

**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”**



---

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**

**ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ  
ЗА 2012. ГОДИНУ**

---

**Београд 2013.**

Садржај

## **I СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА**

*Демографски показатељи*

*Социјално-економски показатељи*

*Животна средина и здравље*

- *Здравствена исправност воде за пиће*
- *Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе*
- *Квалитет ваздуха*

## **II УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА**

*Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем*

- *Болести система крвотока*
- *Малигне болести*
- *Шећерна болест*

*Оболевање и умирање од заразних болести*

## **III ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

*Здравствено стање деце*

*Здравствено стање школске деце*

*Здравствено стање одраслог становништва*

*Здравствено стање жена*

*Стоматолошка здравствена заштита*

## **IV БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

## **V ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ**

## **VI ЗАКЉУЧЦИ**

# I СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА

## Демографски показатељи

Становништво и његове карактеристике се не сматрају директним здравственим индикатором, али се користе као деноминатор за израчунавање различитих показатеља здравственог стања.

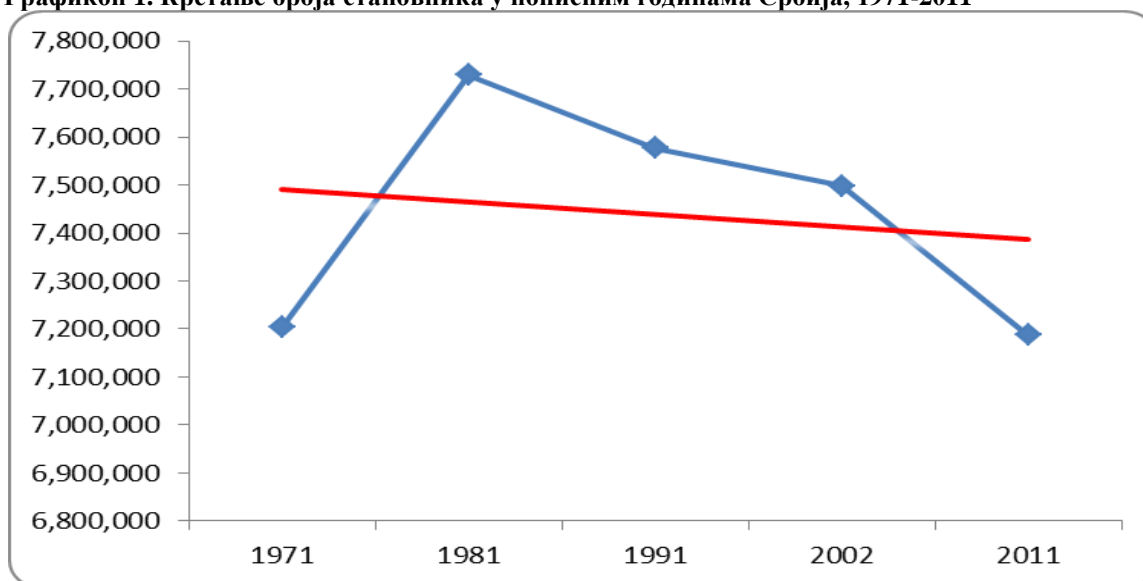
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953-1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији, бележи тренд смањења (графикон 1).

Табела 1. Број становника у пописним годинама Србија, 1953-2011

Пописна година	Број становника
1953	6.162.321
1961	6.678.247
1971	7.202.914
1981	7.729.246
1991	7.822.795
2002 <sup>1</sup>	7.893.125
1991 <sup>2</sup>	7.576.837
2002	7.498.001
2011	7.186.862

1- По методологији пописа 1991; 2 - По методологији пописа 2002  
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

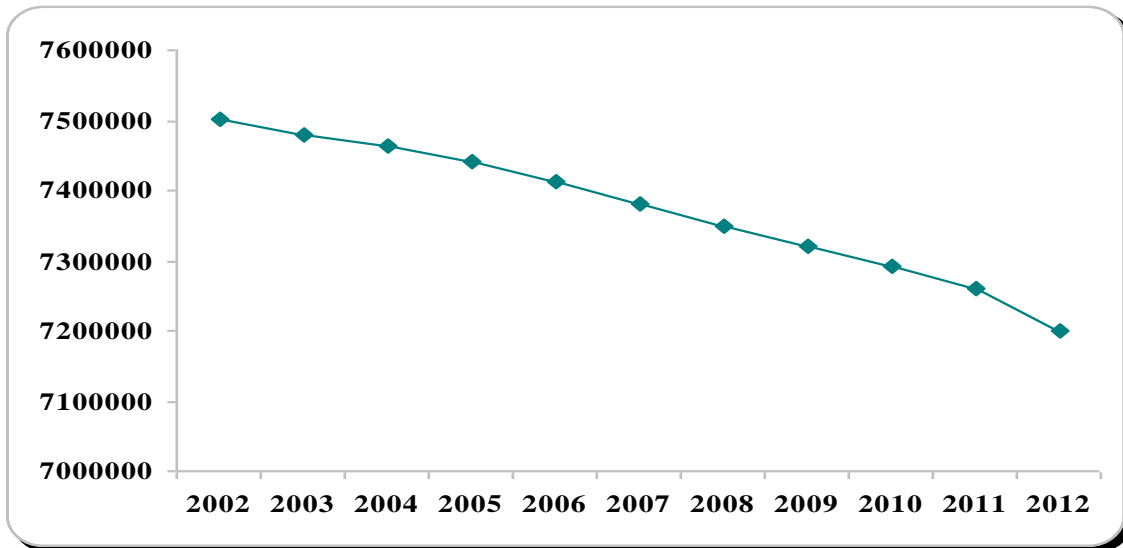
Графикон 1. Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971-2011



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2012 година (графикон 2).

