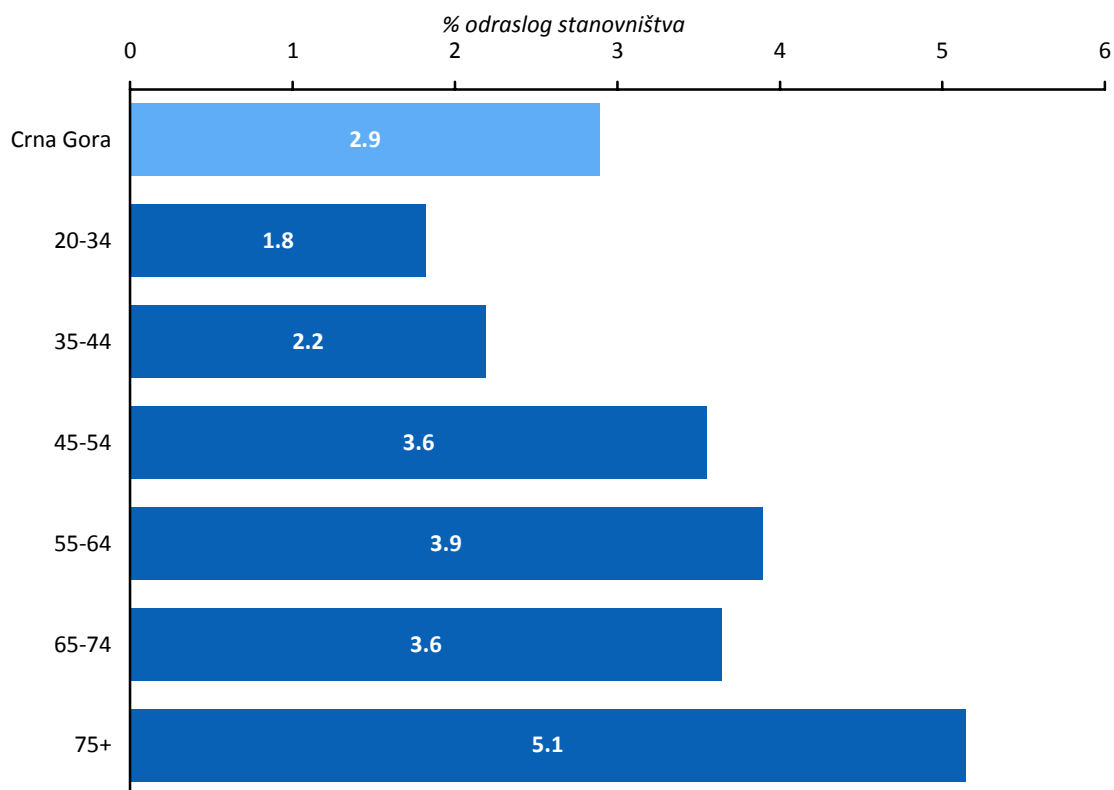
4.2. Konzumiranje alkohola - odrasli

Jedan od četiri odrasla stanovnika (25,1%) pio je alkohol povremeno ili svakodnevno u 2008. godini. Od tog broja, više od jedne desetine (2,9%) pilo je svakog dana, što je u porastu sa starosnim grupama, kao što je prikazano na grafiku 10, tako da je najveći udio zabilježen među najstarijom grupom stanovnika (5,1%). Ovdje su se javile najizraženije razlike između polova – samo 0,3% žena kategorizovano je kao redovni konzumenti alkohola, a 5,7% muškaraca. Udio lica koja svakodnevno konzumiraju alkohol u 2008. godini sličan je istom iz 2000. godine, kada je bilo 2,7% odraslih koji su pili alkohol svakog dana (0,4% žena i 5,6% muškaraca). Međutim, udio onih koji povremeno piju bio je znatno veći 2000. (26,7%) nego 2008. godine (22,2%).

Ukupno 20,4% odraslih konzumiralo je alkohol najmanje 2 puta u periodu od mjesec dana prije ankete u 2008. godini. U najvećem broju slučajeva, pili su pivo (18,4%), žestoka pića (11,4%) i vino (9,3%).

Prosječan broj alkoholnih pića u nedjelji (po konzumentu alkohola) iznosio je 10. Nedjeljna potrošnja alkoholnih pića tri puta je veća među muškarcima (11,1%) u odnosu na žene (3,8%).

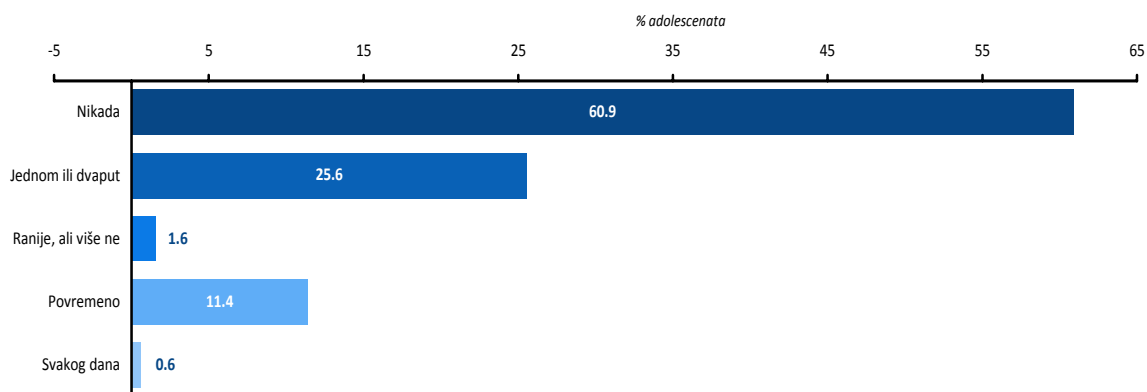
Grafik 10. Odrasla populacija koja svakodnevno konzumira alkohol, po starosnim grupama, Crna Gora, 2008 (%)



4.3. Konzumiranje alkohola - adolescenti

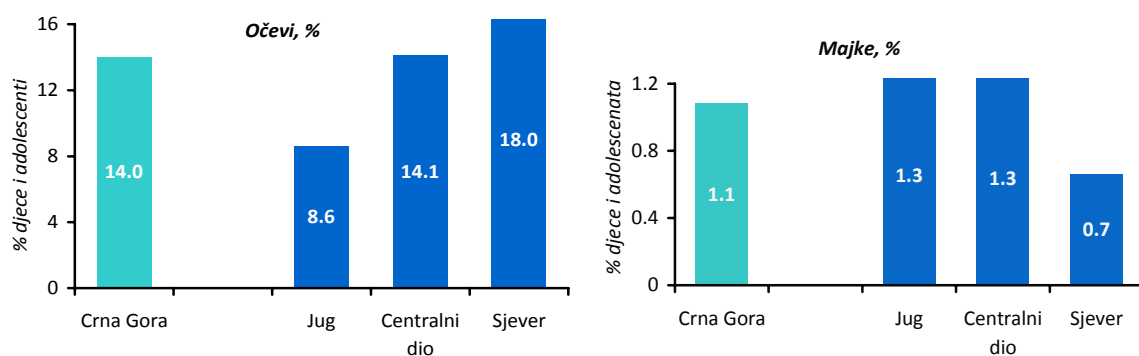
Kao što je prikazano na grafiku 11,12% adolescenata u Crnoj Gori starosne dobi 15-19 godina konzumiralo je alkohol, od čega samo 0,6% svakog dana. Udio povremenih konzumenata alkohola među adolescentima (11,4%) niži je nego u Srbiji 2006. godine (vidi NZA Srbije 2006), gdje je 33,1% adolescenata konzumiralo alkohol povremeno, dok je sličan procenat njih kao u Crnoj Gori izjavio da alkohol pije svakodnevno (0,5% u Srbiji naspram 0,6% u Crnoj Gori). Prosječni adolescent u Crnoj Gori prvi put je bio izložen konzumiranju alkoholu u starosnoj dobi od 14,5 godina. Većina, 88%, adolescenata u Crnoj Gori za anketu 2008. godine izjavilo je da ne konzumira alkohol (Grafik).

Grafik 11. Konzumiranje alkohola među adolescentima uzrasta 15-19 godina, Crna Gora, 2008 (%)



Naviku da se opija najmanje jedanput mjesečno¹ prijavilo je 2,7% mladih ljudi starosne dobi 15-19 godina, uz samo 0,5% među djevojkama i 5,1% među mladićima 15-19 godina. Prosječna količina nedjeljnog unosa onih koji su konzumirali alkohol, među djecom i adolescentima uzrasta 15-19 godina, iznosila je 3,6 pića.

Grafik 12. Djeca i adolescenti čiji majka ili otac piju svakog dana, po geografskim oblastima (%)*



* Ova dva grafika nisu izrađena u istoj razmjeri, iz praktičnih razloga (prvi kao maksimum ima 16 na vertikalnoj osi, dok drugi kao maksimum ima 1,2 na istoj osi, što je 15 puta manje).

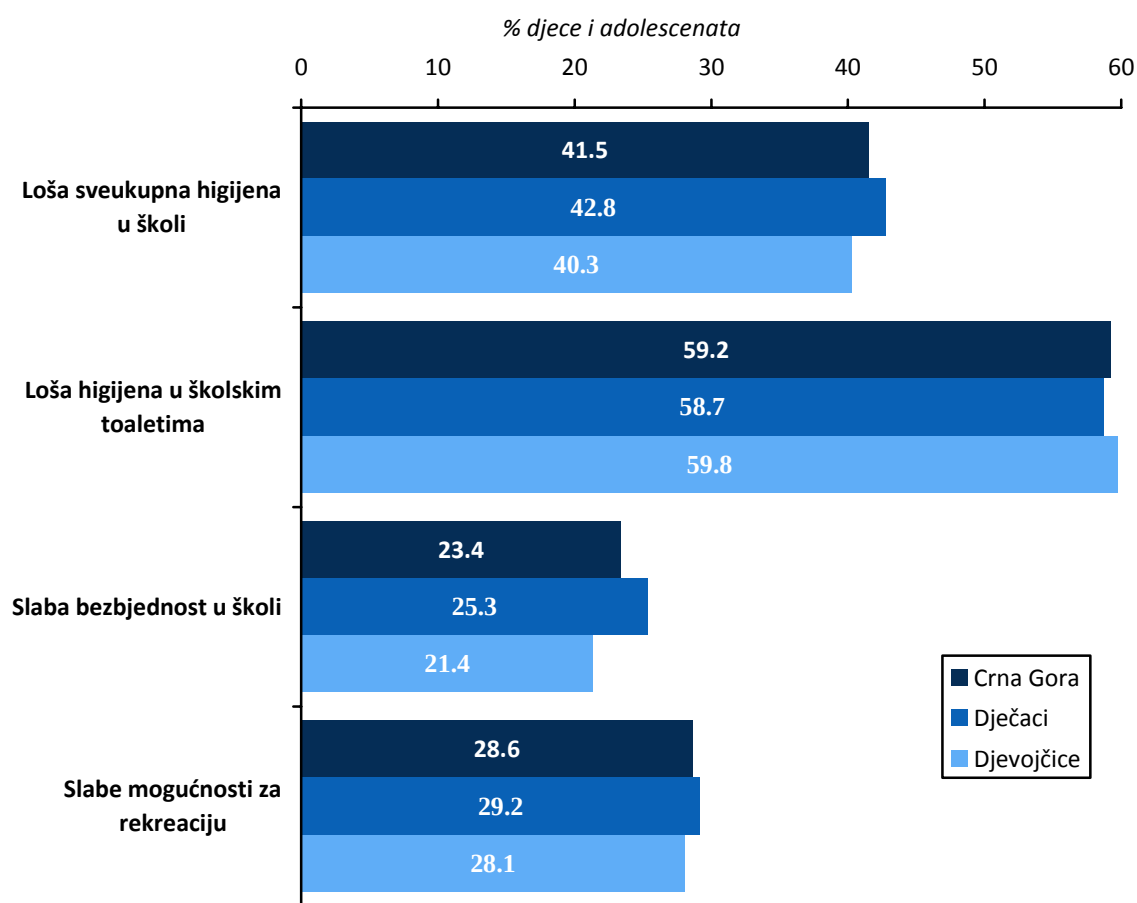
¹ Opijanje je bilo definisano kao konzumiranje 6 ili više alkoholnih pića u jednoj prilici najmanje jedanput mjesečno.

55,8% djece i adolescenata uzrasta 12-19 godina nije imalo poželjan stav prema konzumiranju alkohola. U istoj starosnoj grupi, 46,8% se opilo barem jedanput, u značajno manjoj mjeri djevojčice/djevojke (38,8%). Uočeno je da je 62,2% mladih ispod 18 godina starosti kupovalo alkohol u supermarketima, kafićima, restoranima, itd.

4.4. Svijest o zdravstvenim rizicima

Ukupno 41,5% djece i adolescenata uzrasta 7-19 godina koji idu u školu smatra da je sveukupna higijena u njihovim školama loša, daleko manje u južnom (33,7%) nego u centralnom dijelu Crne Gore (47,7%). Mnogo veći procenat, 59,2%, smatra da je higijena u toaletima loša, ali u značajno manjem broju slučajeva na jugu Crne Gore (47,5%). 23,4% djece i adolescenata koji idu u školu smatra da je bezbjednost u njihovim školama slaba, u značajno manjoj mjeri na sjeveru Crne Gore (14,6%). I, na kraju, 28,6% djece i adolescenata ocjenjuju mogućnosti za rekreaciju u svojim školama kao slabe, i to mnogo češće u ruralnim područjima (35,2%). Grafik pokazuje da u ovom pogledu nije bilo razlika u zavisnosti od pola.

Grafik 13. Svijest o zdravstvenim rizicima u školi kod djece i adolescenata uzrasta 7-19, prema polu, Crna Gora, 2008 (%)



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

4.5. Globalizacija i urbanizacija

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

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

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

5. Ishrana stanovništva u Crnoj Gori

5.1. Pravilna ishrana

Pravilna ishrana je važan faktor za unapređenje i očuvanje zdravlja. Savremen način života koji karakteriše dug radni dan, neredovan unos hrane, unos bar jednog obroka u toku dana van kuće i promjena navika u ishrani u pogledu izbora, vrste, načina pripreme i količine namirnica u svakodnevnoj ishrani, uz smanjenu fizičku aktivnost, doveli su do porasta broja zdravstvenih problema u čijoj osnovi je nepravilna ishrana.

Nedovoljna uhranjenost i mikronutritivni deficiti sa jedne strane i prekomjerna uhranjenost i gojaznost i njihove posljedice, predstavljaju dvostruko opterećenje bolestima posebno u dječjem uzrastu.

Unapređenje ishrane i stanja uhranjenosti i prevencija, u ovoj posebno vulnerabilnoj grupi u periodu rasta i razvoja, imaju za cilj da zaštite i spreče nastanak poremećaja, oboljenja i stanja koja su u neposrednoj vezi sa nepravilnom ishranom.

Prema podacima Međunarodne radne grupe za borbu protiv gojaznosti (International Obesity Task Force, IOTF) svako deseto dijete školskog uzrasta je prekomjerno uhranjeno i/ili gojazno što čini 2-3% dečije populacije uzrasta od 5-7 godina u svetu.

Podaci za Evropu govore da je godišnji porast prekomjerno uhranjene i gojazne djece preko 400.000, što znači da je svako červrto dijete u Evropi prekomjerno uhranjeno i ili/gojazno.

Prema podacima iz Nacionalne zdravstvene ankete stanovništva Crne Gore koju je 2008. godine sproveo Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja Republike Crne Gore, tri četvrtine djece i adolescenata uzrasta 7–19 godina u Crnoj Gori imalo je zdravu težinu, kao što je prikazano na grafiku 14., 3,8% djece bilo pothranjeno, dok je ukupno 21,2% imalo prekomjernu težinu, odnosno bilo gojazno.

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

5.2. Ciljevi koji se u oblasti ishrane žele postići su:

- Da zasićene masti ne čine više od 10% ukupnog unosa energije.
- Da transmasne kisjeline ne čine više od 1% ukupnog unosa energije.
- Da slobodni šećeri ne čine više od 10% ukupnog unosa energije.
- Da dnevni unos voća i povrća veći od 400 g.
- Da se postigne veća dostupnost svježeg voća i povrća.
- Da je dnevni unos soli manji od 5 g.
- Isključivo dojenje do starosti od 6 mjeseci koje se nastavlja do starosti od 24 mjeseca
- Adekvatan unos hrane obogaćene vitamino A,D, Zinkom i gvožđem.

5.3. Politike i strategije

Strategija bezbjednosti hrane (2006) bavi se ciljevima na planu bezbjednosti hrane i ishrane. U poglavlju o ishrani, strategija kaže da politika ishrane prvenstveno ima za cilj prevenciju hroničnih nezaraznih bolesti, uglavnom kardiovaskularnih bolesti, gdje je jedan od najznačajnijih faktora rizika upravo nepravilna. Jedan od prioriteta je i promovisanje zdravih stilova života i sprovođenje konkretnih programa za prevenciju posljedica po zdravlje povezanih sa mikronutritivnim deficitom.

“Politiku zdravstva u Republici Crnoj Gori do 2020” **Vlada je usvojila u oktobru** 2001. Posebni navedeni prioriteti su: “zdravo i bezbjedno fizičko okruženje, zdraviji stil života, smanjenje štetnih posljedica alkohola droga i pušenja” i „uslovi za zdravlje”, a utvrđene su i oblasti koje se odnose na zdravlje životne sredine.

Strategija razvoja zdravstva u Crnoj Gori usvojena je 2003. Ona definiše osnovne programske aktivnosti koje će se realizovati u sistemu zdravstva, u cilju preduzimanja političkih, ekonomskih, socijalnih, naučnih, administrativnih i zakonodavnih mjera potrebnih za reformisanje sistema zdravstva.

Strategija za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti (usvojena 2008) definiše smjer aktivnosti na unapređenju zdravlja u Crnoj Gori. Strategija predviđa zajedničko djelovanje u vezi faktora rizika i njihovih osnovnih determinanti za nezarazne bolesti, jačanje sistema zdravstva u pravcu bolje prevencije i kontrole nezaraznih bolesti, kako bi zdravstvene službe bile usklađene sa svojom svrhom i postojećim bolestima i kako bi se povećale mogućnosti za promovisanje zdravlja i kontrole bolesti.

2009. godine Vlada Crne Gore je, u skladu sa strateškim opredjeljenjima, nacionalnim zakonskim i drugim strateškim dokumentima zasnovanim na principima i vrijednostima istaknutim u međunarodnim dokumentima i preporukama SZO, odlučila da izradi Akcioni plan za ishranu i bezbjednost hrane Crne Gore 2010-2014, je krovni dokument koji bi trebalo da pruži osnovne smjernice za sveobuhvatni i koordinisani odgovor na sve veće izazove javnog zdravlja vezanih za hranu i ishranu.

5.4. Navike u ishrani

5.4.1. Navike u ishrani kod djece

Prema već pomenutom anketi zdravstvenog stanja populacije, 87,2% djece i adolescenata u Crnoj Gori uzrasta od 7 do 19 godina doručkovalo je svakog dana, dok je 76,3% imalo tri obroka dnevno svakog dana.

Međutim, samo 49,4% djece i adolescenata je pilo mlijeko najmanje 6-7 puta nedjeljno, odnosno konzumiralo mliječne proizvode (jogurt i slično) najmanje 6-7 puta nedjeljno, ili je pilo mlijeko 3-5 puta nedjeljno, kao i konzumiralo mliječne proizvode 3-5 nedjeljno.

Dnevni unos svježeg voća u nedjelji dana prije ankete 2008. godine prijavilo je 41,5% djece i adolescenata uzrasta 7-19 godina koji idu u školu, znatno manje u ruralnim područjima (34,7%). 33,4% iste ove grupe jelo je svježe povrće svakog dana u nedjelji prije ankete, dok je 31,1% njih imalo ribu u ishrani manje od jedanput nedjeljno. Isto tako, 38,6% djece i adolescenata nikada nije razmišljalo o svom zdravlju prilikom donošenja odluke o tome šta će jesti.