**Графикон 2. Процењен број становника, Србија, 2002–2012.**



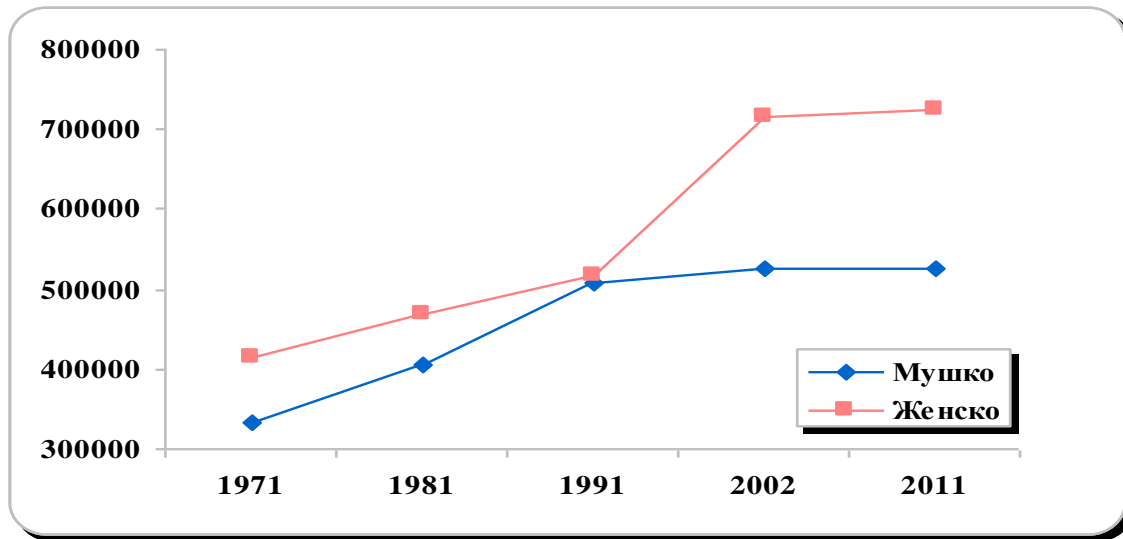
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Старост становништва је важан здравствени фактор који има изузетан значај у анализи биолошке структуре становништва и одређује се према учешћу популације старих у укупном броју становника одређене територије.

У савременим условима социјална граница старости је 65 година. Према критеријумима на основу којих се оцењује старост популације, становништво Републике Србије је још у 1981. години достигло праг старе популације, док од 1991. године има све карактеристике врло старог становништва.

Када се посматра учешће становништва старијег од 65 година у укупној популацији у пописним годинама у периоду 1971–2011. године, уочава се његово повећање у односу на сваки претходни попис (графикон 3). У 1971. години учешће мушког дела популације старијег од 65 година у укупном броју мушке популације износило је 7,99%, док су жене старије од 65 година чиниле 9,72% укупне популације женског пола. Према Попису 2011. године, учешће старијих од 65 година је скоро два пута повећано у укупној мушкој популацији и износи 15,06%, и више од два пута у женској популацији и износи 19,61%, што указује на интензиван тренд старења у посматраном периоду.

Графикон 3. Број становника старијих од 65 година по полу у пописним годинама, Србија, 1971–2011.



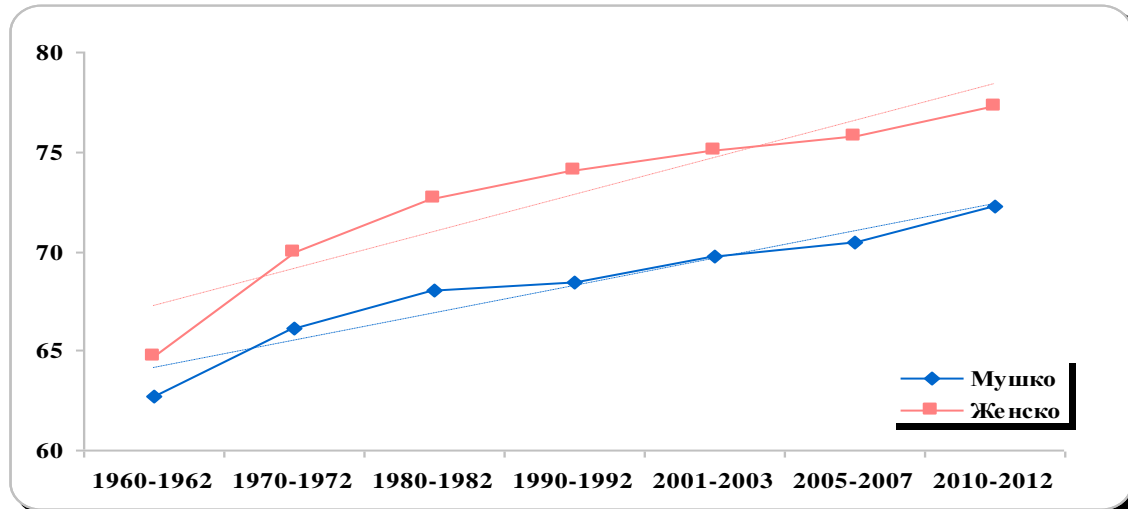
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Такође, старосна структура становништва према подацима Пописа из 2011. године потврђује чињеницу да је становништво Србије у тренду прогресивног старења. Наиме, становништво старије од 65 година чинило је 17,40% целокупне популације Републике Србије.

Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва и квалитета његовог живота.

Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2012. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2006. године достигло 70,81 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2006. години оно бележи пораст за 11,49 година (76,19 године).

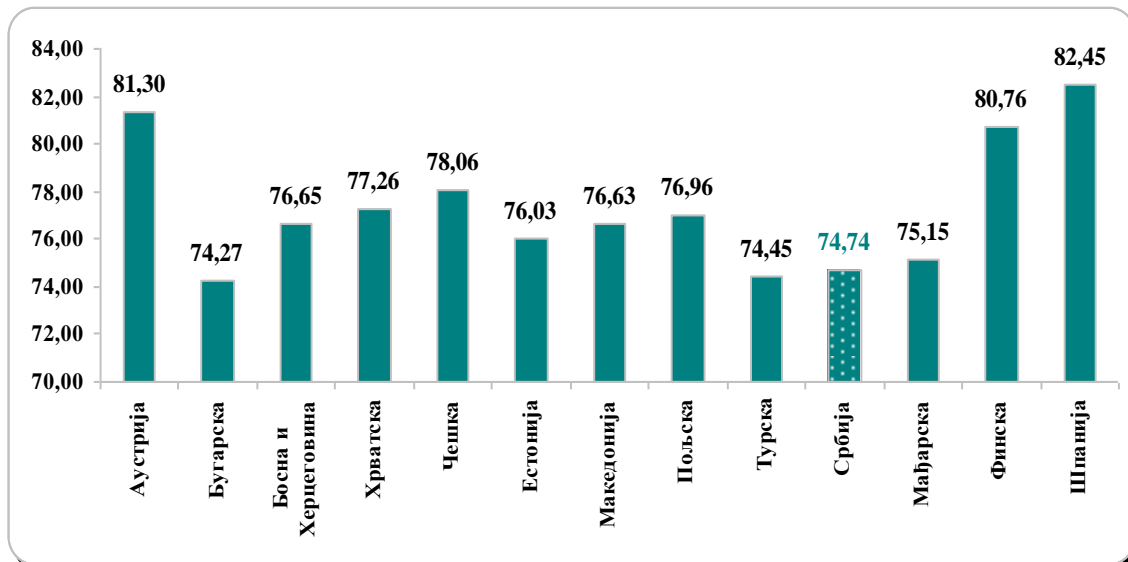
Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У 2012. години долази до пораста овог показатеља када је он износио 74,74 године (72,22 мушкарци и 77,29 жене.), графикон 4

Графикон 5. Очекивано трајање живота на рођењу у Србији и изабраним европским земљама, 2011.



Извор података: база података „Здравље за све” Светске здравствене организације

У природном кретању становништва Републике Србије у протеклих 10 година карактеристичне су следеће тенденције:

- смањење наталитета – стопа наталитета (на 1000 становника) је са 10,4 у 2002. години смањена на 9,3 у 2012. години;
- пораст општег морталитета – стопа опште смртности (на 1000 становника) је повећана са 13,7 у 2002. години на 14,2 у 2012. години;

- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -3,3 у 2002. години на -4,9 у 2012. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – од 2002. године стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 10,1 на 7,0, колико је износила у 2009. години (табела 1), да би у 2012. години било забележено смањење вредности овог показатеља на 6,2 .

Табела 2. Витални догађаји, Србија, 2002–2012.

ПОКАЗАТЕЉ	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	10,4	10,5	10,5	9,7	9,6	9,2	9,4	9,6	9,4	9,0	9,3
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	13,7	13,8	14,0	14,3	13,9	13,9	14,0	14,2	14,2	14,2	14,2
Стопа природног прираштаја (на 1000 становника)	-3,3	-3,3	-3,5	-4,6	-4,3	-4,7	-4,6	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9
Смртност одојчади (на 1000 живорођене деце)	10,1	9,0	8,1	8,0	7,4	7,1	6,7	7,0	6,7	6,3	6,2