Ishrana djece u kolektivima

U Crnoj Gori postoji 21 predškolska ustanova sa preko 12000 djece koja imaju organizovanu kolektivnu ishranu. Kada su u pitanju starije uzrasne kategorije postoji 15 ustanova u kojima je organizovana ishrana. To su domovi učenika i studenata (ukupno 9) i 6 ustanova za djecu sa posebnim potrebama.

U skladu sa Pravilnikom o normativima za sticanje sredstava iz javnih prihoda za ustanove koje izvode javno važeće obrazovne programe („Službeni list RCG“, broj 73/03), za sve ustanove koje imaju kuhinju za pripremu hrane može se odobriti jedan izvršilac na radno mjesto nutricioniste.

5.4.2. Ishrana odojčadi

Prevremeni prekid dojenja i prevremeni početak komplementarne ishrane uzroci su neadekvatnog unosa hranljivih sastojaka i povećanog rizika za nastanak crijevnih zaraznih bolesti. Rizik je naročito veliki za onu odojčad koja žive u porodicama sa malim prihodima i porodicama koje stanuju u objektima u kojima nije riješeno pitanje vodosnabdevanja i sanitacije (Izvor: WHO. Regional Office for Europe: Development of a globe strategy on infant and young children feeding, Copenhagen, 2001).

U Crnoj Gori 25,2 % žena počelo je dojenje djeteta u roku od jednog sata od rođenja. Najveća zastupljenost dojenja je među ženama iz sjeverne Crne Gore (58%), a najniža među ženama u južnoj regiji, samo 5 %. Razlike zavise od obrazovanja i socio-ekonomskog statusa porodice. Prema nivou obrazovanja majke, procenat žena koje je započeo dojenje u roku od jednog sata od rođenja smanjuje se od 42 % majki sa osnovnom školom ili bez obrazovanja, na 22 % sa srednjim obrazovanjem, do 15 % žena s višim obrazovanjem. Taj isti pokazatelj raste od 8 posto najbogatijih, do 40 posto kod najsiromašnijih.

Svega 19,3 % djece mlađih od šest mjeseci hrani se isključivo dojenjem. U dobu 6-9 mjeseci, 35% djece uz dojenje dobija i dopunsku hranu.

U uzrastu 12-15 mjeseci, 25 % djece doji a u uzrastu 20-23 mjeseci 13% djece doji.

Oko 30 % djece u dobi od 6-8 mjeseci doji i uzima dopunsku hranu, barem dva puta dnevno. (Izvor: Montenegro Multiple Indicator Cluster Survey 2005, Final Report)

5.4.3. Navike u ishrani odraslih

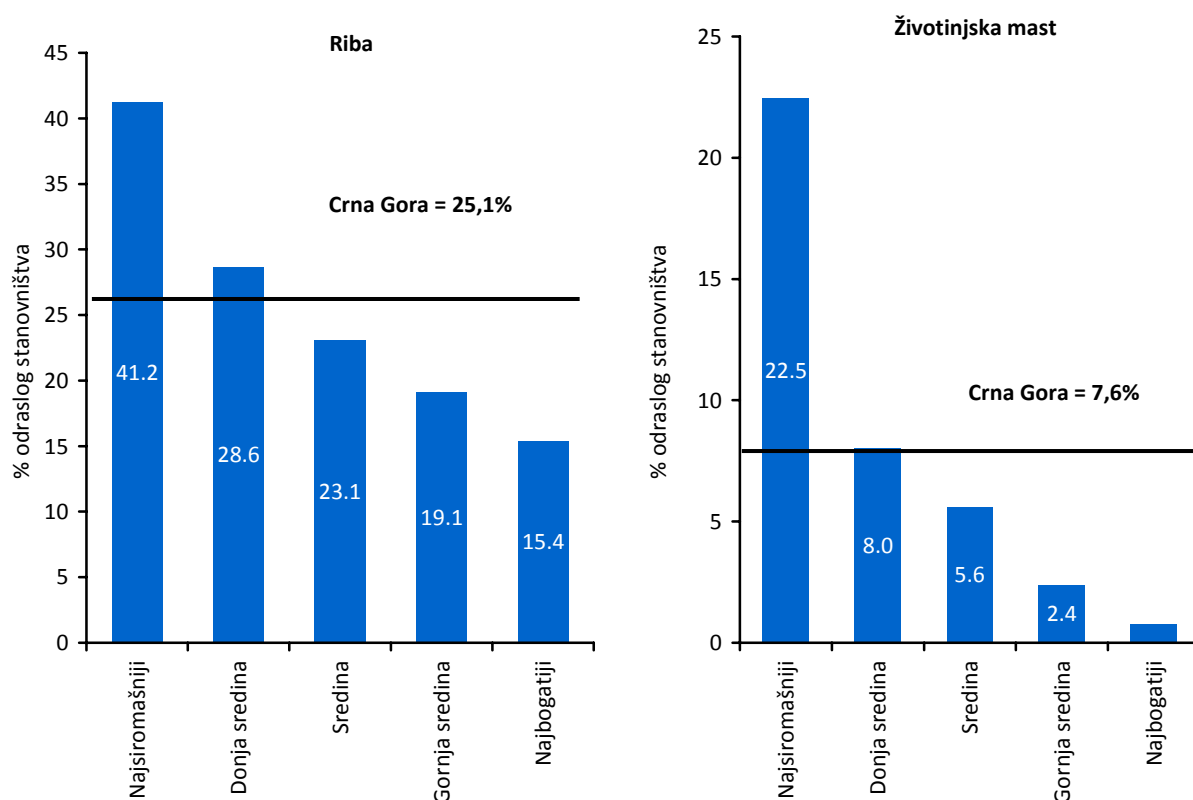
Navike u ishrani odraslog stanovništva ispitivane su u okviru Nacionalne zdravstvene ankete stanovništva Crne Gore, 2008, i konstatovano je da svaki drugi odrasli stanovnik Crne Gore (51,2%) je imao tri glavna obroka svakog dana.

71,7% odrasle populacije pretežno koriste bijeli hljeb, a 9,8% koriste integralni, ražani i slične vrste hljeba. Životinjsko salo, odnosno maslac za pripremanje hrane koristilo je 7,6% odrasle populacije.

Upotreba životinjske masti u pripremi hrane opada sa kvintilima indeksa blagostanja (grafik 16).

25,1% odrasle populacije jelo je ribu manje od jedanput nedjeljno. Udio odraslih stanovnika Crne Gore koji su jeli ribu manje od jedanput nedjeljno raste sa starosnim dobom i opada sa nivoom obrazovanja i kvintilima blagostanja (vidi Grafik 9).

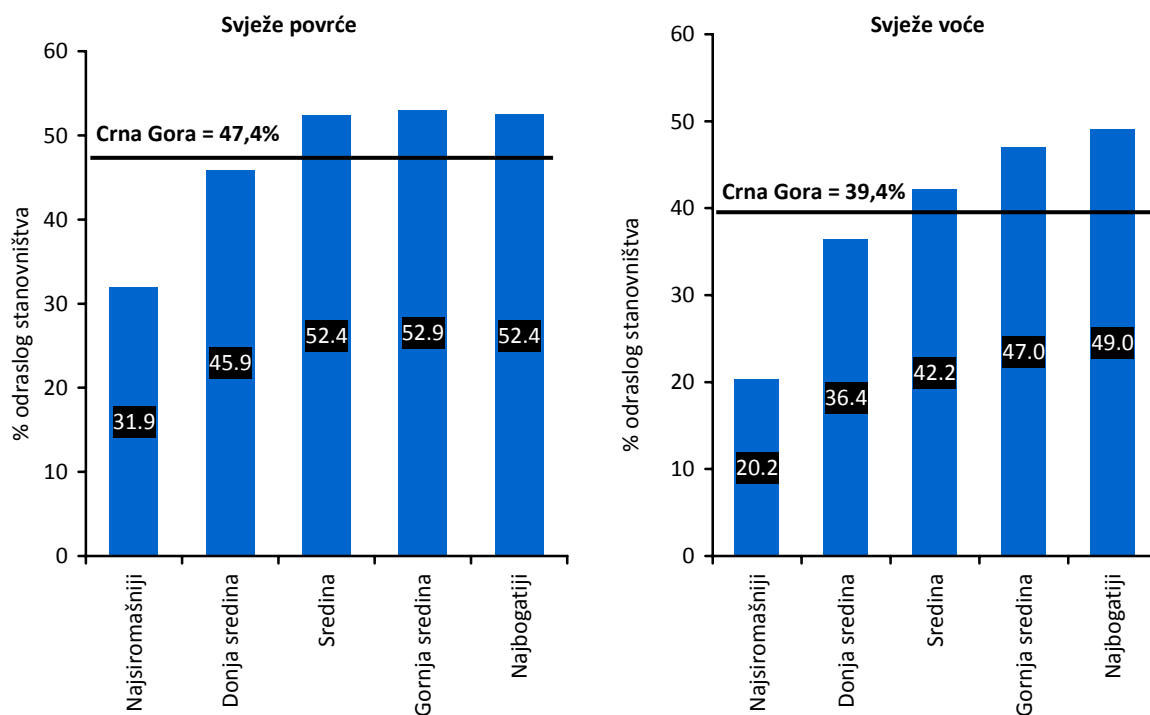
Grafik 16. Udio odraslih koji su imali ribu u ishrani manje od jedanput nedjeljno i udio odraslih koji su koristili životinjske masti za pripremu obroka, po kvintilima indeksa blagostanja, Crna Gora, 2008



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

Učestalost dnevnog unosa svježeg voća kod odraslih u Crnoj Gori, bio je 39,4% i predstavlja značajan porast u odnosu na 2000. godinu, kada je 32,5% njih jelo svježe voće svakog dana.

Udio odraslih koji su svakodnevno jeli svježe voće i povrće, po kvintilima indeksa blagostanja prikazani je grafikom 17.

Grafik 17. Udio odraslih koji su svakodnevno jeli svježe voće i povrće, po kvintilima indeksa blagostanja, Crna Gora, 2008 (%)

Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

Crnogorska piramida



Izvor: IJZ, 2009, na osnovu MONSTAT-ove registrovane potrošnje, udio grupa namirnica u dnevnom energetske unosu odstupa od preporuka za pravilnu ishranu.

5.4.4. Stanje uhranjenosti stanovništva Crne Gore

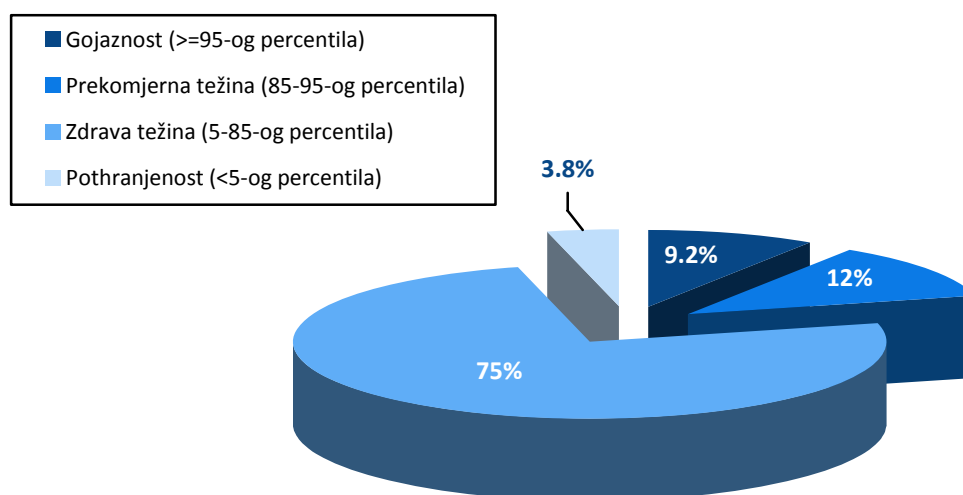
5.4.4.1. Stanje uhranjenosti djece

Antropometrijska istraživanja sprovedena u Crnoj Gori u 2005. god upoređena sa preporučenim standardima Svjetske zdravstvene organizacije i Centra za kontrolu i prevenciju bolesti za populaciju djece do pet godina pokazuju da je manje od 3% dece do 5 god u Crnoj Gori umjereno pothranjeno, a manje od 1% se smatra teško pothranjeno. Više od 5% njih je umjereno ili teže zaostalo u rastu, a 3% je umjereno ili teško mršavo za svoju visinu. Učešće gojaznosti je veće tako da je oko 13% djece mlađe od 5 godina gojazno. Ovaj indikator ima najveće vrednosti za djecu u drugoj godini 12-23 mjeseca gde 21% djece se smatra gojaznima i u uzrastu 6-11 mjeseci gdje je 15,94% djece gojazno. U uzrastu 3-5 godina prekomjerna tjelesna masa registrovana je kod oko 10% ispitanika.

U okviru istraživanja jednog statusa koje je u saradnji sa UNICEF - om realizovao Institut za javno zdravlje u 2007. godini, kod djece osnovno školskog uzrasta, odnosno uzrasta 6-11 godina vršena su i antropometrijska mjerenja. Na osnovu tih rezultata 29,5% učenika navedenog uzrasta je imalo prekomjernu tjelesnu masu. Problem prekomjerne tjelesne mase izraženiji je kod dječaka (36,6%) nego od djevojčica (22,4%).

Prema podacima iz Nacionalne zdravstvene ankete stanovništva Crne Gore koju je 2008. godine sproveo Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja Republike Crne Gore, tri četvrtine djece i adolescenata uzrasta 7–19 godina u Crnoj Gori imalo je zdravu težinu, kao što je prikazano na grafiku 14. Pomenuta anketa je pokazala da je u odnosu na BMI 3,8% djece bilo pothranjeno, dok je ukupno 21,2% imalo prekomjernu težinu, odnosno bilo gojazno.

Grafik 14. Djeca i adolescenti uzrasta 7-19 prema stanju uhranjenosti, CrnaGora, 2008,



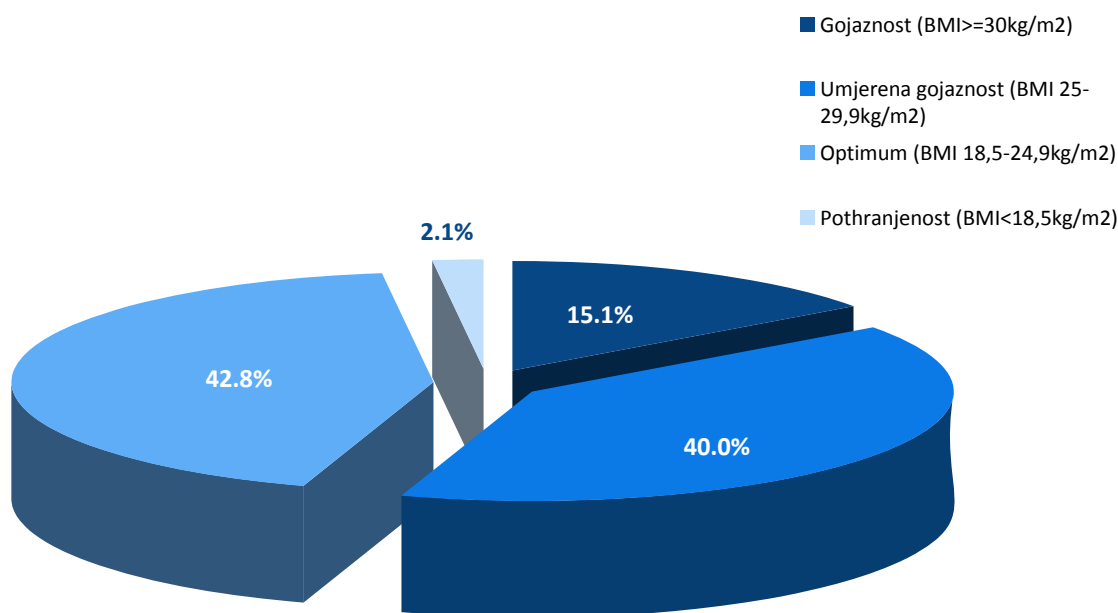
Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

5.4.4.2. Stanje uhranjenosti odraslog stanovništva

Na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine procijenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija osoba čija je tjelesna masa bila prekomjerna iznosila 34,8% (27,2% žene i 41,9 muškarci) dok je prevalencija gojaznih osoba iznosila 12,8% (12,1% žene i 13,3% muškarci), ukupno 47,6% odrasle populacije.

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

Grafik 15. Odrasla populacija po kategorijama indeksa tjelesne težine, Crna Gora, 2008



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

5.5. Mikronutritivni deficiti

Rezultati studije Multiple Indicator Cluster Survey iz 1996. godine i 2000. godine su pokazali da je prevalencija koncentracije hemoglobina manje od 110 g/l u djece starosti do pet godina iznosila 29,4%. U gradskoj sredini prevalencija anemije uslijed nedostatka gvožđa u djece starosti do pet godina iznosila je 31,9% a u seoskoj 26,8%. Prevalencija sideropenijske anemije u žena starosti od 15-49 godina iznosila je 26,7%. U prosjeku u ovoj populacionoj grupi nije bilo statistički značajne razlike

u prevalenciji sideropenijske anemije između gradskih i seoskih sredina. (Izvor: *Multiple Indicator Cluster Survey II, The Report for The Federal Republic of Yugoslavia, UNICEF, Belgrade 2000*).

Na osnovu rezultata ispitivanja u okviru projekta Održiva eliminacija poremećaja zdravlja uzrokovanih nedovoljnim unosom joda u Crnoj Gori za 2007. godinu je konstatovano je da je so u domaćinstvima u Crnoj Gori homogena, ali lošije jodirana u odnosu na preporučene vrijednosti. Tokom istraživanja nije nađeno nijedno domaćinstvo koje koristi nejodiranu so. Uzorci soli uzeti u sjevernom dijelu Republike imaju statistički značajno manji sadržaj joda u odnosu na soli u drugim regionima.

Medijana urinarne ekskrecije joda kod djece uzrasta 6-12 godina, kao najznačajniji indikator jodnog unosa u populaciji, je 174 µgJ/l urina što je u skladu sa preporukama SZO, odnosno po tom kriterijumu Crna Gora ima zadovoljavajući jodni unos. Testiranjem značajnosti razlike u urinarnoj ekskreciji po regionima se konstatuje da djeca sa sjevera imaju lošiju urinarnu ekskreciju joda od djece koja stanuju u drugim regionima Crne Gore.

Mjerenja volumena štitne žlezde su pokazala ostatke dejstva prethodnog nedostatka joda u populaciji, tj. konstatovano je da ukupno 7,2% dječaka i 8,6% djevojčica, odnosno 7,9% djece ima volumen štitne žlezde veći od standarda SZO koji se koriste za djecu sa adekvatnim jodnim unosom.

Jodni status trudnica u Crnoj Gori je pokazao nedovoljan jodni unos, uprkos tome što se soli iz domaćinstava trudnica ne razlikuju značajno od soli iz domaćinstava učenika, ali trudnice imaju veće potrebe za ovim mikronutrijentom. Imajući u vidu značaj koji ima nedostatak joda u fetalnom i embrionalnom stadijumu na razvoj CNS-a o ovome treba povesti računa u budućnosti.

6. Nezarazne bolesti uzročno povezane sa načinom ishrane

6.1. Vodeći uzroci umiranja

Nezarazne bolesti uzročno povezane s načinom ishrane čine značajni dio naše javnozdravstvene problematike, slično kao i u drugim evropskim zemljama.

Od svih poremećaja zdravlja, stanovništvo Crne Gore najviše je opterećeno hroničnim nezaraznim bolestima.

Bolesti sistema krvotoka i maligne neoplazme predstavljali su gotovo tri četvrtine svih uzroka smrti u Crnoj Gori u 2006. godini. U strukturi mortaliteta bolesti sistema krvotoka činile su više od polovine svih smrtnih ishoda (56,8%), dok je svaka šesta umrla osoba (16,3%), umrla je od maligne neoplazme (Tabela 6). Od ukupnog broja umrlih za 4,9% lica razlog umiranja bile su povrede i trovanja, za 4,3% bolesti sistema za disanje, za 2,0% komplikacije dijabetes mellitus-a, dok su za 9,3% lica razlog

umiranja bili nedovoljno definisana stanja pa su kao razlog smrti označeni simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski znaci koji su prevladavali kod umrlih osoba. Zbog ovako visokog učešća simptoma i nedovoljno definisanih stanja u Crnoj Gori u ukupnoj smrtnosti, neophodna je izvjesna obazrivost pri analizi rangova i donošenju zaključaka.