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

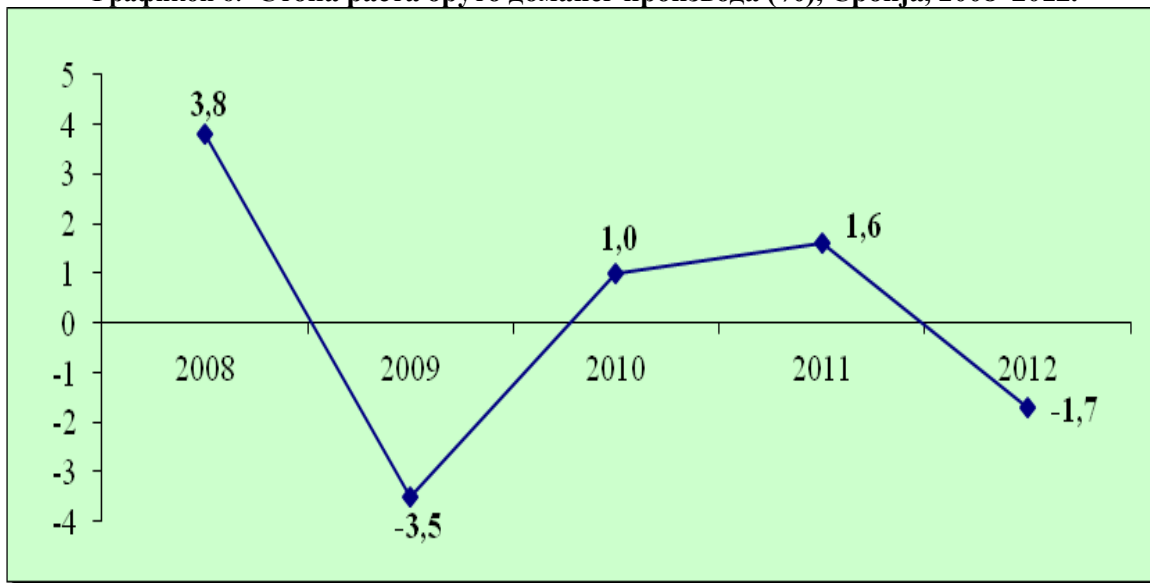
### *Социјално-економски показатељи*

Укупна економска активност у Републици Србији у 2012. години поново слаби и манифестује знаке рецесионих кретања, након извесног опоравка привреде у претходној години. Пад укупне домаће привредне активности праћен је оштрим падом индустријске производње, растом спољнотрговинског дефицита и задужености земље, скромним растом извоза и јаким инфлаторним и депресијацијским притисцима.

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски агрегат, а самим тим и индикатор економског развоја и макроекономске стабилности. Он представља меру укупне економске активности свих резидентних институционалних јединица, при чему је обухваћена производња како материјалних добара, тако и свих врста услуга. Бруто домаћи производ по становнику у 2008. години износио је 4.446 евра (6.493 US\$), да би у 2009. години под утицајем кризе већина привредних сектора забележила значајан пад активности, а бруто домаћи производ по становнику пао на 3.955 евра док је укупна стопа привредног раста негативна (-3,5%). Стопа раста бруто домаћег производа у 2010. години у Србији бележи скромних 1,0%, да би у

2011. години настављен започети раст и остварена стопа од 1,6%. Након двогодишњих позитивних кретања, у 2012. години бруто домаћи производ поново показује негативну стопу раста односно смањење за 1,7% у односу на претходну годину (графикон 6). Најизраженији пад бруто домаћег производа бележе сектори: пољопривреда, шумарство и рибарство; грађевинарство и снабдевање електричном енергијом, гасом и паром. Насупрот, највећи раст остварен је у секторима: информисање и комуникације и финансијске делатности и делатности осигурања. Готово две трећине бруто домаћег производа остварили су тзв. неразмљиви сектори. Пад индустријске производње у 2012. години већи је од пада укупне привредне активности и износи 2,9%. Укупан бруто домаћи производ процењен је на 29,932 милијарде евра. Бруто домаћи производ по становнику процењен је на 4.158 евра (5.338 US\$) у 2012. години.

**Графикон 6. Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2008–2012.**



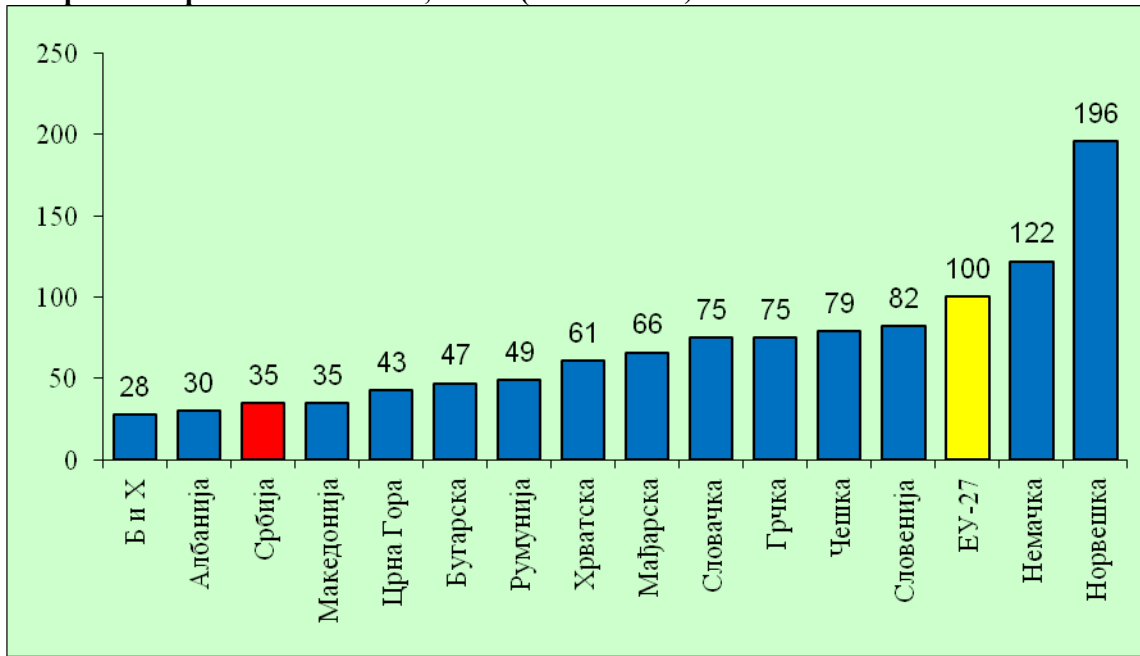
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

Након читаве деценије, са малим изузецима, позитивних стопа раста, под утицајем светске економске кризе у 2009. години су све земље Европе, изузев Пољске, забележиле негативну стопу раста реалног бруто домаћег производа. Ове стопе раста у 2010. години поново постају позитивне (просек Европске уније је 2,0%). У 2011. години, негативну стопу раста реалног бруто домаћег производа у Европи бележе само Грчка и Португал, док је просек Европске уније 1,7%. Међутим, 2012. године просечна стопа раста бруто домаћег производа 28 земаља Европске уније поново постаје негативна и износи -0,4%. Лошије перформансе стопе раста од Србије, у Европи су исказале: Грчка, Црна Гора, Португал, Словенија, Италија, Кипар и Хрватска.

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2012. години износи свега 35 индексних поена просека Европске уније, што је идентично позицији Србије из 2011. године (графикон 7).



**Графикон 7. Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2012. (ЕУ-28 = 100)**



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Републички завод за статистику Србије, <http://webzrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>; Министарство финансија, <http://www.mfin.gov.rs>; Светска банка, <http://worldbank.org>

Према извештају Светског економског форума за 2012. годину, Србија је рангирана на 95. позицији, на листи од 144 земље, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 3,87. Овај композитни индекс конкурентност дефинише као скуп институција, политика и фактора који одређују ниво продуктивности једне земље и степен развоја који може бити остварен. У односу на претходну годину, вредност GCI је опала занемарљиво (свега 0,01), па тако није дошло до померања ранга Србије. Имајући такође у виду да је листа земаља проширена у односу на претходну годину (са две земље), може се сматрати да Србија у 2012. години не назадује него стагнира на достигнутом нивоу конкурентности.

У односу на претходну годину дошло је првенствено до промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену макроекономског окружења забележен је значајан пад у односу на извештај из претходне године (продубљивање инфлације, буџетског дефицита и задужености државе). Насупрот томе остварен је значајан напредак у домену технолошке оспособљености земље (развој мреже за обезбеђење услуга мобилне телефоније и интернета). У домену здравства и основног образовања, као једном од 12 стубова конкурентности дошло је до опадања вредности GCI са 5,82 у 2011. на 5,73 у 2012. години.

Највишу вредност GCI Србија је остварила 2008. године (3,90), уочи првог таласа финансијске кризе, да би његова вредност већ у наредној години приметно опала. До опадања GCI дошло је у највећој мери услед негативних очекивања привредника, која су и иначе кључна за формирање GCI.

Највећу вредност GCI, од 5,72 у 2012. години забележила је Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земаље из окружења Србија се налази незнатно испред Грчке (GCI је 3,86), а читав низ земаља у окружењу има вишу вредност GCI индекса: Албанија (3,91), Босна и Херцеговина (3,93), Хрватска (4,04), Македонија (4,04), Румунија (4,07), Црна Гора (4,14), Словачка (4,14), Мађарска (4,30), Словенија (4,34).

Спољни дуг Србије у 2012. години је у односу на 2011. знатно већи - за 6,6 процентних поена, тако да је достигао 85,9% бруто домаћег производа, што је основни индикатор екстерне солвентности (ушли смо у област високе задужености, с обзиром да је пређена граница од 80% која је критеријум Светске банке). Укупан спољни дуг Републике Србије је на крају 2012. године износио 25,7 милијарди евра. На раст спољног дуга највећи утицај је имало задуживање државе на међународном финансијском тржишту, у току последњег тромесечја 2012. године.

Однос спољног дуга на крају 2012. године и 12-месечног извоза робе и услуга, увећаног за иностране дознаке (прилив по основу иностраних дознака могуће је укључити с обзиром да је реч о стабилном и значајном приливу, према методологији Светске банке) износи 175,4%, што је у границама одрживости према критеријуму Светске банке (до 220%). Индикатор је одржив и када се искључи прилив по основу иностраних дознака (215,9%).

У 2012. години долази до смањења девизних резерви на 10,9 милијарди евра (12 милијарди у 2011. години). Релативно висок ниво страних директних инвестиција из 2011. године смањен је у 2012. години на свега 232 милиона евра. Такође је забележено значајно успоравање раста извоза, који је у првим годинама од наступања кризе био главни генератор опоравка српске економије. Тако је извоз у 2012. години порастао за 4,7% у односу на претходну годину (стопа раста извоза у 2011. години била је 14,2%). Раст увоза у 2012. години био је 3,7% (2011. године је износио 12,9%). Спољнотрговински дефицит повећан је у 2012. години за 2,4%. Текући дефицит платног биланса достигао је у 2012. години 3,2 милијарде евра (2,9 милијарди евра у 2011. години), тако да чини 10,5% бруто домаћег производа.