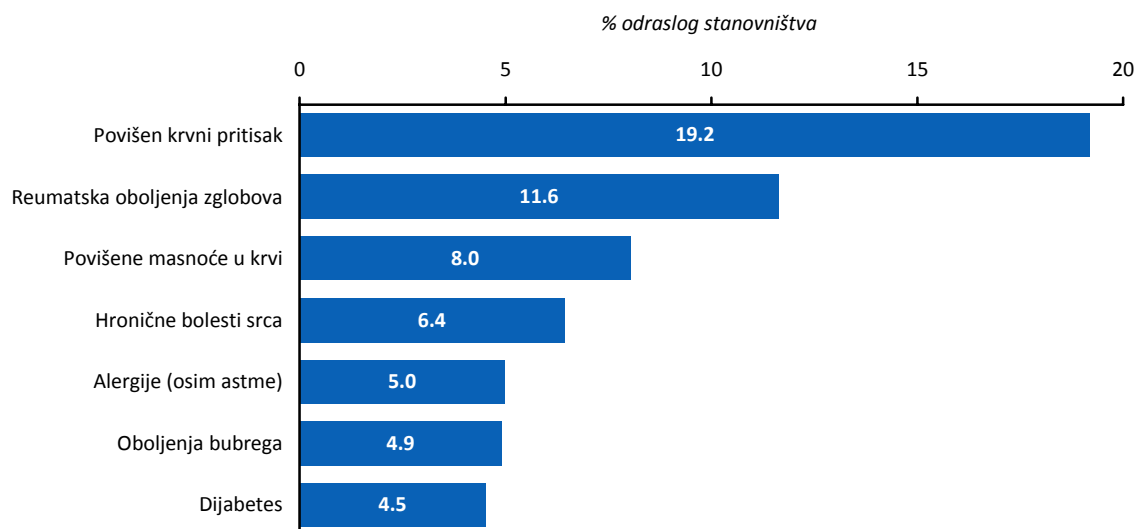
Tabela 6. Vodeći uzroci umiranja (grupe bolesti) prema polu u Crnoj Gori, 2006. godina

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

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

6.2. Prevalencija i incidencija hroničnih bolesti

Rezultati Studije zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008. da je u 2008. godini, 42,8% odraslog stanovništva u Crnoj Gori prijavilo da ima jednu od 27 hroničnih bolesti. Kako je prikazano na Grafiku 18 ustanovljeno je da su sedam najčešćih hroničnih bolesti koje ugrožavaju zdravlje stanovništva u Crnoj Gori sljedeće: hipertenzija, reumatska oboljenja zglobova, povišene masnoće u krvi, hronične bolesti srca, alergije (osim astme), oboljenja bubrega i dijabetes.

Grafik 18. Odrasla populacija sa istorijom bilo koje bolesti, Crna Gora, 2008 (%)


Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

6.3. Bolesti sistema krvotoka

Unutar grupe oboljenja sistema krvotoka, u Crnoj Gori najčešći uzrok smrti su druge bolesti srca, a zatim bolesti krvnih sudova mozga i ishemična (koronarna) bolest srca (Tabela 7).

Tabela 7. Učešće pojedinih bolesti sistema krvotoka u ukupnom umiranju u Crnoj Gori prema polu u Crnoj Gori, 2006. g.

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

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Posmatrajući broj umrlih od bolesti sistema krvotoka u Crnoj Gori u poslednjih šest godina vidljivo je da postoji trend rasta broja oboljelih kao i njihove zastupljenosti kao grupe u ukupnom umiranju (Tabela 8).

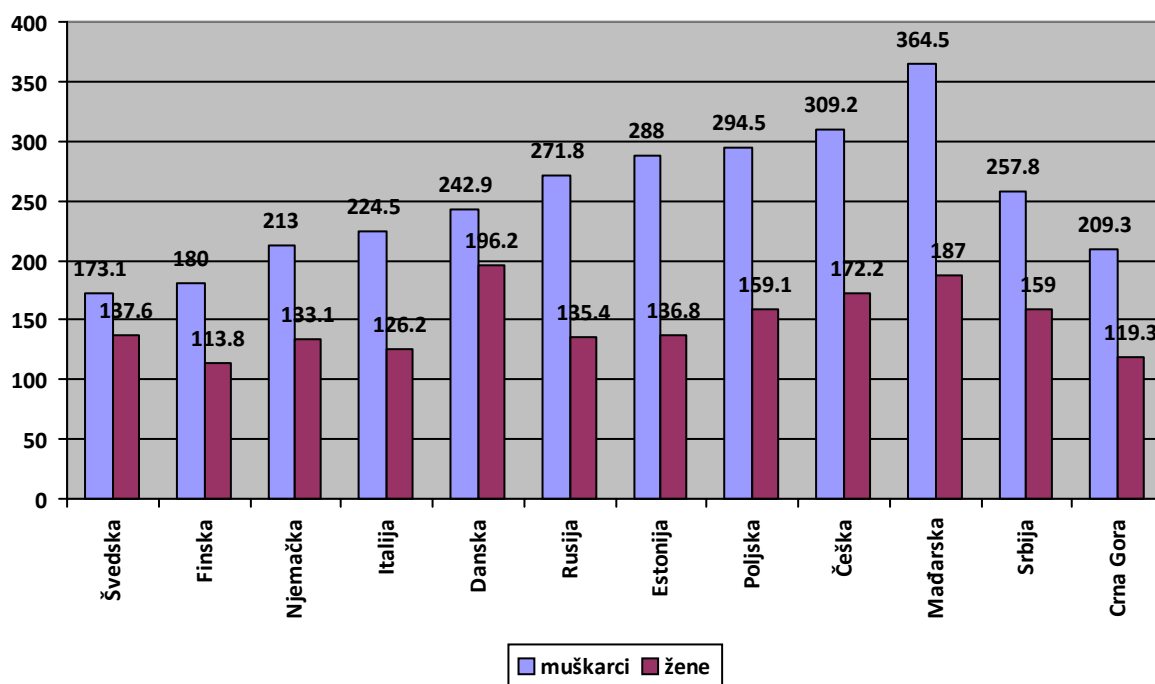
Tabela 8. Učešće bolesti sistema krvotoka u ukupnom umiranju u Crnoj Gori, 2001-2006.

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

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

6.4. Maligne neoplazme

Poslije bolesti sistema krvotoka, maligne neoplazme (rak) predstavljaju najčešći uzrok umiranja u našoj zemlji. U Crnoj Gori su u 2006. godini od malignih neoplazmi umrle 974 osobe. U ukupnom mortalitetu učešće muškaraca je značajnije izraženo u odnosu na žene (573 muškaraca ili 58,8%: 401 žena ili 41,2%). Standardizovana stopa mortaliteta za 2006. godinu iznosila je 209,3 za muškarce i 119,3 za žene na 100.000 stanovnika. Raspoloživi podaci o procijenjenim vrijednostima standardizovanih stopa mortaliteta na 100.000 stanovnika u izabranim državama Evrope za 2006. godinu, dati su na grafiku 19. Na osnovu prikazanih podataka može se reći da se Crna Gora nalazi u grupi zemalja sa srednje visokom stopom umiranja od malignih neoplazmi za muškarce i niskom stopom umiranja za žene.

Grafik 19. Standardizovana stopa mortaliteta 1:100. 000 od malignih neoplazmi u izabranim evropskim državama

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

Tokom 2006. godine u Crnoj Gori muškarci su najviše umirali od raka pluća, kolona i rektuma, želuca, prostate, a žene od raka dojke, pluća, kolona i rektuma, pankreasa, želuca i grlića materice (Tabela 9.).

Tabela 9. Najčešće maligne neoplazme kao uzrok smrti kod muškaraca i žena, CG, 2006. g.

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

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

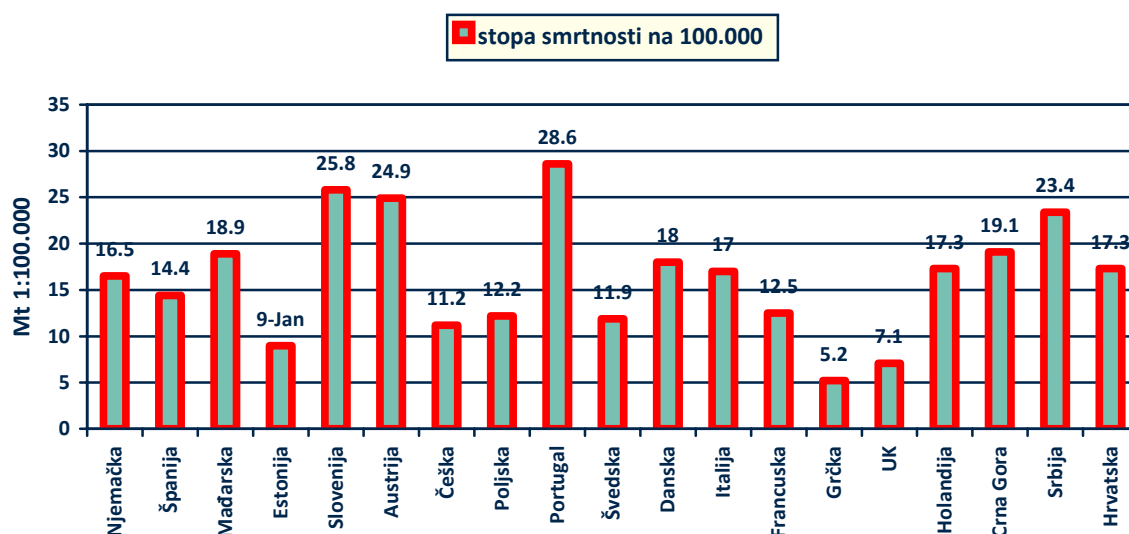
Ako se uzme u obzir da je kombinacijom izbjegavanja ili redukovanja izloženosti rizičnim faktorima i primjenom protektivnih faktora danas moguće spriječiti nastanak oko 40% malignih neoplazmi i da je

ranim otkrivanjem i odgovarajućim liječenjem moguće značajno poboljšati prognozu liječenja, kao imperativ se nameće primjena svih tih danas već dostupnih mjera.

6.5. *Diabetes mellitus*

Sa standardizovanom stopom mortaliteta koja i za muškarce i za žene iznosi po 19,1 na 100.000 stanovnika, Crna Gora spada u zemlje sa srednje visokom stopom mortaliteta od ove bolesti.

Grafik 20. Standardizovane stope mortaliteta od dijabetesa na 100.000 stanovnika u Evropi, 2003., Crna Gora i Srbija, 2006.



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

Posmatrajući broj umrlih od dijabetesa u Crnoj Gori u poslednjih šest godina zapaža se da broj umrlih kao i njihova zastupljenosti u ukupnom mortalitetu nije bitnije mjenjala (Tabela 10.)

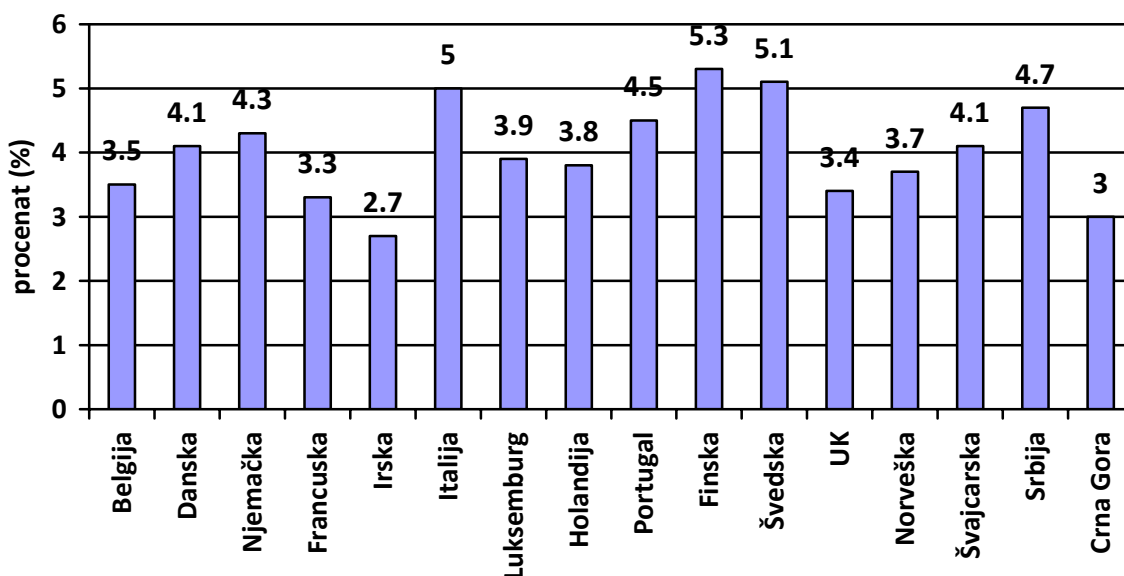
Tabela 10. Učešće diabetes mellitus-a u ukupnom mortalitetu u Crnoj Gori, 2001-2006

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

Izvor: Monstat (Zavod za statistiku Crne Gore)

Trenutno, prevalencija dijabetesa u Crnoj Gori, procjenjena je na oko 3% što Crnu Goru svrstava u grupu evropskih država sa nižom prevalencijom (grafik 17).

Grafik 20. Prevalencija diabetes mellitus-a u državama EU, 2000., Srbiji i Crnoj Gori, 2006.



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

Laboratorijska ispitivanja u sklopu Nacionalnog istraživanja zdravlja stanovništva Crne Gore koje je sprovedeno tokom 2008, upućuju da oko 10, 8% odraslog stanovništva (stariji od 20 godina) ima povišene vrijednosti glikemije, što potvrđuje pretpostavku da veliki broj odraslih građana Crne Gore ne zna da ima povišen šećer u krvi.

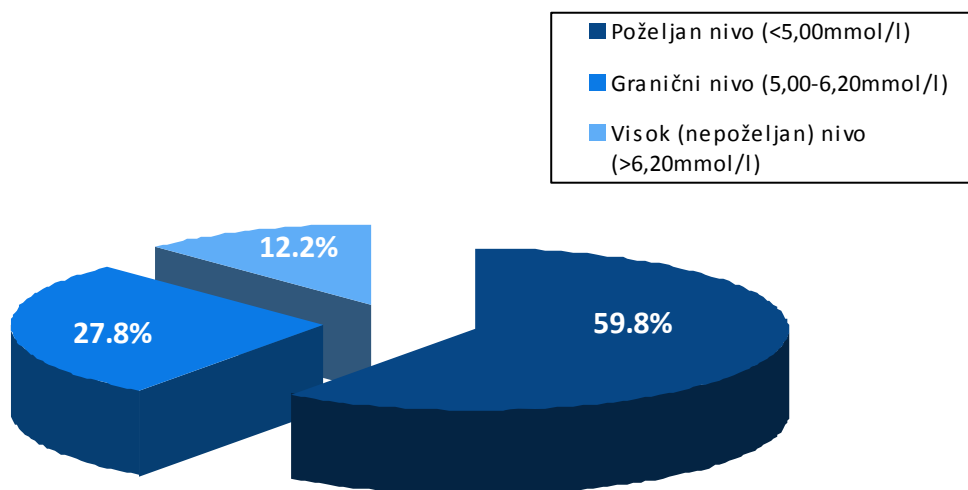
Ovo istovremeno ukazuje na potrebu da se organizuje sistematski skrining stanovništva na diabetes mellitus kako bi se bolest dijagnostikovala u ranoj fazi čime bi uz odgovarajuće informativne i terapijske mjere u značajnoj mjeri spriječio nastanak komplikacija.

6.6. Povišeni nivo holesterola i triglicerida u krvi

Prosječan nivo holesterola kod odrasle populacije ispostavilo se da je 4,78mmol/l. Kao što je prikazano grafikom 21, visok nivo holesterola (>6.20mmol/l) pronađen je kod 12,2% odraslih u Crnoj

Gori (više od 6,20mmol/l), 27,8% imalo je granične vrijednosti (5,00-6,20mmol/l), dok je 59,8% odrasle populacije imalo poželjan nivo holesterola. Znatno viši nivo holesterola ustanovljen je na jugu Crne Gore (5,1%) i kod starosne grupe od 20 do 34 godine.

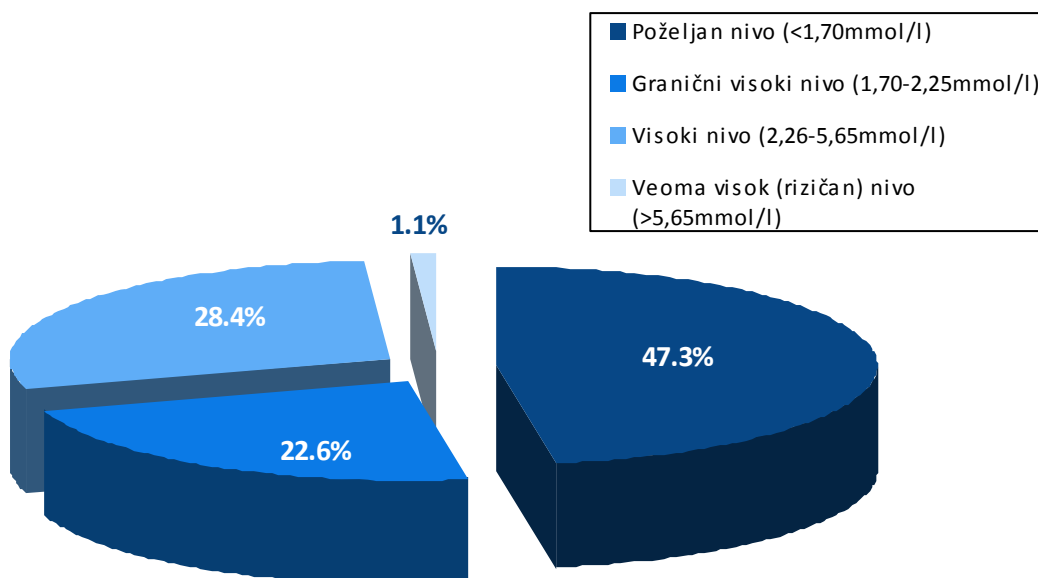
Grafik 21. Nivoi holesterola u krvi kod odrasle populacije, Crna Gora, 2008



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

Prosječna vrijednost nivoa triglicerida u krvi kod odrasle populacije u Crnoj Gori bila je 2,02mmol/l, što se kategorizuje kao granična vrijednost. (Grafik 22)

Grafik 22. Nivoi triglicerida u krvi, odrasla populacija, Crna Gora, 2008

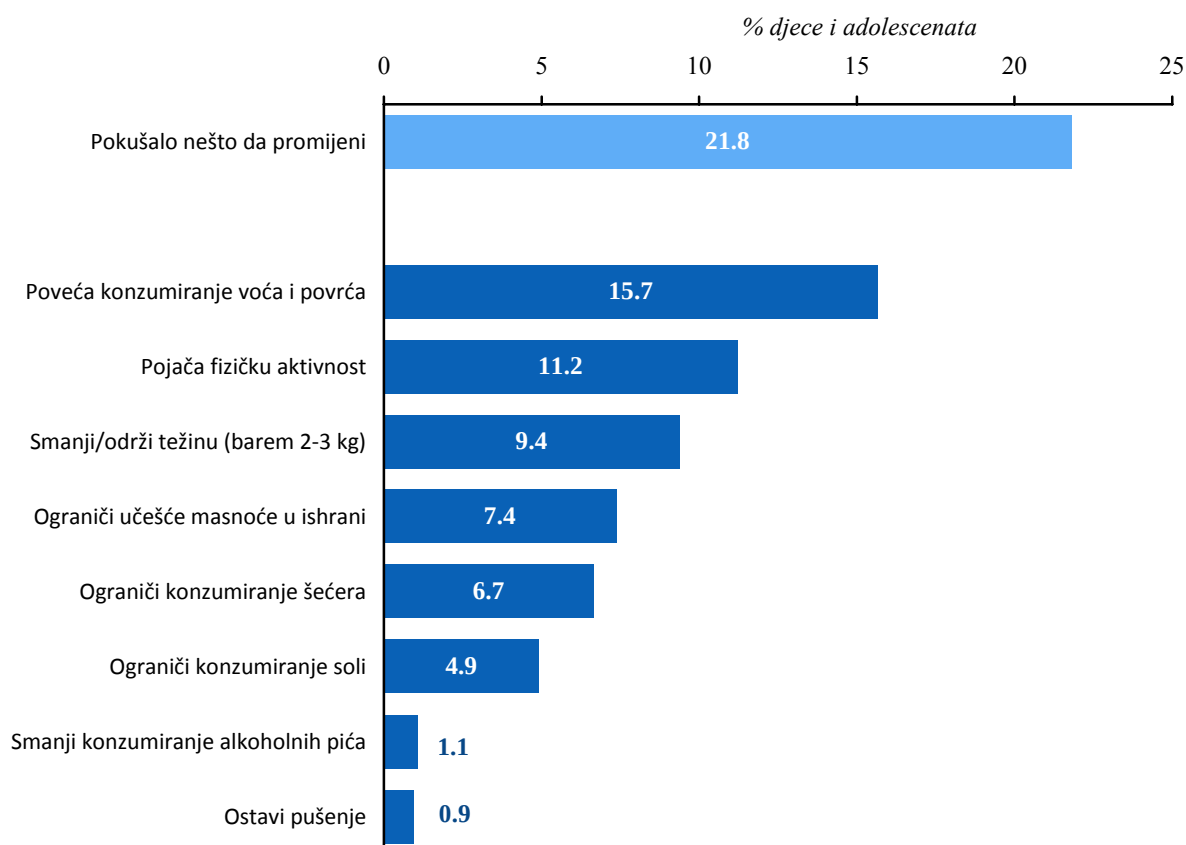


Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

6.7. Informisanje i savjetovanje u vezi sa rizicima od hroničnih nezaraznih bolesti

28,5% djece i adolescenata u Crnoj Gori uzrasta od 7 do 19 dobilo je savjet (od strane ljekara ili nekim drugim putem) da promijeni svoj stil života. U ovom pogledu, nije bilo značajnijih varijacija u odnosu na različite faktore (geografske oblasti, gradska i ruralna naselja, pol, starosne grupe, ili kvintile indeksa blagostanja). U većini slučajeva, djeci i adolescentima je rečeno da jedu više voća i povrća (22,4%), da konzumiraju manje šećera (10,5%), da pojačaju fizičku aktivnost (9,3%), da smanje učešće masnoća u svojoj ishrani (9,2%), ili da uzimaju manje soli (7,5%). 21,8% djece i adolescenata pokušalo je da promijeni nešto u svom ponašanju vezano za zdravlje, znatno više na sjeveru Crne Gore (28%). Kao što je prikazano na grafiku, u većini slučajeva, oni su pokušali da povećaju unos svježeg voća i povrća, da pojačaju fizičku aktivnost i smanje/održe tjelesnu težinu.

Grafik 23. Djeca i adolescenti uzrasta 7-19 koji su pokušali da promijene svoj stav prema sopstvenom zdravlju u posljednjih 12 mjeseci, Crna Gora, 2008 (%)



Izvor: Nacionalna zdravstvena anketa stanovništva Crne Gore, 2008

Djeca i adolescenti obično su dobijali informacije o zdravlju od svojih roditelja (84,9%), dok je samo 3% dobilo ove informacije od ljekara, odnosno medicinske sestre. 54,3% djece/mladih prate medijske poruke vezane za zdravlje, dok je 8,5% njih imalo učešća u nekom vidu aktivnosti na promociji zdravlja.

7. Informisanje, kampanje i savjetodavne aktivnosti vezane za odgovarajuću ishranu i zdrave stilove života.

Posebni naponi se ulažu na edukovanju stanovništva o pravilnoj ishrani, putem medija i u saradnji sa institucijama koje organizuju kolektivnu ishranu mlade populacije (vrtići, škole, studentski centri itd.).

Na državnoj televiziji se programi o pitanjima ishrane emituju najmanje jednom mjesečno, posebno za osjetljive grupe.

Edukacija i informisanje o pravilnoj ishrani na predškolskom i školskom nivou na terenu sprovede stručnjaci Instituta za javno zdravlje.

U sklopu Instituta je osnovan specijalni nutricionistički centar, gdje je u periodu 2006-2008 pregledano i dobilo savjete 11000 pacijenata.

U okviru projekta „Podrška sprovođenju strategije za HIV/AIDS u Crnoj Gori“ urađen je priručnik, udžbenik i omogućeno fakultativno praćenje nastavnog programa o zdravim stilovima života.

Trenutno je u toku nacionalna kampanja za promovisanje dojenja, koju organizuje Ministarstvo zdravlja uz podršku UNICEF-a.

Osnovni zaključci vezano za ishranu stanovništva Crne Gore

- ➔ Ne postoji uspostavljen nacionalni sistem za praćene stanja u ishrani.
- ➔ Piramida ishrane formirana na osnovu potrošnje osnovnih namirnica ukazuje na nepravilnost ishrane stanovništva u Crnoj Gori, u prvom redu na nedovoljan unos voća i povrća, a na visoku zastupljenost šećernih koncentrata i masnoća u ishrani.
- ➔ Dosadašnja istraživanja deficita gvožđa su nedovoljna.
- ➔ Istraživanja pokazuju da je evidentan deficit joda kod određenih kategorija stanovništva.
- ➔ Procenat gojazne dece školskog uzrasta je dosta visok i zahteva kontinuiranu edukaciju i dalje istraživanje.
- ➔ Ne postoje istraživanja o kvalitetu organizovane kolektivne ishrane.
- ➔ Evidentan je trend opadanja upražnjavanja fizičke aktivnosti više puta nedeljno.
- ➔ Konzumiranje alkohola je zastupljeno u visokom procentu kod opšte populacije, a posebno je zabrinjavajuća situacija kod adolescenata.

8. BEZBJEDNOST HRANE

8.1. *Uvod*

U cijelom evropskom regionu SZO, bolesti koje se prenose hranom predstavljaju znatno opterećenje i izazov za javno zdravlje. Broj evidentiranih slučajeva salmoneloze i kampilobakterioze, što su najčešće evidentirane bolesti koje se prenose hranom, iznosio je 2005. godine 400 hiljada godišnje samo u Evropskoj uniji (podaci European Food Safety Authority (EFSA)). Procjenjuje se da u industrijalizovanim zemljama do 30% svake godine pati od oboljenja koje se prenosi hranom, a da do 20 u milion osoba umire od takvih bolesti svake godine. Globalno, procjenjuje se da je broj smrtnih slučajeva od dijareje 1, 8 miliona godišnje. Bolesti koje su povezane sa hranom možda predstavljaju najrašireniji problem javnog zdravlja u savremenoj Evropi pri čemu bolesti tipa dijareje uzrokovane hranom predstavljaju glavni uzrok smrtnih slučajeva u zemljama u razvoju, posebno kod djece. Raspoloživi podaci predstavljaju samo "vrh ledenog brijega", zbog nedostataka u sistemima izvještavanja. Stoga se procjenjuje da se bolesti koje se prenose hranom javljaju nekoliko puta češće i čak i više u tranzicionim zemljama Istočne Evrope, za koje su hitno potrebni podaci. Uz to, sve je više dokaza o dugoročnim komplikacijama usljed bolesti koje se prenose hranom. Takođe, postoji začarani krug između neishranjenosti i bolesti koje se prenose hranom - bolest povećava rizik od neishranjenosti i obratno.

Bolesti koje se prenose hranom su po svom nastanku ili infektivne (npr. Salmonella, Campylobacter) ili toksične po prirodi (npr. dioksini, mikotoksini, toksični metali, akrilamid, radioaktivni izotopi).

Hrana koja nije bezbjedna može biti rezultat zagađenja životne sredine, širenja zoonotskih mikroorganizama sa životinja, loše higijene u toku proizvodnje, skladištenja i rukovanja, neadekvatne upotrebe pesticida, aditiva hrani i veterinarskih lijekova, nedostatka efikasnih sistema za prevenciju i kontrolu rizika.

Mnoge od ovih bolesti su akutne ili subakutne, dok su ostale više hronične prirode. Nadalje, akutne bolesti mogu uzrokovati posljedična oboljenja i imati dugoročne posljedice. Mada su mnoge od bolesti koje se prenose hranom sporadične i često se ne evidentiraju, mogu se javiti u masovnim razmjerama.

Tehnološke promjene u proizvodnji i preradi hrane kao i promjene u načinu života uključujući urbanizaciju i česta putovanja predstavljaju nove izazove i osnovne razloge za porast bolesti koje se prenose hranom.

Takođe, ne treba zaboraviti uticaj tržišne globalizacije, klimatskih promjena, namjerne kontaminacije bilo prirodne ili izazvane ljudskim faktorom.

Otpornost na antimikrobna sredstva je sve veći problem za javno zdravlje i bezbjednost hrane, dijelom povezan sa ne-humanim korišćenjem antimikrobnih agenasa.

Bezbjednost hrane ima za cilj da svede na najmanju mjeru kontaminaciju mikrobiološkim, fizičkim, hemijskim, radiološkim ili drugom opasnim materijama koje predstavljaju rizik po bezbjednost hrane za potrošače.

Do kontaminacije hrane može doći u bilo kom koraku u lancu hrane, od okruženja, primarne proizvodnje, prerade hrane, distribucije, maloprodaje, pripreme hrane (kod kuće ili u komercijalne svrhe) i krajnje konzumacije.

Zbog složenosti lanca hrane, efikasna prevencija i kontrola rizika na planu bezbjednosti hrane oslanja se na integrisane i holističke sisteme za bezbjednost hrane sa pristupom “od njive do trpeze” i uz uključivanje aspekata zaštite životne sredine. To podrazumijeva bavljenje rizicima koji se mogu javiti u svakoj fazi u lancu, od sirovine do konzumacije, “od njive do trpeze”.

Zakonom o bezbjednosti hrane („Sl. List CG br.14/07) primarna odgovornost za bezbjednost hrane prenosi se na subjekte u poslovanju s hranom i hranom za životinje, kroz uvođenje adekvatnih internih sistema kontrole tokom proizvodnog procesa (HACCP, Dobra proizvođačka, Dobra uzgojna, Dobra higijenska praksa) kojima se dodatno povećava odgovornost subjekata u poslovanju s hranom. Subjekti u poslovanju s hranom odgovorni su za uspostavljanje, održavanje i sprovođenje sistema zasnovanog na HACCP principima u svim objektima u poslovanju hranom do 2010. godine (osim na nivou primarne proizvodnje). Takođe, subjekat u poslovanju s hranom dužan je, u slučaju da dođe do izmjene proizvoda, obrade ili promjene u postupku proizvodnje, da uspostavljene postupke usaglasi sa nastalim promjenama. Bliži zahtjevi propisani su Pravilnikom o higijenskim zahtjevima za hranu životinjskog ili biljnog porijekla koji je u potpunosti usklađen sa Regulativom EC 852/04.

Subjekt u poslovanju s hranom u primarnoj proizvodnji i pratećim djelatnostima dužan je da uspostavi postupak sprovođenja dobre higijenske prakse, dobre proizvođačke prakse i dobre uzgojne prakse.

Trenutno je u Crnoj Gori sistem zasnovan na HACCP principima uspostavljen u određenom broju objekata za: klanje papkara, rasijecanje mesa papkara, preradu mesa, preradu crijeva, proizvodnju sirila, preradu mlijeka, obradu i preradu proizvoda ribarstva, proizvodnju bezalkoholnih pića, proizvodnju peciva, hotelima, a određeni broj je u fazi uspostavljanja ovog sistema.

Za sektor mesne industrije urađen je i posebni priručnik kojim se omogućava lakše uspostavljanje i razumijevanje procedura HACCP-a. Najčešće subjekti u poslovanju s hranom za uvođenje HACCP-a angažuju konsultante.

Subjekti u poslovanju s hranom mogu računati na podršku pri uspostavljanju ovog sistema-sredstva obezbjeđena Agrobudžetom za 2009. godinu (Plan upotrebe sredstava za podsticanje razvoja poljoprivrede i ribarstva u 2009.godini) Agrobudžetom je utvrđen program podrške subjektima poslovanja s hranom.

Zbog određenih infrastrukturnih odstupanja u manjim proizvodnim objektima ograničena je mogućnost implementacije ovog sistema pa se uspostavljanjem dobre higijenske prakse postiže bezbjednost proizvoda.

8.2. Ciljevi definisani u oblasti bezbjednosti hrane:

1. Bolji nadzor nad bolestima koje se prenose hranom.
2. Bolji monitoring mikrobiološke i hemijske kontaminacije u lancu hrane, uklj. rezidue veterinarskih lijekova i prirodne toksikante u hrani.
3. Bolja svijest o otpornosti na antimikrobna sredstva u vezi sa bezbjednošću hrane.
4. Uspostavljanje efikasnih sistema brzog obavještanja između sektora javnog zdravlja, veterinarskog i sektora hrane.
5. Bolji sistemi za inspekciju hrane.
6. Implementacija HACCP sistema u proizvodnji hrane.

8.3. Politike i strategije od značaja za bezbjednost hrane

Unapređenje sistema bezbjednosti hrane kroz implementaciju zakonskog okvira usklađenog sa evropskim i međunarodnim standardima je osnovni i sastavni dio **Strategije bezbjednosti hrane**, koju su, po programu Vlade Crne Gore za 2006. godinu, izradili Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede.

Osnovni cilj Strategije bezbjedne hrane je zaštita i unapređenje zdravlja stanovništva kroz smanjenje zdravstvenih i socijalnih teškoća nastalih kao posljedica oboljenja koja su uzrokovana ili prenešena hranom

Smanjivanje incidence oboljenja u čijem nastanku hrana ima značajnog uticaja, treba da bude sprovedeno kroz sljedeće nivoe akcije:

- ➔ definisanje i razvoj integrisanog, sveobuhvatnog i održivog sistema bezbjednosti hrane uz izgradnju kapaciteta u ovoj oblasti;
- ➔ implementaciju mjera GHP, GMP i HACCP-a duž cjelokupnog »lanca hrane«, prema potrebi, od primarne proizvodnje do potrošnje radi sprečavanja izloženosti potrošača neprihvatljivim nivoima rizika;
- ➔ naučno utemeljeno procjenjivanje, upravljanje i komunikacija rizikom;
- ➔ međusobna saradnja svih subjekata involviranih u lanac hrane;
- ➔ podizanje svijesti o značaju bezbjednosti hrane i zdravstvenim mjerama i
- ➔ epidemiološka istraživanja vezana za bolesti koje nastaju ili se prenose hranom.

U akcionom planu **Nacionalne strategije održivog razvoja Crne Gore (2007)**, prvi prioritet jeste Strategija o bezbjednost hrane, kao i unapređenje kontrole bezbjednosti hrane i vode za piće i

usklađivanje sa standardima EU, uz pripremu Nacionalnog akcionog plana za zdravlje i životnu sredinu.

Nacionalni program za integraciju Crne Gore u EU (NPI) za period 2008-2012. (koji je Vlada usvojila 5. juna 2008)

“Poljoprivreda Crne Gore i EU – Strategija proizvodnje hrane i ruralnog razvoja”, (usvojena 2006), je dokument od ključnog značaja za dalji razvoj crnogorske poljoprivrede.

Strateški masterplan za otpad (2005)

Masterplan utvrđuje ukupni cilj osiguranja napretka ka održivom upravljanju otpadom koji nastaje na teritoriji Crne Gore i, na srednji rok, postizanje ciljeva na planu smanjenja otpada kako je navedeno u relevantnim direktivama EU koje se bave pitanjem otpada.

8.4. Zakonski okvir

Osnovni pravni akt u ovoj oblasti je **Zakon o bezbjednosti hrane** (Sl. list CG br. 14/07).

Zakonom se uređuju osnove i načela za obezbjeđenje visokog nivoa zaštite života i zdravlja ljudi, zaštite interesa potrošača i zahtjeve u oblasti proizvodnje i prometa bezbjedne hrane i hrane za životinje.

Ovaj zakon zasniva se na načelu pouzdanog, naučno utemeljenog i efikasnog sprovođenja postupaka u izboru i preduzimanju mjera u oblasti bezbjednosti hrane i hrane za životinje, primjerenih zahtjevima iz oblasti zaštite života i zdravlja ljudi, zdravlja i dobrobiti životinja, zdravlja bilja i zaštite životne sredine.

Primarni zadatak je integrisanje svih mjera i institucija, koji definišu ulogu države u bezbjednosti hrane.

Utvrđene su nadležnosti državnih organa koji su odgovorni za pojedina pitanja bezbjednosti hrane – Ministarstvo poljoprivrede šumarstva i vodoprivrede i Ministarstvo zdravlja, Veterinarska i Fitosanitarna uprava.

Zakon o bezbjednosti hrane je velikim dijelom harmonizovan sa EU propisima.

Zakon o bezbjednosti hrane je u velikoj mjeri usklađen sa:

- *Regulativom (EC) br.178/2002 Evropskog parlamenta i Savjeta od 28.januara 2002. godine kojom se definišu opšti principi i uslovi zakona o hrani, procedure koje uređuju oblast bezbjednosti hrane i osniva Evropski organ za bezbjednost hrane;*
- *Regulativom (EC) br. 183/2005. Evropskog parlamenta i Savjeta od 12. januara 2005.godine kojom se utvrđuju zakonski uslovi za oblast higijene hrane za životinje;*

- *Regulativom (EZ) br.882/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta od 29. aprila 2004. godine o zvaničnim kontrolama koje se vrše kako bi se utvrdila usaglašenost sa zakonom o hrani i hrani za životinje, kao i sa propisima iz oblasti zdravlja i brige o životinjama;*
- *Regulativom (EC) br.852/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta , od 29. aprila 2004. godine o higijeni namirnica;*
- *Regulativom (EC) br.853/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta , od 29. aprila 2004. godine koja propisuje posebna higijenska pravila za hranu životinjskog porijekla;*
- *Regulativom (EC) br.854/2004 Evropskog parlamenta i Savjeta , od 29. aprila 2004. godine koja propisuje posebna pravila za organizaciju zvaničnih kontrola proizvoda životinjskog porijekla, namijenjenih ljudskoj ishrani;*
- *Direktivom 98/83 EC o kvalitetu vode namijenjene za ljudsku potrošnju;*
- *Direktivom (EC) 13/2000 o deklarisanju, prezentaciji i reklamiranju prehrambenih proizvoda.*

Zakonom je stvorena osnova za donošenje niza podzakonskih akata, kojima će se postići visok nivo usaglašenosti propisa iz oblasti bezbjednosti hrane i hrane za životinje

Radi kontinuiranog praćenja i procjene bezbjednosti hrane i hrane za životinje u cilju unaprjeđivanja nivoa zaštite života i zdravlja ljudi i životinja, davanja predloga za odlučivanje o stručnim pitanjima i pružanja naučne i stručne pomoći u donošenju odluka i pripremi propisa iz oblasti bezbjednosti hrane i hrane za životinje Zakon o bezbjednosti hrane je predvidio osnivanje Savjeta za hranu kojeg osniva Vlada Crne Gore.

Nacionalni savjet za procjenu bezbjednosti hrane je osnovan oktobra 2009. godine. Osnivanje Savjeta direktno je u funkciji implementacije Zakona o bezbjednosti hrane, budući da se njegovim osnivanjem vrši predviđena dogradnja sistema, odnosno institucionalno zaokruživanje u oblasti bezbjednosti hrane. Savjet, između ostalog, vrši procjenu rizika.

8.5. Zakoni relevantni za bezbjednost hrane

Osim Zakona o bezbjednosti hrane, sledeći propisi su relevantni za oblast bezbjednosti hrane:

Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti (Sl. list RCG br. 32/05), utvrđuje zarazne bolesti koje ugrožavaju zdravlje stanovništva, infekcije koje nastaju kao posljedica obavljanja zdravstvene djelatnosti, određuje mjere za njihovo sprječavanje i suzbijanje i jasno definiše način njihovog sprovođenja, nadležne subjekte za njihovo sprovođenje, način obezbjeđivanja sredstava za njihovu realizaciju i vršenje nadzora nad izvršavanjem ovog zakona.