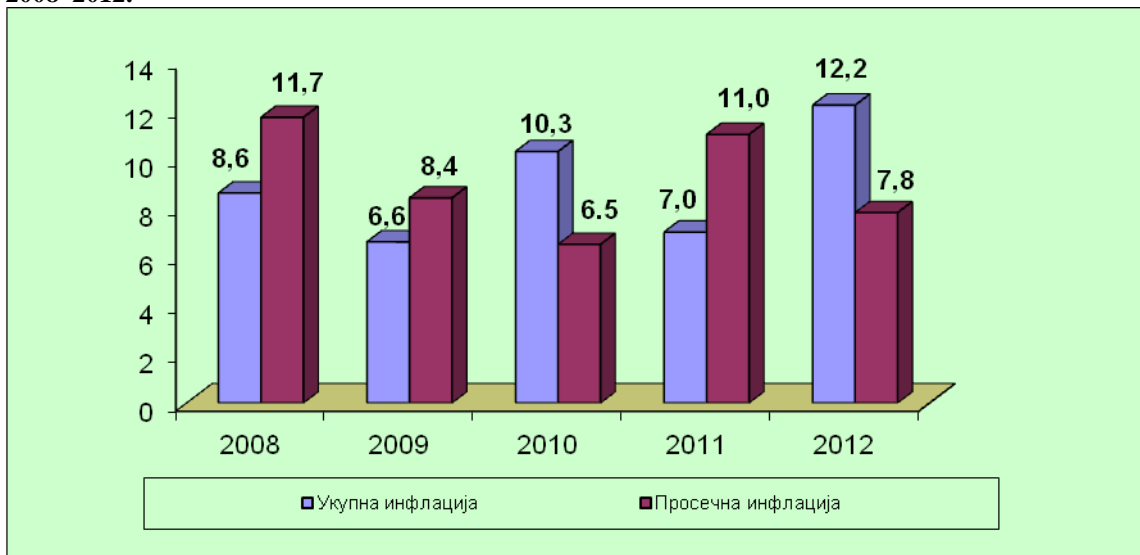
У 2012. години дошло је до слабљења националне валуте и депресијације динара од 8,7% у односу на вредност евра на крају 2011. године.

У посматраном петогодишњем периоду, 2008–2012. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз изражену осцилацију стопе инфлације. Умеренијем расту инфлације у односу на претходни петогодишњи период значајно су допринеле рестриктивна фискална и монетарна политика, као и кредитни аранжмани Србије са Међународним монетарним фондом. У складу са „Споразумом о циљању (таргетирању) инфлације”, којим су утврђени основни принципи сарадње и координације монетарне и фискалне политике, Влада РС и Народна банка Србије сачињавају „Меморандум о утврђивању циљане стопе инфлације”.

Инфлаторна кретања из претходног периода настављена су још снажније током 2012. године да би, као и у претходној години, пробили горњу границу циљане

инфлације. У 2012. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је чак 12,2%, што је за 6,7 процентних поена изнад горње границе дозвољеног одступања од циља за 2012. годину ( $4\% \pm 1,5\%$ ), док је у претходној години граница пређена за свега један процентни поен. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2012. години износио је 7,8% (графикон 8).

**Графикон 8. Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2008–2012.**



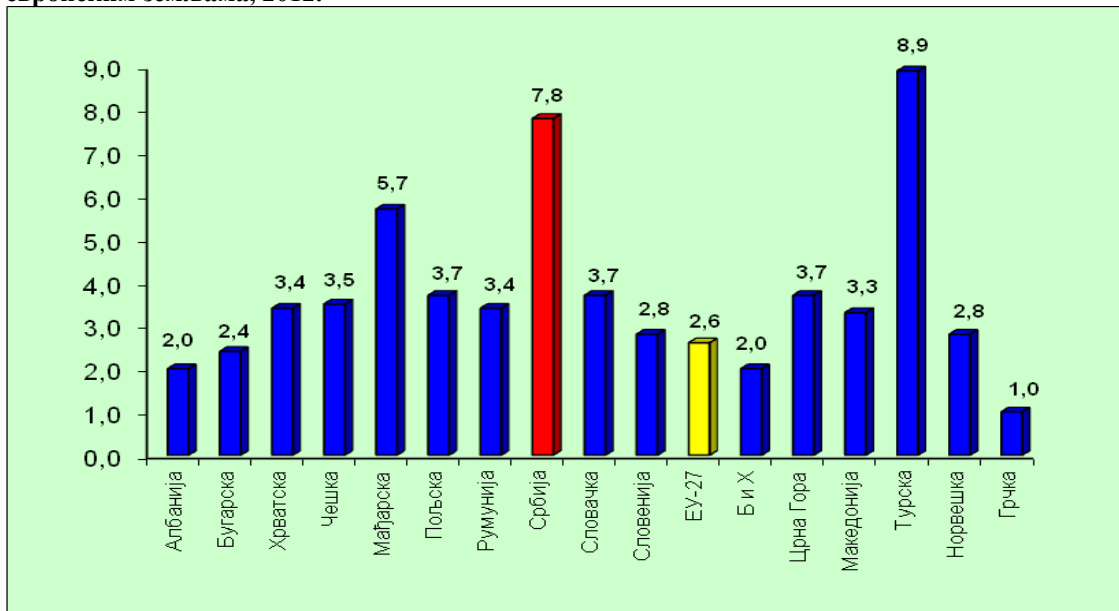
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Укупна инфлација од 2009. године представља званичну меру инфлације у Србији. Реч је о тзв. хармонизованом индексу цена, као посебном индексу цена на мало, који се обрачунава по методологији усклађеној с препорукама Европске уније. То је промена цена фиксне корпе робе и услуга коју домаћинства купују у циљу задовољавања својих потреба (листа производа и услуга садржи и изнајмљивање стана, финансијске услуге, услуге образовања, осигурања, угоститељске и здравствене услуге). Републички завод за статистику извршио је израчунавање овог индекса и за претходне две године и он показује континуирани пад до 2010. године, када расте за чак 3,7 процентних поена. Истовремено, Републички завод за статистику је престао са израдом индекса цена на мало, према ранијој методологији.

За разлику од апресијацијских притисака на динар током претходне године, започетих још у децембру 2010. године, у 2012. години долази до изражене девалвације националне валуте.

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (2,6%, што пад у односу на претходну 2011. годину од 0,5%) . Међутим, постоје и велике разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У односу на земље из окружења, Србија такође има знатно вишу стопу инфлације (графикон 9).