Zakon je djelimično usaglašen sa propisima Evropske unije, prvenstveno sa Direktivom 31998D2119 Parlamenta i Savjeta Evrope i odlukama proizašlim iz kasnije donijetih propisa u ovoj oblasti. Ova usklađivanja, nužna su u procesu brže integracije i harmonizacije zakonodavnih sistema, prije svega, u oblasti slobodnog kretanja robe i lica.

Ostali zakoni koji se primjenjuju u oblasti bezbjednosti hrane su:

- Zakon o zaštiti potrošača (Sl. list RCG br. 26/07)
- Zakon o veterinarstvu (Sl. list RCG br. 11/ 2004 i 27/07)
- Zakon o identifikaciji i registraciji životinja (Sl. list CG, 48/07)
- Zakon o sredstvima za zaštitu bilja („Sl. list CG“, br. 51/08)
- Zakono o genetički modificovanim organizmima („Sl. list CG“, br. 22/2008).
- Zakon o inspekcijskom nadzoru (Sl. list RCG br. 39/03)
- Zakon o tehničkim zahtjevima zaproizvode i ocjenjivanju usaglašenosti proizvoda propisanim zahtjevima (Sl. list CG 14/08)
- Zakon o vodama (Sl. List RCG, br. 27/07)
- Zakon o upravljanju otpadom (Sl. List CG, 80/05)
- Zakon o životnoj sredini je Vlada usvojila u julu 2008.
- Nacionalna politika za zaštitu životne sredine-2008 za Crnu Goru,.
- Zakon o integrisanom sprečavanju i kontroli zagađivanja životne sredine (Sl. list 80/05, 54/09).

8.6. Upravljanje sistemom bezbjednosti hrane

Poslove državne uprave u oblasti bezbjednosti hrane i hrane za životinje vrše:

- Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede
- Ministarstvo zdravlja
- Organ uprave nadležan za poslove veterinarstva;
- Organ uprave nadležan za fitosanitarne poslove.

Nadzor nad bolestima koje se prenose putem hrane i epidemiološka istraživanja vrši Institut za javno zdravlje i nadležne higijensko-epidemiološke službe u Domovima zdravlja.

Prema Zakonu o bezbjednosti hrane nadzor nad bezbjednošću hrane sprovodi Sanitarna, Veterinarska i Fitosanitarna inspekcija

8.7. Laboratorijske službe

Ispitivanje uzoraka hrane u Crnoj Gori vrše ovlašćene laboratorije: Institut za javno zdravlje Crne Gore, Specijalna veterinarska laboratorija, laboratorija u sklopu Doma zdravlja u Baru, Fitosanitarna laboratorija i druge laboratorije koje rade u sklopu Biotehničkog fakulteta, kao i Centar za ekotoksikološka ispitivanja Crne Gore.

8.8. Analiza rizika (procjena /upravljanje/komunikacija rizika)

8.8.1. Procjena rizika

Prema Zakonu o bezbjednosti hrane, procjenu rizika vrši *Nacionalni savjet za procjenu bezbjednosti hrane, koji osnovan u oktobru 2009 god.*

Ne postoji sistematska, naučno zasnovana procjena rizika (prema Codex alimentarius; Principima i smjernicama o sprovođenju procjene mikrobiološkog rizika, CAC/GL-30, 1999) za glavne probleme bezbjednosti hrane.

Crna Gora je uspostavila saradnju sa EFSA-om i uzima u obzir njihove preporuke i procjene rizika.

8.8.2. Upravljanje rizikom

Zakonom o bezbjednosti hrane propisana je podjela nadležnosti, tako da upravljanje rizikom vrše: Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede, odnosno Veterinarska i Fitosanitarna uprava, sprovođenjem nadzora, kontrole i preduzimanjem preventivnih mjera.

Potrebno je dalje raditi na pripremi konkretnih pisanih smjernica/uputstava za lica zadužena za upravljanje rizikom.

8.8.3. Komunikacija rizika

U Crnoj Gori još uvijek nijesu uspostavljeni mehanizmi za unapređenje razmjene informacija o bezbjednosti hrane i poboljšanje saradnje između organa uprave iz ove oblasti na nacionalnom i međunarodnom nivou.

8.8.4. Upravljanje kriznim situacijama u bezbjednosti hrane

Ne postoje procedure/nacionalni planovi za nepredviđene situacija u pogledu kriznih situacija u bezbjednosti hrane/masovnijeg izbijanja bolesti koje se prenose hranom, niti dokumenata u vezi sa tim (npr. smjernice, upitnici).

Zakonom o bezbjednosti hrane (član 71) utvrđeno je donošenje Plana za upravljanje kriznim situacijama u oblasti bezbjednosti hrane i hrane za životinje 2010. godine, za upravljanje kriznim situacijama, kada postoje direktni ili indirektni rizici po zdravlje ljudi, zdravlje životinja ili životnu sredinu čiji su uzročnici hrana i hrana za životinje i čije nastupanje nije moguće predvidjeti, spriječiti, ukloniti ili smanjiti do prihvatljivog nivoa.

Ovim planom bi se precizno utvrdilo sljedeće: krizne situacije, procedure primjene generalnog plana, uspostavljanje mreže kriznih koordinatora, praktične procedure za upravljanje kriznim situacijama, uloge kriznih jedinica, praktično funkcionisanje kriznih jedinica, veza između kriznih jedinica i jedinica za donošenje odluka, rješavanje kriza, komunikaciona strategija i princip transparentnosti.

9. Kontrola bezbjednosti hrane

Kontrola bezbjednosti hrane u Crnoj Gori vrši se putem inspekcijske kontrole i propisanih monitoringa, čija su ovlašćenja definisana u Zakonu o inspekcijskoj kontroli, i u skladu sa posebnim ovlašćenjima propisanim u Zakonu o bezbjednosti hrane. Hrana koja se uvozi u Crnu Goru u cilju stavljanja u promet mora da ispunjava odredbe Zakona o bezbjednosti hrane.

9.1. *Monitoring kontaminacije hrane i vode*

9.1.1. Strategija uzorkovanja

Nadležni organi vrše uzorkovanje za službene kontrole i programe monitoringa. Subjekti u poslovanju sa hranom vrše sopstvene provjere u kontekstu verifikacije HACCP.

Godišnji planovi uzorkovanja obično se zasnivaju na empirijskoj procjeni bez pisanih uputstava o pristupu zasnovanom na riziku.

Ne postoji nacionalna baza podataka o objektima koji posluju sa hranom kategorizovanih prema riziku niti dokumentovane politike o učestalosti/intenzitetu inspekcije hrane prema procijenjenom profilu rizika.

Nema dokumentovanih politika i procedura za inspekciju zasnovanu na riziku hrane iz domaće proizvodnje, uvoza i izvoza.

9.1.2. Mikrobiološka i hemijska analiza hrane

Analize se vrše u skladu sa zakonom i propisima koji pokrivaju pitanja: mikrobioloških kriterijuma za bezbjednost hrane, maksimalne nivoe rezidua pesticida, metala i nemetala i drugih zagađujućih materija, ostataka hemioterapeutika, anabolika i drugih zagađujućih materija koje se mogu naći u hrani, ostataka mikotoksina, odredbe o kvalitetu vode za piće, odredbe o bezbjednosti proizvoda za ishranu, odredbe o namirnicama izloženim zračenju, odredbe za proizvode za potrošnju uključujući bezbjednost materijala u kontaktu sa hranom i ostataka veterinarskih lijekova.

Do izrade i usvajanja novih propisa zasnovanih na Zakonu o bezbjednosti hrane, primjenjuju se propisi zasnovani na Zakonu o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i predmeta opšte upotrebe (Sl. list SRJ 53/91) i Zakonu o zdravstvenoj kontroli namirnica i predmeta opšte upotrebe (Sl. List RCG, 26/73).

U planu je se izrada nedostajućih i usklađivanje nacionalnih propisa iz ove oblasti sa EU legislativom.

Laboratorijske analize hrane rade se po nalogu inspekcijskih organa, kada inspektori kao ovlašćena lica, vrše uzimanje uzoraka, po zahtjevu fizičkih ili pravnih subjekata, i po ugovorima o kontroli rada,

kada uzimanje uzoraka vrše stručne ekipe ovlaštenih ustanova, a takođe i prema higijensko-epidemiološkim indikacijama i programima monitoringa.

Prema publikovanim podacima neispravnost uzoraka iz domaće proizvodnje je češća nego uzoraka iz uvoza, što se vidi iz sledeće tabele.

Tabela 11. Rezultati fizičko-hemijske analize namirnica, broj i procenat neispravnih za period 2002-2007

Godina	Broj uzoraka	Uvoz	Industrijska proizvodnja	Promet	Zanatska proizvodnja	Ukupno uzoraka
2002	Broj uzoraka	5806	249	227	102	6384
	neispravno	0.31%	6.43%	3.08%	0	0.64%
2003	Broj uzoraka	4245	443	101	69	4858
	neispravno	0.94%	0.45%	5.94%	1.45%	1.01%
2004	Broj uzoraka	4278	623	377	370	5648
	neispravno	0.96%	1.61%	9.02%	5.14%	1.84%
2005	Broj uzoraka	4356	451	240	318	5365
	neispravno	1.91%	8.43%	6.67%	7.86%	13.02%
2006	Broj uzoraka	2688	717	140	253	3768
	neispravno	1.97%	9.34%	5.00%	4.35%	3.63%
2007	Broj uzoraka	2509	676	61	216	3462
	neispravno	2.39%	7.25%	8.20%	11.11%	3.99%

Izvor: Institut za javno zdravlje CG

Najčešći uzrok neispravnosti je zbog izmjenjenih organoleptičkih svojstava ili zbog sastava koji nije bio u skladu sa propisanim ili deklarisanim kvalitetom.

Mikrobiološka analiza hrane u Crnoj Gori sprovodi se sa ciljem utvrđivanja prisutnosti mikroorganizama koji mogu ugroziti zdravlje ljudi.

Pravilnikom o mikrobiološkoj ispravnosti namirnica u prometu, propisane su obavezne mikrobiološke analize namirnica („Sl. List SRJ“, br. 26, 1993):

- Određivanje ukupnog broja bakterija u 1 ml ili 1 g,
- Izolovanje i identifikaciju vrsta roda *Salmonella*,
- Izolovanje i identifikaciju koagulaza pozitivnih stafilokoka,
- Izolovanje i identifikaciju vrsta roda *Proteus*,
- Izolovanje i identifikaciju *E. coli*,
- Izolovanje i identifikaciju sulforedukujućih bakterija.

Istim Pravilnikom namirnice su svrstane u grupe kojima su određene kvantitativne granice za pojedine mikroorganizme. Ako se mikrobiološkim ispitivanjem utvrdi da namirnice u pogledu mikrobiološke ispravnosti ne odgovaraju uslovima propisanim ovim Pravilnikom, te namirnice se smatraju mikrobiološki neispravnim.

Publikovani podaci ukazuju da su najčešće neispravni uzorci iz prometa i iz zanatske proizvodnje, što se vidi iz tabele 12, a najređe je neispravnost konstatovana kod uzoraka iz uvezene hrane.

Tabela 12. Rezultati mikrobioloških testiranja namirnica, broj i procenat neispravnih u periodu 2002-2007

Godina	Broj uzoraka	Uvoz	Industrijska proizvodnja	Promet	Zanatska proizvodnja	Ukupno
2002.	Broj uzoraka	3419	418	677	82	4596
	Neispravno	0,41%	5,74%	32,35%	15,85%	5,87%
2003.	Broj uzoraka	2555	587	445	143	3730
	Neispravno	0,16%	6,47%	25,39%	27,97%	5,23%
2004.	Broj uzoraka	1946	1949	2123	1063	7081
	Neispravno	0,62%	3,28%	20,82%	19,57%	10,25%
2005.	Broj uzoraka	2091	1668	2884	573	7216
	Neispravno	0,86 %	4,14 %	18,83 %	14,31%	9,87%
2006.	Broj uzoraka	1478	1142	3385	1756	7761
	Neispravno	0,61%	4,20%	17,13%	17,99%	12,28%
2007	Broj uzoraka	1547	933	868	341	3689
	Neispravno	0.65%	7.18%	29.26%	12.61%	10.14%

Izvor: Institut za javno zdravlje CG

Prema rezultatima mikrobioloških ispitivanja koje godišnje publikuje IJZ dominantni uzrok mikrobiološke neispravnosti je povećan broj svih živih klica, zatim prisustvo indikatora fekalnog zagađenja, a u mnogo manjem procentu je registrovano prisustvo koagulaza pozitivnog stafilokoka i Salmonella vrsta. Najčešće su mikrobiološki neispravni uzorci proizvoda od mesa i mlijeka, svježeg mesa i kolača. Mikrobiološka neispravnost namirnica često je vezana za sekundarnu kontaminaciju koja je posljedica nepravilnog čuvanja, transporta i distribucije, odnosno rezultat je nepoštovanja osnovnih postulata dobre higijenske prakse.

9.1.3. Ispitivanja u okviru programa monitoringa na *Listeria monocitogenes*

Mikrobiološko ispitivanje tj. Program monitoringa na zoonozu uzrokovanu bakterijom *Listeria monocytogenes* sproveden je prvi put u Crnoj Gori 2008. godine u skladu sa Operativnim programom zdravstvene zaštite životinja koji je donijelo Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede.

Uzorkovane su namirnice životinjskog porijekla: mesni proizvodi iz proizvodnih pogona i iz prometa kao i mlječni proizvodi – sirevi koji se proizvode od nekuvanog mlijeka i kajmak iz prometa. Uzorkovanje, izbor objekata, vrste i broja uzoraka, vršeno je po nalogu glavnog veterinarskog inspektora metodom “slučajnog uzorkovanja” od strane veterinarske inspekcije.

U Specijalističkoj veterinarskoj laboratoriji ispitano je 261 uzorak i to:

➔ 68 uzoraka mlječnih proizvoda i

➔ 193 uzorka mesnih proizvoda

Izolovanje i identifikacija *L. monocytogenes* iz uzoraka hrane rađena je po metodi ISO 11290-1. Od ispitana 193 uzorka iz grupe mesnih proizvoda, *L. monocytogenes* je izolovana u 4 uzorka što ukupno predstavlja 2,07 %, a po vrstama proizvoda:

- Narezani suvi proizvodi u vakum pakovanju – 0,52 %
- Suve kobasice - „Njeguška kobasica“ – 1,03 %
- Fermentisane kobasice – 0,52 %

Dobijeni rezultati mogu biti korisni u usmjeravanju daljeg intenziteta ispitivanja i dati konture sljedećeg programa u pogledu obima i načina kontrole. (Izvor: SVL)

W3W

9.1.4. Ispitivanja u okviru programa monitoringa na salmonelozi

Mikrobiološko ispitivanje tj. program monitoringa na zoonozu uzrokovanu bakterijom *Salmonella spp.* sproveden je prvi put u Crnoj Gori 2008. godine u skladu sa Operativnim programom zdravstvene zaštite životinja Ministarstva poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede. Uzorkovano je 235 uzoraka konzumnih jaja sa farmi koka nosilja. Uzorkovanje, izbor objekata i broja uzoraka vršeno je po nalogu glavnog veterinarskog inspektora metodom “slučajnog uzorkovanja” od strane veterinarske inspekcije. Mikrobiološko ispitivanje rađeno je shodno Pravilniku o mikrobiološkoj ispravnosti namirnica u prometu, kojim je propisano odsustvo u 50 g uzorka. Izolacija i identifikacija uzročnika *Salmonella spp.* vršena je metodom predviđenom Pravilnikom o metodama vršenja analiza i superanaliza životnih namirnica. Mikrobiološkim ispitivanjem 235 uzoraka konzumnih jaja utvrđeno je prisustvo *Salmonella spp.* u 2 uzorka, a naknadnom serotipizacijom utvrđeno je da se radi o *Salmonella enteritidis*. (Izvor: SVL)

9.1.5. Bezbjednost vode

Kvalitet vode za piće u javnom sistemu vodosnabdijevanja prate laboratorije Instituta za javno zdravlje Crne Gore, koji prati standarde za vodu za piće SZO i EU. Hlor se testira metodom ortotolidina, koja se više ne preporučuje, pošto neke hemikalije (nitratne i manganske) mogu uzrokovati netačne pozitivne rezultate. Takođe, metod ortotolidina ne omogućava uvijek mjerenje

slobodnog hlora već samo ukupnog. Prednost se daje korišćenju metoda D. P. D. (Diethyl – P-Phénylène – Diamine).

U 2007. godini ispitan je 8. 926 uzorak vode za piće sa gotovo svih gradskih vodovoda u Crnoj Gori, a od tog broja 1740 (19,5%) uzoraka nije ispunjavalo propisane norme higijenske ispravnosti, bilo da se radi o mikrobiološkoj neispravnosti ili ispitivani uzorak nije na osnovu fizičko hemijskih parametara odgovarao uslovima propisanim Pravilnikom o higijenskoj ispravnosti vode za piće.

Od ukupnog broja neispravnih uzoraka propisanim normama mikrobiološke ispravnosti nije odgovaralo 1018 ispitanih uzoraka (58,5%), a na osnovu fizičko- hemijskih ispitivanja, prvenstveno zbog neadekvatne hlorinacije, 722 uzorka (41,5%).

Tabela 13. Rezultati uzorkovanja pijaće vode po opštinama

Opština	Fizičko-hemijska analiza			Mikrobiološka analiza			Ukupno
	Br analiza.	Od toga ne odgovara	%	Br. Analiza.	Od toga ne odgovara	%	
Andrijevica	35	14	40.00	34	1	2.94	69
Berane	108	6	5.56	108	5	4.63	216
Bijelo Polje	72	15	20.83	72	9	12.50	144
Danilovgrad	193	25	12.95	198	7	3.54	391
Kolašin	47	19	40.43	101	7	6.93	148
Mojkovac	98	19	19.39	98	2	2.04	196
Nikšić	199	28	14.07	205	23	11.22	404
Podgorica	927	51	5.50	1278	256	20.03	2205
Plužine	53	19	35.85	53	21	39.62	106
Plav i Gusinje	52	25	48.08	54	3	5.56	106
Rožaje	40	5	12.50	41	4	9.76	81
Herceg Novi	231	62	26.84	230	37	16.09	461
Pljevlja	7	1	14.29	329	1	0.30	336
Cetinje	366	11	3.01	393	70	17.81	759
Bar, Budva, Kotor, Tivat, Ulcinj	1529	420	27.47	1755	570	32.48	3284
Šavnik	5	2	40.00	15	2	13.33	20
UKUPNO	2428	722	29.74	4964	1018	20.51	8926

Izvor: IJZ, Statistički godišnjak 2007

10. Bolesti koje se prenose hranom u Crnoj Gori

Izveštavanje o zaraznim bolestima (uključujući bolesti koje se prenose hranom) u Crnoj Gori bazira se na obaveznom izveštavanju o 75 zaraznih bolesti, prema Zakonu o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti (Sl. list RCG 32/2005).

Ljekar koji je ostvario prvi kontakt ima obavezu da obavijesti o klinički/laboratorisjki potvrđenom slučaju bolesti koja se prenosi hranom koristeći standardizovani obrazac.

O bolestima koje se prenose hranom izvještava se kao o pojedinačnim slučajevima ili kao masovnijem izbijanju bolesti.

10.1. Podaci o bolestima koje se prenose hranom

Godišnji izvještaj o zaraznim bolestima (uključujući bolesti prenosive hranom) priprema i publikuje Institut za javno zdravlje.

Podaci iz tog izvještaja ukazuju na porast broja osoba oboljelih od zaraznih bolesti uzrokovanih neispravnom hranom u Crnoj Gori. Tako bolesti prenosive hranom predstavljaju znatan problem po javno zdravlje, s obzirom na broj pogođeni osoba, socioekonomske, ekonomske i kulturne posljedice za populaciju i cijelu zemlju.

Posmatrano po grupama zaraznih bolesti, prema podacima medicinske statistike, broj prijavljenih slučajeva crijevnih bolesti nalazi se na drugom mjestu, poslije respiratornih zaraznih bolesti i čini 21, % od svih prijavljenih slučajeva u toku 2007. god.

U 2008 god. , broj prijavljenih slučajeva crijevnih bolesti nalazi se takođe na drugom mjestu, poslije respiratornih zaraznih bolesti i čini 45,13% od svih prijavljenih slučajeva.

Tabela 14. Broj registrovanih slučajeva crijevnih zaraznih bolesti i zoonoza 2004-2008.

Oboljenje	Godina									
	2004		2005		2006		2007		2008	
	Br. oboljenja	%	Br. oboljenja	%	Br. oboljenja	%	Br. oboljenja	%	Br. oboljenja	%
Crijeвне infektivne bolesti	2016	17.93	1780	21.78	2387	24.18	1776	21.10	6490	45.13
Antropozoonotske infektivne bolesti	21	0.19	12	0.15	13	0.13	18	0.21	29	0.20

Izvor: IJZ

Tabela 15. Broj registrovanih slučajeva crijevnih zaraznih bolesti po oboljenjima i stope morbiditeta na 100000 u Crnoj Gori od 1999-2008.

Oboljenje	Broj oboljenja i stopa morbiditeta na 100000 stanovnika	Godina									
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Enterocolitis acuta	No of cases	2420	1832	2323	1555	1184	1074	1014	1768	1058	5544
	Mb/100000	378.1	278.3	327.6	219.6	183.3	166.2	163.4	274.9	163.6	857.2

Oboljenje	Broj oboljenja i stopa morbiditeta na 100000 stanovnika	Godina									
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Shigellosis	No of cases	54	48	23	17	28	13	12	20	42	56
	Mb/100000	8.43	7.28	3.24	2.40	4.20	2.00	1.9	3.15	6.5	8.65
Salmonellosis	No of cases	201	357	166	206	321	484	367	236	310	198
	Mb/100000	32.3	54.2	23.4	28.8	45.5	74.9	59.1	36.7	47.9	30.61
Botulismus	No of cases				4	4		4	0	0	
	Mb/100000				0.56	0.56					
Druga intoksikacija putem hrane ((S.aureus, Bacillus, Cl. perfringens?))	No of cases	324	458	479	223	229	283	206	219	218	426
	Mb/100000	50.60	69.50	67.5	34.5	35.4	43.8	33.1	34.1	33.7	65.86

Izvor: IJZ, 2008

Na osnovu prijavljivanja pojedinačnih slučajeva bolesti prenosivih hranom uočava se da je velika zastupljenost akutnih enterokolitisa – dijagnoze koju ljekari postavljaju na osnovu kliničke slike, bez laboratorijske identifikacije. Ta dijagnoza podrazumijeva veliki broj entiteta, a činjenica da se većina bolesti prenosivih hranom registruje na ovaj način upućuje na nedovoljne/nepotpune dijagnostičke kapacitete. Ove bolesti se naročito često registruju u ljetnjim mjesecima, u periodu veoma visokih temperatura, kada je pojavljivanje ovih oboljenja učestalo. Relativno visoka zastupljenost intoksikacija putem hrane, kao i salmoneloza, upućuje nas na uslove proizvodnje hrane kao i na uslove rukovanja i čuvanja hrane, odnosno na higijenske i druge okolnosti, koje doprinose pojavi ovih oboljenja.

Značajna zastupljenost oboljevanja uzrokovanih konzumiranjem lako kvarljivih namirnica (kremovi, majonezi, sezonske salate i sl.), upućuje na nezadovoljavajuće uslove pod kojima se hrana priprema i čuva.

Broj registrovanih slučajeva crijevnih zaraznih bolesti varira kroz godine.

Najveći broj uskoro svim grupama oboljenja zabeležen je u 2008. god, zbog pojave pretpostavljenog zagađenja vode za piće norovirusom u Podgorici.

Tabela 16. Antropozoonose u Crnoj Gori -1999. -2008.

Broj oboljelih i stope morbiditeta na 10000	Godina									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Broj oboljelih	120	66	5	69	37	21	12	13	18	29
Mb/100000	18.7	10.0	0.8	10.7	5.7	3.2	1.9	2.0	2.8	4.5

Izvor: IPH Centre for disease control and prevention

Period 1999. -2008. pokazuje padajući broj oboljelih od antropozoonoza, uglavnom zbog smanjenog broja registrovanih slučajeva trihineloze. Najveći broj registrovan je 1999. a najmanji 2008.

Tabela 17. Broj registrovanih slučajeva antropozoonoza po oboljenjima i stope morbiditeta na 100000 u Crnoj Gori od 1999-2008. godine

Oboljenje	Broj oboljenja i stopa morbiditeta na 100000 stanovnika	Godina									
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Brucellosis	Broj oboljelih	1						1	2	2	3
	Mb/100000	0.1						0.1	0.3	0.3	0.4
Leptospiroses	Broj oboljelih							1	1	0	
	Mb/100000							0.1	0.2		
Echinococcosis	Broj oboljelih	6	3	3	3	2	1	3	3	2	
	Mb/100000	0.9	0.4	0.4	0.4	0.3	0.1	0.4	0.5	0.3	
Trichinellosis	Broj oboljelih	108	51		37	23	9	1	1	1	6
	Mb/100000	16.8	7.7		5.2	3.3	1.5	0.1	0.2	0.2	0.9
Toxplasmosis	Broj oboljelih		2					1	2	2	2
	Mb/100000		0.3					0.1	0.3	0.3	0.3
Brucellosis	Broj oboljelih	1						1	2	2	3
	Mb/100000	0.1						0.1	0.3	0.3	0.4

Izvor: IJZ

U 2008, registrovano je 11 slučajeva zoonoza: 6 slučajeva trihineloze, 2slučaja toksoplazmoze i 3 slučajeva bruceloze.

Registrovani slučajevi botulizma (ranijih godina) i trihineloze ukazuju na stalno prisutne slučajeve konzumiranja neadekvatno pripremljene i nedovoljno kontrolisane hrane ili hrane pripremljene/čuvane u nehigijenskim uslovima.

Campylobacteriosis nije obuhvaćena izvještajima, pošto se za nju ne radi analiza i nije regulisana postojećim zakonima/odlukama. Međutim, novi Pravilnik predviđa njeno uključivanje, a to je uvršteno i kao preporuka za poboljšanje sistema nadzora u Planu aktivnosti MNE FSN.

U EU se obično primjenjuju programi za kontrolu salmonele kod životinja koje proizvode hranu. U kom stepenu to ima Crna Gora?

10.2. Masovnije izbijanje hranom prenosivih bolesti u Crnoj Gori

Centar za epidemiologiju Instituta za javno zdravlje Crne gore jasno ističe postojanje nedostataka u izvještavanju o zaraznim bolestima (Pretpostavljam da je to generalno, ne samo za masovnije izbijanje (već i za sporadične slučajeve)). Godinama je ovaj centar naglašavao ovaj problem, ukazujući na “djelimično poboljšanje u sistemu za izvještavanje o izbijanju bolesti u odnosu na ranije godine, mada većina opština nije zvanično potvrdila pojavu izbijanja određenih zaraznih bolesti”. Takođe, usljed kašnjenja u slanju izvještaja o zaraznim bolestima Centru za kontrolu i sprečavanje bolesti Instituta za javno zdravlje (ponekad više od nekoliko mjeseci), uobičajena praksa Centra postala je naknadna procjena pojave izbijanja zaraznih bolesti u određenim opštinama.

Stoga bi podatke o izbijanju bolesti trebalo uzeti sa rezervom.

Tabela 18. Broj i tipovi epidemija 2004. -2008.

Godina	Tip epidemije	Br. epidemija	Broj oboljelih
2004	Alimentarni	19	237
	Hidrični	1	17
	Mješoviti	1	38
2005	Alimentarni	10	107
	Hidrični	-	-
	Mješoviti	1	7
2006	Alimentarni	4	
	Hidrični	-	-
2007	Alimentarni	8	188
	Hidrični	-	
2008	Alimentarni	7	56
	Hidrični	-	-
	Mješoviti	1	1699
	Neutvrđen	2	93

Izvor: IJZ

Tabela 19. Alimentarne epidemije u Crnoj Gori, 2008

Oboljenje	Mjesto i kolektiv	Broj boljeli h	Uzročnik	Put prenošenja
Salmonellosis	Podgorica porodica	4	<i>Salmonella enteritidis</i>	Alimentarni
Enterocolitis acuta	Podgorica proslava	19	Nepoznat	Alimentarni
Salmonellosis	Cetinje porodica	3	<i>Salmonella enteritidis</i>	Alimentarni
Gastroenterocolitis acuta	Tivat Stanovnici	88	Nepoznat	Neutvrđen
Gastroenterocolitis acuta	Buljarica gosti Hotela	12	Nepoznat	Alimentarni
Enterocolitis haemorrhagica	Selo Župa stanovnici	5	<i>Escherichia coli</i> E0157	Neutvrđen
Gastroenterocolitis acuta	Podgorica stanovnici	1699	Rota virus Noro virus	Mješoviti
Salmonellosis	Herceg Novi Osoblje vojne bolnice	10	<i>Salmonella enteritidis</i>	Alimentarni
Trichinellosis	Mojkovac porodica	5	<i>Trichinella spiralis</i>	Alimentarni
Intoxicatio alimentaris	Podgorica porodica	3	Nepoznat	Alimentarni

Izvor: IPH Centre for disease control and prevention

U toku 2008. u Crnoj Gori je registrovano 10 masovnijih izbijanja bolesti prenosivih hranom, sa 1848 pogođenih osoba.

Za izbijanje Gastroenterocolitis acuta izazvane Rota i Noro virusima u Podgorica, što je pogodilo 1699 osoba proglašena je transmisija mješovitog tipa.

Dostupni podaci (prijavljeni slučajevi) predstavljaju samo "vrh ledenog brijega", zbog nedostataka u sistemu izvještavanja. Tako se procjenjuje da se bolesti prenosive hranom javljaju mnogo češće. (Ovo važi i za masovnije izbijanje bolesti i za sporadične slučajeve.)

Stoga nadzor bolesti prenosivih hranom u Crnoj Gori treba unaprijediti, zasnovano na naučnoj procjeni rizika i preporukama SZO.

Stanje u vezi pomenutih problema u izvještavanju o bolestima prenosivim hranom trebalo bi poboljšati edukacijom /obukom zdravstvenih radnika i inspektora, unapređenjem kontrole izvještavanja o zaraznim bolestima (sanitarni inspektori), izradom pisane procedure - smjernica za izvještavanje. Takođe, postoji i potreba za izgradnjom kapaciteta i unapređenjem laboratorijskog sistema. Očigledno, posebno je primijeniti više metoda, kao što je testiranje na *Campylobacter* spp i otpornost na antimikrobna sredstva.

Od značaja je razviti integrisani sistem brzog obavješćavanja između sektora javnog zdravlja, veterinarskog i prehrambenog sektora, čime se obezbjeđuje adekvatna i efikasna razmjena informacija.

11. Program praćenja i monitoringa zdravlja životinja

Program praćenja i monitoringa zdravlja životinja vrši se u skladu sa Operativnim programom zdravstvene zaštite životinja, koji za svaku kalendarsku godinu donosi Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede, a sprovodi Veterinarska uprava.

Ovim programom utvrđuju se mjere, obuhvat, laboratorijska dijagnostika, vrijeme izvođenja, vršioци (veterinarska ambulanta, laboratorije) i način kontrole u cilju suzbijanja i iskorjenjivanja određenih bolesti na teritoriji Crne Gore.

Sprovode se sljedeći programi monitoringa zoonoza i opasnosti: Tuberkuloza goveda; Enzootska leukoza goveda (Komentar: nije zoonoza); Bruceloza goveda, ovaca i koza; Monitoring rezidua; Monitoring zoonoza- Salmoneloza; Monitoring zoonoza- Listerija;

11.1. Bruceloza

Mjere kontrole bruceloze kod životinja propisane su Zakonom o veterinarstvu i podzakonskim aktima. Bruceloza (goveda, ovaca, koza i svinja) je bolest koja je svrstana u grupu opasnih bolesti i podliježe obavezi prijavljivanja u skladu sa Pravilnikom o klasifikaciji bolesti životinja, načinu prijavljivanja i obavješćavanja o zaraznim bolestima životinja („Službeni list Crne Gore“ broj 5/08).

Monitoring bruceloze obuhvata praćenje zdravlja životinja – kliničkih znakova na osnovu kojih se može posumnjati na brucelozu (abortus, zaostajanje posteljice, orhitis i epididimitis, artritis koji se mogu dovesti u vezu sa ostalim klinički znacima ili druge promjene na osnovu kojih se može posumnjati na brucelozu), dijagnostičko ispitivanje kao i veterinarsko sanitarni pregled životinja pre klanja i proizvoda životinjskog porijekla u skladu sa Pravilnikom o načinu vršenja veterinarsko-sanitarnog pregleda i kontrole životinja pre klanja i proizvoda životinjskog porijekla ("Sl. list SFRJ", br. 68/89 i 10/2003). Zakonom o veterinarstvu propisana je obaveza obavješćavanja nadležne zdravstvenu ustanovu o sumnji ili postojanju zoonoze.

11.1.1. Bruceloza goveda, ovaca i koza

Mjere kontrole bruceloze goveda propisane su Pravilnikom o mjerama za utvrđivanje, suzbijanje i iskorjenjivanje bruceloze goveda, mjere kontrole kod ostalih životinja Pravilnikom o mjerama za suzbijanje i iskorjenjivanje bruceloze kod goveda, ovaca, koza i svinja («Službeni list SFRJ» br. 34/89), osim u dijelu koji se odnosi na goveda.

Pri suzbijanju i iskorjenjivanju bruceloze goveda zabranjena je primjena bilo kojeg terapijskog tretmana bruceloze, kao i vakcinacija goveda protiv bruceloze. Izuzetno, na osnovu procjene

epizootiološke situacije, u skladu sa OIE i drugim međunarodnim standardima i preporukama, nadležni organ može odobriti vakcinaciju koja bi se vršila pod nadzorom nadležnog organa i suspendovala što je moguće prije.

U cilju blagovremenog utvrđivanja, suzbijanja i iskorjenjivanja bruceloze goveda sprovodi se zvanično dijagnostičko ispitivanje (monitoring) u svim stadima goveda na teritoriji Crne Gore u skladu sa Operativnim programom o zdravstvenoj zaštiti životinja.

Dijagnostičkom ispitivanju krvnih seruma podliježu sva goveda starija od 12 mjeseci, osim mužjaka namijenjenih za tov i ovce i koze starije od šest mjeseci. Operativnim programom za 2009 godinu predviđeno je ispitivanje 75. 000 goveda (100% populacije starije od 12 mjeseci) i ispitivanje 48.800 ovaca i koza (nije puni obuhvat, još uvijek). Takođe, obavezno je dijagnostičko ispitivanje goveda, ovaca i koza: kod pobačaja - po isteku 15 dana od pobačaja, ako se kod životinja utvrde klinički znaci bruceloze, ako su životinje bile u kontaktu sa ljudima ili životinjama za koje se sumnja da su zaražene ili su oboljele od bruceloze.

Životinje kod kojih se utvrdi bruceloza odmah se izdvajaju i neškodljivo uklanjaju u najkraćem roku.

Sredstva za sprovođenje Operativnog programa (uključujući i naknadu vlasnicima životinja za štetu nastalu pri suzbijanju i iskorijenjivanju bruceloze, u skladu sa zakonom) obezbjeđuju su u budžetu Crne Gore.

Na teritoriji Crne Gore pojava bruceloza goveda prvi put je dijagnostikovana 2005. godine – samo u jednom slučaju i drugi slučaj 2006. godine, znači ukupno kod 2 krave gdje su sprovedene sve mjere u skladu sa propisima.

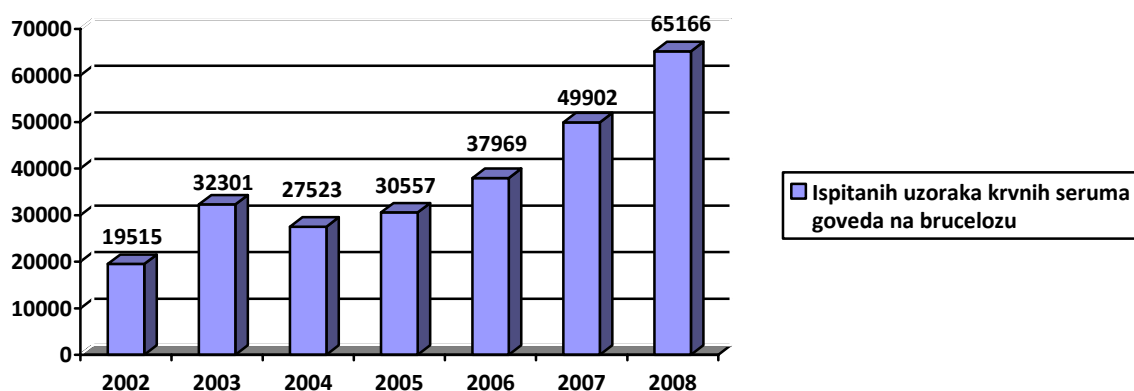
Bruceloze ovaca i koza nikad nije utvrđena na teritoriji Crne Gore.

Na osnovu ovoga može se zaključiti da je epizootiološka situacija u Crnoj Gori, kada je u pitanju bruceloza, veoma dobra, posebno ako se uzme u obzir stalno prisustvo ove bolesti i zemljama u okruženju i prisustni transport, promet i/ili nelegalni promet životinja i hrane životinjskog porijekla sa tim istim zemljama.

11.1.1.1. Bruceloza goveda

Ispitivanje bruceloze kod goveda vršeno je serološkom metodom brze serumske aglutinacije, a sumnjivi uzorci su, radi isključivanja sumnje ili potvrde dijagnoze, dodatno ispitivani serološkom metodom ELISA test i cELISA test .

Ni u jednom dostavljenom i ispitanom uzorku nije utvrđeno prisustvo specifičnih antitijela protiv *Brucellae spp.*

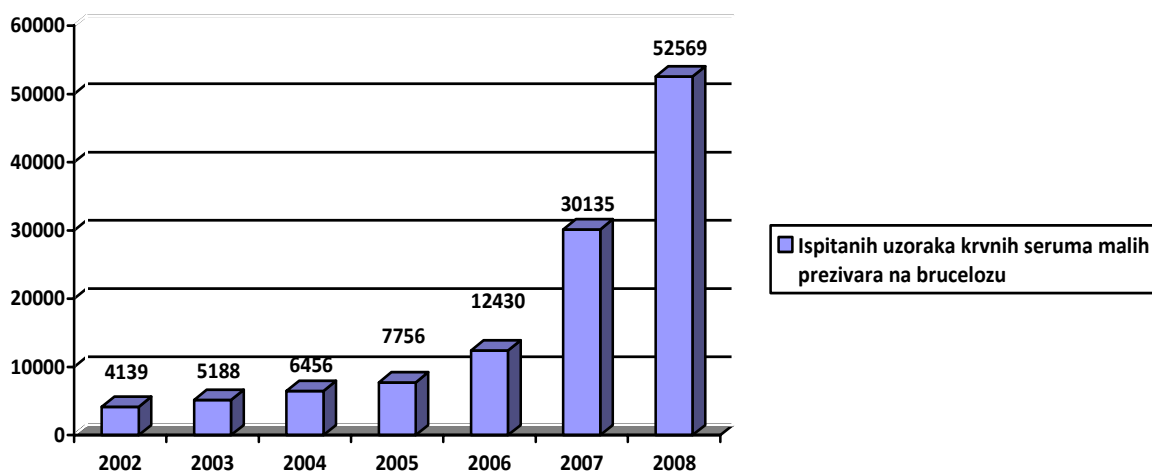
Grafik 24. Broj ispitivanih uzoraka krvnih seruma goveda na brucelozu 2002-2008

Izvor: SLV: SLV, Godišnji izvještaj 2008.

11.1.1.2. Bruceloza malih preživara (ovaca i koza)

Ispitivanje bruceloze kod malih preživara vršeno je serološkom metodom brze serumske aglutinacije, a sumnjivi uzorci su, radi isključivanja sumnje ili potvrde dijagnoze, dodatno ispitivani serološkom metodom cELISA test.