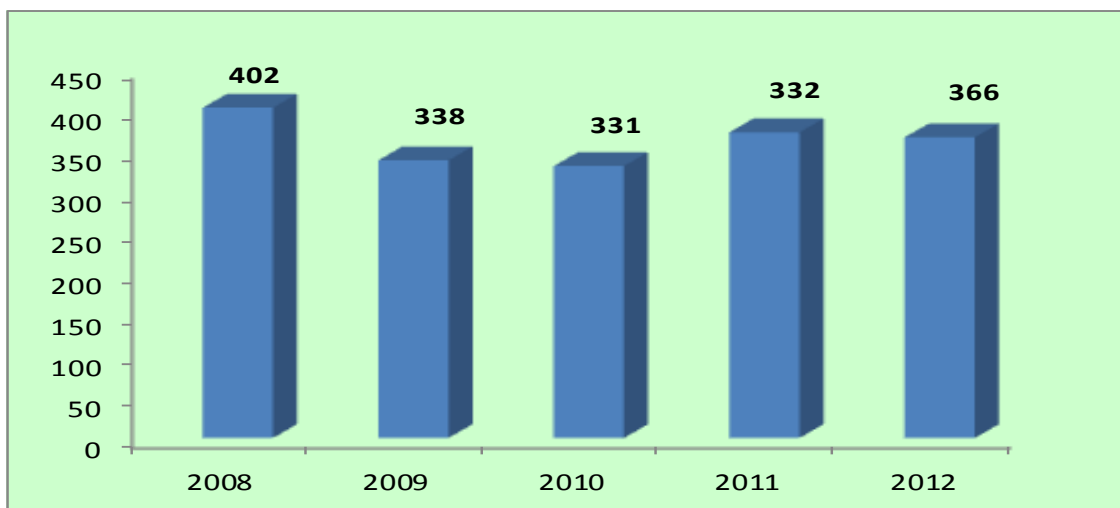
**Графикон 9. Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webzrs.stat.gov.rs/axd/index.php>

У посматраном петогодишњем периоду (2008-2012), просечне нето зараде бележе пораст у свакој посматраној години. Овај раст је са 3,9% на почетку периода опао на 0,2% у 2009. години. У наредним годинама реалне стопе раста нето зарада биле су испод 1%, следствено рестриктивној фискалној политици Владе (која је укључила мере замрзавања плата у јавном сектору, као и пензија, што је обезбедило и смањење јавне потрошње). Реална стопа раста нето зарада у 2012. години износила је 1,1%. Реалне стопе раста пензија негативне су од 2010. Године и у 2012. години ова стопа је -2,2%. У 2012. години просечна нето зарада у Србији износила је 41.377 динара, што је номинални и реални пораст у динарима у односу на претходну годину, али и пад ако се посматра индексирано у еврима (графикон 10).

**Графикон 10. Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2008–2012.**

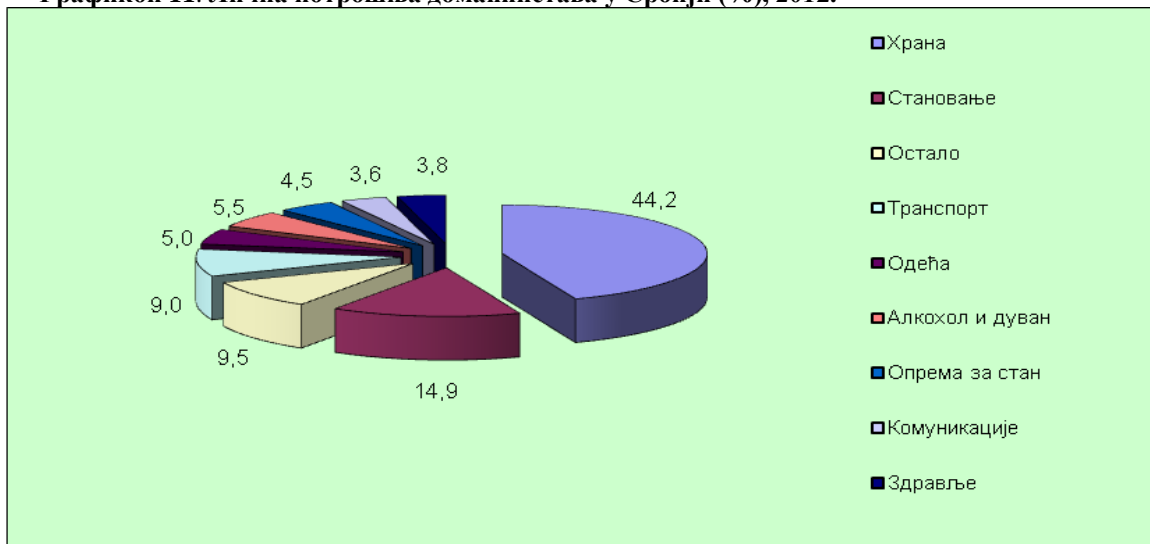


Извор података: Републички завод за статистику Србије

У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу најнижима у читавом посматраном периоду (просечна месечна нето зарада у Европској унији била је у 2012. години 1.643 евра).