Ispitivanjem svih dostavljenih uzoraka ni u jednom nije utvrđeno prisustvo specifičnih antitijela protiv *Brucella spp.*

Grafik 25. Broj ispitivanih uzoraka krvnih seruma prezivara na brucelozu

Izvor: SLV, Godišnji izvještaj, 2008

Primjetno je stalno povećanje obima ispitivanja u odnosu na godinu ranije.

U 2008. godini u SVL je ispitano 74,44% više uzoraka na brucelozu malih preživara nego godinu dana ranije.

Ovo je uticalo da je plan zacrtan Operativnim programom za 2008. godinu, (broj uzoraka) prebačen i ispunjen 107,72%, ali je obuhvatio svega oko 26,28% pretpostavljene populacije malih preživara u Crnoj Gori (oko 200.000).

11.2. BSE

Mjere kontrole BSE propisane su Zakonom o veterinarstvu i podzakonskim aktima. BSE je bolest koja je svrstana u grupu opasnih bolesti i podliježe obavezi prijavljivanja u skladu sa Pravilnikom o klasifikaciji bolesti životinja, načinu prijavljivanja i obavještanja o zaraznim bolestima životinja („Službeni list Crne Gore“ broj 5/08).

U Crnoj Gori još uvijek nije uspostavljen sistem kontrole vezano za BSE. Specijalistička veterinarska laboratorija je započela aktivnosti koje se odnose na kupovinu opreme koja je potrebna za laboratorijsko dijagnostikovanje BSE, podrška kroz MIDAS projekat Svjetske banke. Za sada, Spec. veterinarska laboratorija je opremljena za vršenje laboratorijskog ispitivanja prisustva proteina porijeklom od preživara u proizvodima životinjskog porijekla.

Operativnim programom o zdravstvenoj zaštiti životinja za 2009. godinu predviđena su sredstva, u slučaju potrebe, za laboratorijsku dijagnostiku BSE gdje bi se koristile usluge laboratorija van Crne Gore.

Kako bi se spriječilo unošenje BSE na teritoriju Crne Gore na snazi su sljedeći propisi:

- Naredba o preduzimanju mjera za sprječavanje unošenja zarazne bolesti životinja transmisivnih spongiformnih encefalopatija u Crnu Goru ("Sl. list CG", br. 44/08),
- Naredba o zabrani prometa pošiljki hrane za životinje koja sadrži sastojke životinjskog porijekla («Sl.list RCG» br. 3/2001) kojom je zabranjen uvoz, promet i tranzit pošiljki hrane za životinje koja sadrži sastojke životinjskog porijekla, osim ribljeg brašna.

11.3. Tuberkuloza goveda

Mjere kontrole tuberkuloze kod goveda propisane su Zakonom o veterinarstvu i podzakonskim aktima. Tuberkuloza goveda je bolest koja je svrstana u grupu opasnih bolesti i podliježe obavezi prijavljivanja u skladu sa Pravilnikom o klasifikaciji bolesti životinja, načinu prijavljivanja i obavještanja o zaraznim bolestima životinja („Službeni list Crne Gore“ broj 5/08).

Monitoring tuberkuloze obuhvata praćenje zdravlja životinja – kliničkih znakova na osnovu kojih se može posumnjati na prisustvo tuberkuloze goveda (uporan kašalj, mršavljenje i otok dostupnih limfnih čvorova), godišnje ispitivanje primjenom intradermalnih tuberkulinskih testova kao i veterinarsko sanitarni pregled životinja pre klana i proizvoda životinjskog porijekla. Takođe, obavezno je obavješćavanje nadležne zdravstvenu ustanovu o sumnji ili postojanju tuberkuloze.

Mjere kontrole tuberkuloze goveda propisane su Pravilnikom o mjerama za utvrđivanje, suzbijanje i iskorijenjivanje tuberkuloze goveda, mjere kontrole kod ostalih životinja Pravilnikom o mjerama za suzbijanje i iskorijenjivanje tuberkuloze kod životinja («Službeni list SFRJ» br. 22/89 i 53/90). Pri suzbijanju i iskorijenjivanju tuberkuloze goveda zabranjena je primjena bilo kojeg terapijskog tretmana ili desenzibilirajući tretman tuberkuloze kao i vakcinacija goveda protiv tuberkuloze.

U cilju blagovremenog utvrđivanja, suzbijanja i iskorijenjivanja tuberkuloze goveda sprovodi se zvanični monitoring kog svih goveda starijih od šest nedjelja primjenom intradermalnih tuberkulinskih testova, u cilju iskorijenjivanja ove bolesti i utvrđivanja statusa stada goveda slobodnog od tuberkuloze na cijeloj teritoriji Crne Gore.

Životinje kod kojih se utvrdi sumnja na tuberkulozu odmah se izdvajaju i upućuju na klanje ili eutanaziju u slučaju da ne postoje uslovi za klanje, a leševi se neškodljivo uklanjaju pod nadzorom veterinarskog inspektora.

Sva zaklana ili eutanazirana goveda, moraju da se pregledaju na prisustvo patoanatomskih lezija karakterističnih na tuberkulozu. Ukoliko se utvrdi prisustvo takvih promjena, uzorci se šalju u Specijalističku veterinarsku laboratoriju radi bakterioloških ispitivanja na prisustvo tuberkuloze.

Tuberkuloza goveda je službeno potvrđena kad se izoluje uzročnik *Mycobacterium bovis*.

Sredstva za sprovođenje Operativnog programa (uključujući i naknadu vlasnicima životinja za štetu nastalu pri suzbijanju i iskorijenjivanju bruceloze, u skladu sa zakonom) obezbjeđuju su u budžetu Crne Gore.

Tuberkuloza kod goveda se sporadično javlja, zadnjih desetak godina dijagnostikovano je, pozitivnom simultanom tuberkulinizacijom, godišnje 1-4 goveda, u 2009. god. u jednom slučaju izolovan je *Mycobacterium bovis*.

12. Komunikacija rizika /edukacija potrošača

Odluke o komunikaciji rizika, uključujući šta, kome i kako, trebalo bi da budu dio ukupne strategije za komunikaciju rizika.

Potrošači imaju pravo da očekuju da hrana koju kupuju i konzumiraju bude ispravna i kvalitetna. Oni imaju pravo da saopšte svoja mišljenja o procedurama za kontrolu hrane, standardima i aktivnostima koje primjenjuju vlade i industrija kako bi utvrdile da hrana koju dostavljaju ima te karakteristike.

Za potrošače, sistemi za kontrolu hrane moraju pružati suštinsku zaštitu od realnih i značajnih opasnosti. Informisanje i komunikacija sa potrošačima se realizuje na sljedećoj osnovi:

- ➔ Podaci o zahtjevima za ispravnost hrane su dostupni javnosti putem godišnjeg dokumenta koji objavljuje IJZ, *Statističkog godišnjaka*.
- ➔ Kako bi se umanjio teret bolesti koje se prenose hranom, preveden je i koristi se poster "5 ključeva SZO za bezbjedniju hranu".
- ➔ U okviru aktivnosti na promovisanju zdravlja, Centar za kontrolu i sprečavanje bolesti IJZ realizovao je nekoliko brošura i smjernica.

Brošure:

- Shigellosis uzrokovana *Shigella dysenteriae*
- Sačuvajte zdravlje za vrijeme ljetnjih odmora sa Smjernicama za zaštitu od crijevnih infektivnih bolesti i trovanja hranom
- Smjernice za kuhinjsko osoblje – sprečavanje trovanja hranom
- 10 zlatnih pravila za pripremanje bezbjedne hrane

Smjernice koje se nalaze i na sajtu IJZ:

- Ispravne tehnike pranja ruku
 - Salmoneloza – kako se zaštititi i spriječiti
 - Šta je trihinelozna i kako se zaštititi
 - Dobre higijenske navike u prevenciji infektivnih bolesti
- ➔ Na državnoj televiziji se obrađuju teme o bezbjednosti hrane najmanje jednom mjesečno, posebno za osjetljive grupe.
 - ➔ Savjeti o ispravnoj ishrani i bezbjednosti hrane češći su u toku ljetnjih mjeseci.
 - ➔ Edukaciju i informisanje na predškolskom i školskom nivou o bezbjednosti hrane i pravilnoj ishrani obavljaju stručnjaci IJZ na terenu.
 - ➔ Konferencije za medije o hitnim pitanjima.
 - ➔ Potrebno je uložiti napore kako bi se institucionalizovali mehanizmi komunikacije sa javnošću i svijest u javnosti u vezi sa bezbjednošću hrane.
 - ➔ Informisanje i edukacija javnosti o bezbjednosti hrane, posebno za osjetljive populacije, biće od suštinskog značaja za osiguranje uspješne primjene politika za bezbjednost hrane. Uloga novinara i medija kao partnera u izradi komunikacionih strategija mogla bi biti korisna za veću transparentnost pitanja bezbjednosti hrane.

13. ULOGA MEĐUSEKTORSKE SARADNJE U REALIZACIJI AKCIONOG PLANA

13.1. Uloga ministarstava

Ministarstvo zdravlja(MZ) ima vodeću ulogu u izradi Akcionog plana i koordinira rad resornih ministarstava i drugih učesnika u izradi i implementaciji Akcionog plana. Ministarstvo zdravlja ima ključnu ulogu u zdravstvenoj edukaciji, promociji zdravlja i podizanju svijesti o važnosti zdravog načina života, pravilnoj ishrani i redovnoj fizičkoj aktivnosti.

Takodje, odgovorno je za izradu i sprovođenje programa zdravstvene zaštite koji su usmjereni na prevenciju hroničnih nezaraznih bolesti. Posebno je važno da se na nivou primarne zdravstvene zaštite sprovedu potrebni preventivni programi, koji su usklađeni sa programima na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodoprivrede (MPŠV) ima važnu ulogu u formulisanju i sprovođenju poljoprivredne i prehrambene politike, u cilju obezbjeđivanja dovoljnih količina kvalitetne i bezbjedne hrane. Istovremeno, politikom podrške proizvodnji (npr. stimulativne mjere za proizvodnju pojedinih žitarica, voća, povrća, mlijeka i sl.) može značajno uticati na kvalitet, bezbjednost i ponudu pojedinih vrsta namirnica, a time i na njihov odabir i potrošnju.

Ministarstvo prosvjete i nauke (MPN) dužno je obezbijediti optimalne uslove za ishranu u ustanovama za predškolsko, osnovno, srednje obrazovanje i vaspitanje, u ustanovama za lica sa posebnim potrebama, domovima za smještaj učenika i studenata, odmaralištima, u skladu sa odgovarajućim normativima i standardima. U tom cilju posebno je važno osigurati uslove za donošenje:

- ➔ *Pravilnika o normativu društvene ishrane u ustanovama za djecu*
- ➔ *Normativa ishrane djece u dječijim odmaralištima*

Ministarstvo kulture, sporta i medija (MKSM) ima važnu ulogu u formulisanju programa fizičke aktivnosti za djecu u dječijim vrtićima i osnovnim školama, učenike i studente. U obavezi je osigurati uslove za mogućnost provođenja fizičke aktivnosti djece i mladih. Značajna uloga ovog Ministarstva je i u omogućavanju obrazovanja odgovarajućih profila stručnjaka kao i uključivanja sredstava javnog informisanja koja su dostupna širokom krugu ljudi.

Ministarstvo ekonomije (ME) zaduženo je za politiku razvoja ekonomije i preduzetništva, malih i srednjih preduzeća i zanatstva; industrijsku proizvodnju u cjelini i po pojedinim sektorima; praćenje stanja i razvoj unutrašnje i spoljne trgovine; zaštitu potrošača, konkurencije i industrijske svojine; izradu robnih bilansa; sagledavanje robnih tokova i snabdjevenosti tržišta; praćenje zaliha gotovih proizvoda, cijena i troškova života; praćenje trgovinske razmjene sa inostranstvom i predlaganje mjera za liberalizaciju trgovine robama i uslugama u skladu sa standardima STO i EU.

Ostvarujući ove nadležnosti, ME zajedno sa MZ i MPŠV značajno utiče na ponudu i potrošnju prehrambenih proizvoda.

Ministarstvo uređenja prostora i zaštite životne sredine (MUPZŽS) vrši poslove u oblasti integralne zaštite životne sredine, sprovođenje mjera održivog razvoja u oblasti zaštite životne sredine, regulaciju strateške procjene uticaja na životnu sredinu, integrisano spriječavanje i kontrolu zagađivanja, zaštitu prirode i dr.

Ministarstvo turizma (MT) vrši poslove koji se odnose na razvoj turizma, snabdijevnost turističkih područja i strukturu turističke potrošnje, prestukturiranje preduzeća iz ove oblasti i dr.

Ministarstvo turizma i zaštite životne sredine (MTZŽS) ima važnu ulogu u očuvanju životne sredine, sprečavanju i kontroli zagađivanja životne sredine, zaštiti zemljišta od zagađivanja, što predstavlja preduslov za proizvodnju zdravstveno ispravnih namirnica, kao i koordinirajuću ulogu u dostupnosti potrebnih količina zdravstveno ispravne vode za piće, dakle svega onoga što, osim posljedica na životnu sredinu, ostavlja posljedice i po zdravlje čovjeka.

Ministarstvo saobraćaja, pomorstva i telekomunikacija (MSPT) ima važnu ulogu u formulisanju i sprovođenju aktivnosti vezanih za organizaciju saobraćaja na način da se unaprijedjuju uslovi i mogućnosti povećanja fizičke aktivnosti (pješačenje, vožnja biciklom i sl).

13.2. Uloga ostalih učesnika

13.2.1. Uloga sredstava javnog informisanja

Sredstva javnog informisanja (televizija, radio, štampani mediji, internet) imaju važnu ulogu u informisanju i edukaciji stanovništva u oblasti bezbjednosti hrane i pravilne ishrane. Iz tog razloga njihovo aktivno uključivanje u implementaciju Akcionog plana je veoma važno.

13.2.2. Uloga lokalne samouprave

Lokalna samouprava ima ključnu ulogu u osiguravanju uslova ali i sredstava za sprovođenje planiranih aktivnosti na unaprjeđenju ishrane i povećanju fizičke aktivnosti na lokalnom nivou. Lokalna samouprava treba aktivno da podstiče proizvodnju zdrave hrane. Takođe, ima značajnu ulogu u obezbjeđivanju uslova za povećanje fizičke aktivnosti u smislu planiranja i izgradnje odgovarajuće infrastrukture – bazeni, igrališta, parkovi, biciklističke i pješačke staze itd.

14. PLAN AKTIVNOSTI 2010 – 2014

Struktura predloženog Plana aktivnosti za Crnu Goru 2010 -2014 je zasnovana na 2 SZO EURO Akcionom planu za hranu i ishranu 2007-2012

ACTION AREA 1

14.1. Podrška zdravom početku

14.1.1. Promovisati optimalnu ishranu fetusa

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Izrada i implementacija Vodiča za ishranu i bezbjednu hranu trudnica	1. MZ 2. Zdravstvene ustanove	0 €	MZ - 3.000 € UNICEF - 2.000 €	MZ - 3.000 €	MZ - 2.000 €		MZ, donacije, UNICEF

14.1.2. Zaštiti, promovisati i podržati dojenje i blagovremenu i bezbjednu dodatnu ishranu novorodjenčadi i mlađe djece

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
1.Razvijanje, i implementacija vodiča za podršku i zaštitu dojenja (promocija ekkluzivnog dojenja do 6 mjeseci: starosti odojčeta)	1. MZ 2. Zdravstvene ustanove 3. UNICEF	0 €	MZ - 3.000 € UNICEF - 2.000 €	Donacije 2.000 €		MZ - 1.000 €	MZ, donacije, FZO
Izrada vodiča za obezbjeđenje bezbjedne dodatne ishrane da bi se spriječila infekcija sa E.Coli i salmonelom	1. MZ 2. IJZ 3. UNICEF				MZ 5.000 €		MZ, donacije
Jačanje inicijative za razvijanje "Porodilišta po mjeri beba i majki" u cilju obezbjeđivanja i promovisanja dojenja	1. MZ 2. Zdravstvene ustanove						Planirano Akcionim planom Strategije za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Informisanje porodica/majki i profesionalaca o ishrani dojenčadi u skladu sa principima Medjunarodnog Kodeksa o načinu prodaje zamjena za majčino mlijeko	MZ			MZ 3.000 €			MZ

14.1.3. Poboljšati ishranu i bezbjednost hrane u predškolskim ustanovama i osnovnim školama

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Izrada vodica u pogledu ishrane i bezbjednosti hrane djece u predškolskim ustanovama	1. MZ 2. MPN	0 €	MZ - 3.000 € UNICEF - 2.000 €	Donacije 2.000 €	MPN 2.000 €	MZ - 1.000 €	MZ, MPN, Donacije
Sprovođenje edukacije o važnosti pravilne ishrane, bezbjednosti hrane i fizičkih aktivnosti, kao dio školskog kurikulumu	1. MZ 2. MPN		MZ - 7.500 € MPN - 7.500 €	MZ - 7.500 € MPN - 7.500 €	MZ - 5.000 € MPN - 5.000 €	MZ - 5.000 € MPN - 5.000 €	MZ, MPN
Usvojiti i primjeniti program sveobuhvatnog pristupa unapređenju ishrane u školama - <i>Nutrition Friendly Schools Initiative</i> (obrazovni program, planiranje ishrane, edukacija osoblja, roditelja i djece)	1. MPN 2. MZ			MZ - 3.000 € MPN - 3.000 € Donacije 4.000 €			MPN, MZ, Donacije
Razviti Model organizacije obezbjeđivanja "zdravog obroka" u osnovnim školama	1. MPN 2. MZ		MPN 10.000 €				MPN

14.2. Obezbjedenje uslova da svi stanovnici imaju dovoljnu količinu bezbjedne i raznovrsne hrane adekvatne nutritivne vrijednosti

14.2.1. Poboljšati izbor i dostupnost voća i povrća

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Unapređivanje lokalnog tržišta: – Proizvodnja i plasiranje domaćih proizvoda – EKO turizam	1. MPŠV 2. MZ 3. ME 4. MT 5. MUPZŽS 6. Privredna komora 7. Lokalna samouprava		Lokalna samouprava 5.000 €	Lokalna samouprava 5.000 €			Lokalna samouprava
Pojačati sistem monitoringa i kontrola u cilju smanjenja rizika od ostataka pesticida	1. MZ 2. VU 3. FU	FU - 25.000 € VU - 10.000 € MZ - 5.000 €	Donacije 30.000 €	VU - 20.000 € FU - 20.000 € MZ - 10.000 €	VU - 20.000 € FU - 20.000 € MZ - 10.000 €	VU - 20.000 € FU - 20.000 € MZ - 10.000 €	FU, VU, MZ, donacije

14.2.2. Promovisati prehrambene proizvode obogaćene protektivnim komponentama

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Konsultacije sa proizvođačima hrane u formi radnih sastanaka	1.MPŠV 2.MZ 3.Proizvođači hrane			MPŠV 20.000 €	MPŠV 20.000 €	MPŠV 20.000 €	MPŠV

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Izrada smjernica o tehnologiji proizvodnje prehrambenih proizvoda sa manjim sadržajem soli, masti i šećera i proizvoda obogaćenih protektivnim komponentama	1. MPŠV 2. MZ 3. Strukovna udruženja			Donacije 10.000 €			MPŠV, MZ, donacije

14.2.3. Promovisati prehrambene proizvode obogaćene mikronutrientima (vitamini, minerali i druge supstance)

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Revidirati postojeći Pravilnik o dijetetskim proizvodima kako bi se kontrolisalo dodavanje vitamina i minerala hrani, a u skladu sa EU propisima	MZ			MZ - 3.000 €			MZ
Identifikovanje mogućih programa za obogaćivanje prehrambenih proizvoda koji se odnose na mikronutritiente (vitamini, minerali i druge supstance)	MZ			MZ - 5.000 €			MZ
Sprovođenje nacionalno reprezentativnih istraživanja zdravstvenog stanja stanovništva Crne Gore u vezi sa bolestima uzrokovanim deficitarnom ishranom	1. MZ 2. FZO				MZ 10.000 € Donacije 20.000 €	MZ 10.000 € Donacije 20.000 €	MZ, FZO, donacije

14.2.4. Unaprijeđenje ishrane i bezbjednosti hrane u ustanovama od javnog značaja

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Razviti i implementirati Model organizacije obezbjeđivanja "zdravog obroka" u osnovnim školama, ustanovama za srednje i visoko obrazovanje, u organima uprave, javnim i privatnim ustanovama i kompanijama	1. MPN 2. MZ 3. Asocijacija privrednika		Donacije 2.000 €				MZ, MPN, donacije
Izrada propisa, normativa i standarda u pogledu: kolektivne ishrane djece, učenika i studenata u domovima za smještaj, odmaralištima, ustanovama za djecu sa posebnim potrebama i dr.	1. MPN 2. MZ			MZ - 2.000 € MPN - 2.000 €	MZ - 2.000 € MPN - 2.000 €		MZ, MPN
Izrada preporuka i standarda za ishranu starijih osoba smještenih u ustanovama za stara i nemoćna lica	1. MZ 2. MRSS 3. FZO		Donacije 4.000 €				Donacije

14.2.5. Fiskalne mjere u funkciji obezbjeđivanja kvalitetne i bezbjedne hrane (porez, subvencije)

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Analiza efektivnosti mjera fiskalne politike u cilju unaprijedjenja bezbjednosti hrane	1. ME		ME - 5.000 €				ME
Pokretanje inicijative za uvođenje subvencija na pojedine prehrambene proizvode u sklopu programa unaprijedjenja ishrane u školama.	1. ME 2. MPVŠ 3. MF		Donacije 2.000 €				ME, MPŠV, MF, donacije

14.2.6. Uspostavljanje integrisanog principa bezbjednosti hrane u cijelom lancu hrane od proizvođača do potrošača

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Unapređenje nacionalne verzije <i>Acquis on Food safety, veterinary and phytosanitary policy</i>	1. MPŠV 2. MZ 3. MEI		MZ - 2.500 € MPŠV - 2.500 €				MPŠV, MZ
Jačanje i unapređenje rada inspeksijskih organa u lancu bezbjednosti hrane, izrada i usvajanje nacionalnog i resorskih programa i vodiča za inspeksijsku kontrolu	1. MPŠV 2. MZ		Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	MZ - 2.000 € VU - 4.000 € FU - 4.000 €	MZ - 2.000 € VU - 4.000 € FU - 4.000 €	MZ, VU, FU, donacije
Jačanje laboratorijskih kapaciteta za potrebe testiranja na hemijske i mikrobiološke kontaminante u lancu hrane, za testiranje na bolesti koje se prenose putem hrane i ispitivanja na sadržaj mikronutritienata	1. MPŠV 2. MZ			Donacije 100.000 €	Donacije 100.000 €	Donacije 100.000 €	Donacije, IPA i dr.
Uspostavljanje, održavanje i kontinuirana primjena postupaka koji se zasnivaju na HACCP principima u objektima za proizvodnju i promet hrane	1. Subjekti u poslovanju s hranom 2. MPŠV 3. MZ 4. Nacionalni savjet za hranu		Donacije, IPA 25.000 €	Donacije, IPA 25.000 €	Donacije 25.000 €	Donacije 25.000 €	MPŠV, MZ, subjekti u poslovanju s hranom, donacije, IPA
Uvođenje i nadzor nad antimikrobnom rezistencijom u lancu ishrane	1. MPŠV 2. MZ			Donacije 20.000 €			MZ, MPŠV, donacije
Unapređenje primjene sistema procjene rizika	Nacionalni savjet za hranu		MZ - 5.000 € MPVŠ - 5.000 €	MZ - 5.000 € MPVŠ - 5.000 €	MZ - 5.000 € MPVŠ - 5.000 €	MZ - 5.000 € MPVŠ - 5.000 €	MZ, MPŠV

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Razvoj nacionalnog i uključivanje u sistem brzog obavještanja (RASFF)	1. MZ 2. MPŠV		Donacije 30.000 €	Donacije 30.000 €	Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	Donacije, IPA i dr.
Osnivanje Nacionalnog tijela za saradnju sa Komisijom Codex Alimentarius	1. MZ 2. MPŠV 3. MPN 4. MT 5. MUPŽŽS 6. Zavod za standardizaciju		Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	MZ, MPŠV, MT, MUPŽŽS, Institut za standardizaciju Crne Gore, donacije

14.3. Promocija informisanja i edukacije potrošača

14.3.1. Informisanje potrošača i uspostavljanje odgovarajuće prakse u pogledu prodaje i reklamiranja hrane

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Kreiranje i sprovođenje kampanja za informisanje i edukaciju potrošača o pravilnoj ishrani, bezbjednosti hrane, pravima potrošača uključujući vulnerabilne grupe	1. MZ 2. ME 3. MKSM 4. MPŠV 5. NVO		Donacije 12.000 €	Donacije 5.000 €	Donacije 5.000 €	Donacije 5.000 €	MZ, MER, MKSM, MPŠV, donacije
Razviti i uvesti kontrolu marketinga hrane i pića namijenjenih djeci	1. MPŠV 2. MZ 3. Industrija hrane 4. Udruženja potrošača		Donacije 3.000 €	Donacije 3.000 €	MZ - 3.000 €	MZ - 2.000 €	MZ, donacije

14.3.2. Promovisanje adekvatnog deklarisanja i označavanja hrane

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Izrada podzakonskih akata u skladu sa EU propisima (Direktiva 2000/13) i <i>Codex Alimentariusom</i> koji bliže određuju način označavanja i deklarisanja hrane posebno vezano za zdravstvene i nutritivne izjave	1. MZ 2. MPŠV 3. ME			Donacije 1.000 €	MZ 2.000 €		MZ, MPŠV, ME, donacije
Izrada i javno promovisanje preporuka za potrošače u cilju boljeg razumijevanja deklarisanja i označavanja hrane	1. ME 2. MZ 3. NVO 4. Prehramb. industrija			Donacije 5.000 €			MZ, MPŠV, donacije

14.4. Preduzimanje integriranih aktivnosti usmjerenih na determinante zdravlja**14.4.1. Smanjenje stope konzumiranja alkohola sa osvrtnom na vulnerabilne grupe**

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Razviti i uvesti restriktivne mjere za reklamiranje alkohola	MZ		Donacije 5.000 €				MZ, donacije
Edukacija adolescenata u cilju razvijanja odgovornog odnosa prema konzumaciji alkohola	1. MPN 2. MZ 3. IJZ		Donacije 5.000 €	Donacije 5.000 €	MZ - 2.500 € MPN - 2.500 €	MZ - 2.500 € MPN - 2.500 €	MZ, MPN, donacije

14.4.2. Osigurati snabdjevanje higijenski ispravnom vodom za piće

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Revidirati planove za kontrolu ispravnosti vode	1. MZ 2. MPŠV 3. MUPZŽS		MZ - 2.000 €				MZ
Osigurati higijensku ispravnost vode za piće u školama	1. MPN 2. MZ		MPN 2.000 €	Donacije 50.000 €	Donacije 50.000 €	Donacije 50.000 €	MZ, MPN, donacije

14.5. Unapređenje ishrane i bezbjednosti hrane u zdravstvenom sektoru**14.5.1. Unapređivanje razumijevanja značaja pravilne ishrane i bezbjedne hrane među zaposlenima u zdravstvenom sektoru**

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o zdravim stilovima života i prevenciji i kontroli bolesti uzrokovanih hranom i načinom ishrane	1. FZO 2. IJZ	0 €	Donacije 10.000 €	Donacije 10.000 €	FZO 10.000 €	FZO 10.000 €	FZO, donacije
Inoviranje nastavnih programa (dodiplomska, poslijediplomska nastava) za zdravstvene radnike i saradnike vezano za prevenciju i kontrolu bolesti povezanih sa hranom i načinom ishrane	1. MZ 2. MPN 3. Medicinski fakultet			MPN 10.000 €			MPN, MZ

AKTIVNOSTI	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Revizija postojećih protokola za tretman bolesti sa nutritivnog aspekta	Zdravstvene ustanove		Donacije 5.000 €	Donacije 5.000 €	MZ - 5.000 €	MZ - 5.000 €	MZ, donacije
Uvođenje HACCP principa i provođenje HACCP planova u bolničkim kuhinjama	1.MZ 2.FZO	0 €	Donacije 15.000 €	Donacije 10.000 €	FZO 10.000 €	FZO 10.000 €	MZ, FZO, donacije

14.6. Monitoring, evaluacija i istraživanja

14.6.1. Uspostavljanje monitoringa i sistema nadzora nad mikrobiološkim i hemijskim opasnostima u lancu ishrane i nad bolestima prenosivim hranom

AKTIVNOST	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Jačanje sistema nadzora i monitoringa nad bolestima prenosivim hranom uključujući mehanizme za efikasno praćenje	1. MZ 2. VU 3. FU 4. IJZ		Donacije 10.000 €	Donacije 5.000 €	MZ - 2.500 € IJZ - 2.500 €	MZ - 2.500 € IJZ - 2.500 €	MZ, FU, VU, IJZ, donacije
Jačanje sistema nadzora i monitoringa nad mikrobiološkim kontaminantima, uključujući <i>Campylobacter</i> i antimikrobnu rezistenciju	1. MPŠV 2. MZ 3. VU	VU 15.000 €	Donacije 60.000 €	Donacije 70.000 €	VU 25.000 € MZ 25.000 € Donacije 30.000 €	VU 30.000 € MZ 30.000 € Donacije 40.000 €	MZ, MPŠV, VU, donacije
Unapređivanje sistema nadzora i monitoringa nad reziduama pesticida, kontaminantima životne sredine, prirodnim toksinima, reziduama lijekova i prisustva radionukleida	1. MPŠV 2. MZ 3. MUPŽŽS 4. VU 5. FU	VU 25.000 €	Donacije 100.000 €	Donacije 100.000 €	VU 30.000 € MZ 30.000 € Donacije 40.000 €	VU 30.000 € MZ 30.000 € Donacije 40.000 €	MZ, MPŠV, MUPŽŽS, VU, donacije

AKTIVNOST	NOSILAC AKTIVNOSTI I PARTNERI	2010	2011	2012	2013	2014	IZVOR FINANSIRANJA
Izrada planova za specifične situacije (uključujući brucelozu, tuberkulozu, salmonelozu, listeriozu)	1. MPŠV 2. MZ 3. VU	0 €	Donacije 20.000 €				MPŠV, MZ, donacije

GODINA:	2010	2011	2012	2013	2014
UKUPNO:	80.000 €	425.000 €	616.000 €	563.000 €	570.000 €

15. Zaključci

- U proteklih nekoliko godina u Crnoj Gori uloženi su značajni naponi i ostvareni rezultati u formulisanju politike i uspostavljanju normativnog okvira u oblasti ishrane i bezbjedne hrane.
- Zakoni i propisi su samo instrumenti, doduše veoma važni, u nastojanjima da se unaprijedi sistem bezbjednosti hrane, ali najveći izazov je njihova implementacija, zbog nedostatka finansijskih sredstava, ljudskih resursa, koordinacije i ekspertize.
- Novi Zakon o bezbjednosti hrane (decembar 2007) baziran na Regulativi (EC) 178/2002 EU, nije u potpunosti usklađen sa ovom Regulativom.
- Podzakonske propise u oblasti ishrane i izebjedne hrane tek trebarazviti i imlementirati.
- Nijesu urađeni protokoli za upravljanje rizikom. Ne sprovodi se sistematska i naučno zasnovana procena rizika u skladu sa odredbama Codexa alimentariusu i Principima i smjernicama za sprovođenje procjene mikrobiološkog rizika, CAC/GL-30, 1999).
- Ne postoje protokoli za adekvatnu ishranu djece i odraslih uključujući ismjernice za tehnologiju prehrambenih proizvoda sa adekvatnim protektivnim komponentama.
- Navike u ishrani stanovništva Crne Gore neophodno je mijenjati kako bi se prevenirala oboljenja koja su u direktnoj vezi sa načinom ishrane.
- Potrebno je podsticati aktivnosti koje kvalitetnije namirnice čine dostupnijim i atraktivnijim.
- Potrebno je uspostaviti integrisani sistem za nadzor i brzo obavješćavanje o bolestima koje se prenose hranom, koji bi obuhvatio sektor javnog zdravlja, veterinarski i sektor hrane i bio u funkciji blagovremenog evidentiranja i kontrole situacije.
- Potrebno je osnažiti laboratorijske kapacitete za ispitivanje hemijskih i mikrobioloških kontaminenata u lancu hrane, kao i kapacitete za monitoring i nadzor.

- Potrebno je osnažiti laboratorijske kapacitete za ispitivanja mikronutritivnih komponenata.
- Potrebno je uvesti integrirani sistem sledljivosti u cilju brze identifikacije izvora bolesti koje se prenose hranom, kako bi se osiguralo povlačenje neispravne hrane i monitoring posledica po zdravlje.
- Godišnji planovi za uzimanje uzoraka obično se zasnivaju na empirijskoj procjeni bez pisanih uputstava zasnovanom na proceni rizika.
- Ne postoji baza podataka objekata u poslovanju sa hranom kategorizovanih prema riziku.
- Ne postoje pisane procedure za inspekcijske kontrole hrane koja se nalaze na tržištu zasnovane na proceni rizika.
- Ne postoji integrisana baza podataka za bezbjednost hrane na nacionalnom nivou
- Postoje nedostaci u izvještavanju o zaraznim bolestima.
- Nedostatak pouzdanih podataka o opterećenju bolestima koje se prenose hranom otežava razumijevanje njihovog značaja i implikacija po javno zdravlje, uključujući osmišljavanje rješenja za otklanjanje tog problema.
- Potrebna je stalna edukacija, informisanje i obuka, svih subjekata u oblasti bezbjednosti hrane, kako bi se osigurala usklađenost sa sistemima za bezbjednost hrane EU.

16. Preporuke

- ➔ Intenziviranje procesa harmonizacije nacionalnih propisa sa zakonodavstvom EU, u oblasti ishrane i bezbjednosti hrane;
- ➔ Unapređenje efikasnosti i kvaliteta kontrole bezbjednosti hrane i inspekcijskih službi;
- ➔ Unapređenje multisektorske saradnje organa uprave u oblasti bezbjednosti hrane;
- ➔ Jačanje sistema za nadzor nad bolestima koje se prenose hranom;
- ➔ Poboljšanje monitoringa hemijske i mikrobiološke kontaminacije u lancu hrane (uklj. *Campylobacter* i otpornost na antimikrobna sredstva);
- ➔ Poboljšanje komunikacije između organa uprave, potrošača i subjekata u poslovanju s hranom radi obezbeđivanja efikasnog i blagovremenog odgovora u slučaju pojave bolesti koje se prenose hranom;
- ➔ Sprovoditi promotivne kampanje u cilju razvijanja svijesti kod potrošača o značaju bezbjedne hrane;
- ➔ Podsticati i implementirati aktivnosti, informativnog i edukativnog tipa koje će rezultirati promjenom navika kod potrošača kao i da nutritivno kvalitetna hrana bude dostupnija i atraktivnija potrošačima;
- ➔ Potrebno je uvesti integrisanu bazu podataka u oblasti bezbjednosti hrane;

- ➔ Sprovođenje procesa akreditacije nacionalnih laboratorija za kontrolu bezbjednosti hrane i jačanje nacionalne mreže laboratorija;
- ➔ Razvijanje kadrovskih kapaciteta u organima uprave koji rade u oblasti ishrane i bezbjednosti hrane;
- ➔ Promovisati i osigurati implementaciju HACCP standarda u proizvodnji hrane;
- ➔ Osigurati visok stepen transparentnosti kako bi informacije bile dostupne javnosti;
- ➔ Razviti nacionalni sistem i integrisati ga u međunarodni Sistem brzog obavješćavanja o hrani i hrani za životinje (RASFF);
- ➔ Sprovesti kampanje u javnosti u cilju informisanja potrošača o bezbjednosti hrane.

17. SKRAĆENICE

BMI	Body Mass Index (Indeks tjelesne mase)
EU	Evropska Unija
FZO	Fond za zdravstveno osiguranje
FAO	Food and Agriculture Organisation (Organizacija za hranu i poljoprivredu UN)
GAP	Good Agriculture Practice (Dobra poljoprivredna praksa)
GHP	Good Hygiene Practice (Dobra higijenska praksa)
GLP	Good Laboratory Practice (Dobra laboratorijska praksa)
GMP	Good Manufacturing Practice (Dobra proizvođačka praksa)
GVP	Good Veterinary Practice (Dobra veterinarska praksa)
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points (Analiza opasnostii kritične kontrolne tačke)
IJZ	Institut za javno zdravlje
MDG	Millennium Development Goals
ME	Ministarstvo ekonomije
MEI	Ministarstvo za evropske integracije
MF	Ministarstvo finansija
MKSM	Ministarstvo kulture sporta i medija
MONSTAT	Zavod za statistiku Crne Gore
MPN	Ministarstvo prosvjete i nauke

MPŠV	Ministarstvo poljoprivrede šumarstva i vodoprivrede
MRSS	Ministarstvo rada i socijalnog staranja
MSPT	Ministarstvo saobraćaja, pomorstva i telekomunikacija
MT	Ministarstvo turizma
MUPJU	Ministarstvo unutrašnjih poslova i javne uprave
MUPŽS	Ministarstvo uređenja prostora i zaštite životne sredine
MZ	Ministarstvo zdravlja
NFSI	Inicijativa za unapređenje ishrane djece u školama (Nutrition- Friendly School Initiative)
NVO	Nevladine organizacije
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
RASFF	Sistem brzog obavješćavanja
SSOP	Standard Sanitation Operation Procedures (Standardne operativne procedure)
WHO/SZO	World Health Organisation (Svjetska zdravstvena organizacija)
WTO/STO	World Trade Organisation (Svjetska trgovinska organizacija)

18. LITERATURA

- *Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007–2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007
- *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy WHO European Region 2000-2005*, WHO Regional Office for Europe, 2001
- *Strengthening national food control systems: a quick guide to assess capacity building needs*. WHO/FAO Joint publication, 2007
- *Global strategy for food safety*. Geneva, World Health Organization, 2002
- *European Charter on Counteracting Obesity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006
- *Nutrition, physical activity and the prevention of obesity*, Policy developments in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe, 2007
- *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2004

-
- *Comparative analysis of food and nutrition policies in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006
 - *The Second FAO/WHO Global Forum of Food Safety Regulators – Building effective food safety systems*. The Joint Secretariat of the FAO/WHO Global Food of Food Safety Regulators, FAO, Rome 2004
 - *White paper on food safety* . Brussels, Commission of the European Communities, 12 January 2007
 - *The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen:WHO; 2006
 - *Preventing Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report*. Geneva: WHO; 2005.
 - *Poverty and Health: evidence and action in WHO's European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/Rc51/8)
 - *Multiple Indicator Cluster Survey II*. The Report for The Federal Republic of Yugoslavia. UNICEF, Belgrade, 2000
 - *Multiple Indicator Cluster Survey III*. The Report for The Federal Republic of Yugoslavia, UNICEF, Belgrade, 2005
 - *Montenegro Multiple Indicator Cluster Survey 2005*, Final Report. Statistical Office of Montenegro (MONSTAT) and Strategic Marketing Research Agency (SMMRI), Podgorica, 2006.
 - *Statistički godišnjak 2006 - o zdravlju stanovništva i zdravstvenoj zaštiti u Crnoj Gori*, Institut za javno zdravlje Podgorica. Podgorica, 2007.
 - *Statistički godišnjak 2007*, Zavod za statistiku Crne Gore - Monstat. Podgorica, 2007.
 - *Uhranjenost djece školskog uzrasta 6-11 godina u Crnoj Gori*, Zbornik radova X Kongres preventivne medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Žižić Lj., Đorđević Z. , Vrnjačka Banja 2008.
 - *Strategija za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti*, Podgorica, 2008
 - *MONTENEGRO MULTIPLE INDICATOR CLUSTER SURVEY*, UNICEF, Podgorica, 2005 http://www.unicef.org/montenegro/MICS_3_PRINTED_TEXT.pdf
 - *NHS Montenegro 2008, MASTER FINAL*
 - *Strategija razvoja i redukcija siromaštva*, 2003.
-