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинства, као и пензије као основни социјални трансфер становништву продукују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинства, као и њену структуру по намени. Просечне пензије износиле су у 2012. години 22.450 динара, односно 54% просечне нето зараде, што значи наставак тренда пада и опадање за 2 процентна поена у односу на претходну годину. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2012. години била је незнатно нижа у односу на претходну годину и износила је 47.536 динара. У структури личне потрошње домаћинства у 2012. години највеће учешће имају издаци за исхрану (44,2%), чиме је њихово учешће у структури укупне личне потрошње порасло за 1,3% у односу на претходну годину. Следе их трошкови становања (14,9%). Веће учешће у структури личне потрошње у односу на претходну годину имају и издаци за транспорт, одећу, опрему за стан и издаци за алкохол и дуван (за 1,1%). Расходи за здравље чине 3,8 % укупне личне потрошње домаћинства, што је за 0,1 процентни поен мање у односу на 2011. годину (графикон 11).

**Графикон 11. Лична потрошња домаћинства у Србији (%), 2012.**



Извор података: Републички завод за статистику Србије

Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, наслеђен из предтранзиционог периода, а даље продубљен кроз процесе својинске трансформације, реструктурирања предузећа и светску економску кризу у 2009. години. Благи опоравак економске активности у 2010. години није ублажио негативне трендове на тржишту рада. Напротив, они су у читавом посматраном периоду продубљавани. При томе, тржиште рада у Србији је у претходним годинама показивало дуалност – један број запослених има високу сигурност запослења, док је са друге стране приватни сектор, који се прилагођава

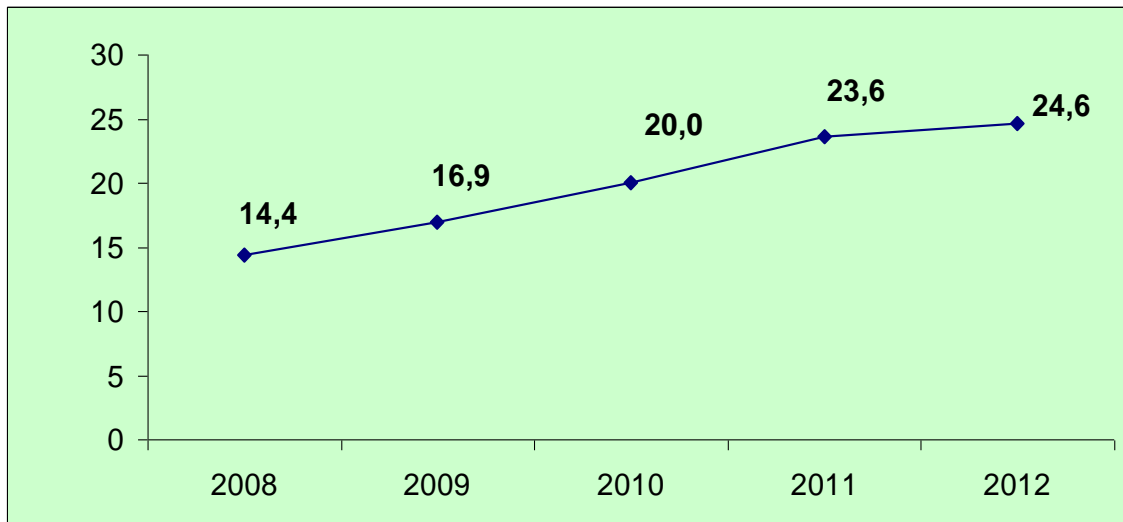
кризи смањењем броја запослених. Поред неусклађености између понуде и тражње радне снаге, тржиште рада показује несклад и у старосној, професионалној и квалификационој структури.

У читавом посматраном периоду присутна је негативна тенденција пада броја запослених, тако да је укупан број запослених према Анкети о радној снази у 2012. години смањен у односу на претходну годину за 24.866 и износи 2.228.343 лица. Од тог броја формално запослених је 1.727.048, што такође представља пад у односу на 2011. годину, када је формална запосленост износила 1.746.138. Остатак до укупног броја запослених чине неформално запослени, односно лица која раде „на црно”. Рад „на црно” обухвата запослене у нерегистрованој фирми, запослене у регистрованој фирми, али без формалног уговора о раду и без социјалног и пензионог осигурања, и неплаћене помажуће чланове домаћинства. Стопа запослености је тако наставила тренд пада присутан од 2008. године и са 45,4% у 2011. години благо се смањила на 45,3% запослености становништва радног узраста у 2012. години.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у укупном становништву радног узраста (15–64 године) осцилира у посматраном периоду, па је тако у 2012. години већа за 0,7% у односу на претходну годину и износи 60,1%.

Стопа незапослености, као базични индикатор тржишта рада, у континуираном је порасту од 2008. године (графикон 12). Нагли пад у 2008. години може да се припише измени методологије обрачуна у Анкети о радној снази, ради усаглашавања са међународном. У 2012. години стопа незапослености становништва радног узраста достигла је 24,6%. То је знатно више у односу на просек Европске уније (10,5%) и у односу на посматране земље у окружењу, са изузетком Босне и Херцеговине (графикон 13). Укупан број незапослених у 2012. години повећан је тако на 701.138 лица. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 25,6%. Стопа незапослености опада са годинама старости, али у 2012. години показује смањење јаза. Она је највећа код најмлађе старосне групе (15-24 године) где, изражена као процентуално учешће незапослених младих у активном становништву посматране старосне групе, износи 51,1%, што је такође благи раст у односу на претходну годину. Све већи број младих је незапослен или недовољно запослен, на повременим и несигурним, слабо плаћеним и нискоквалификованим пословима, у нелегалној економији, без изгледа за професионално напредовање.

**Графикон 12. Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2008–2012.**

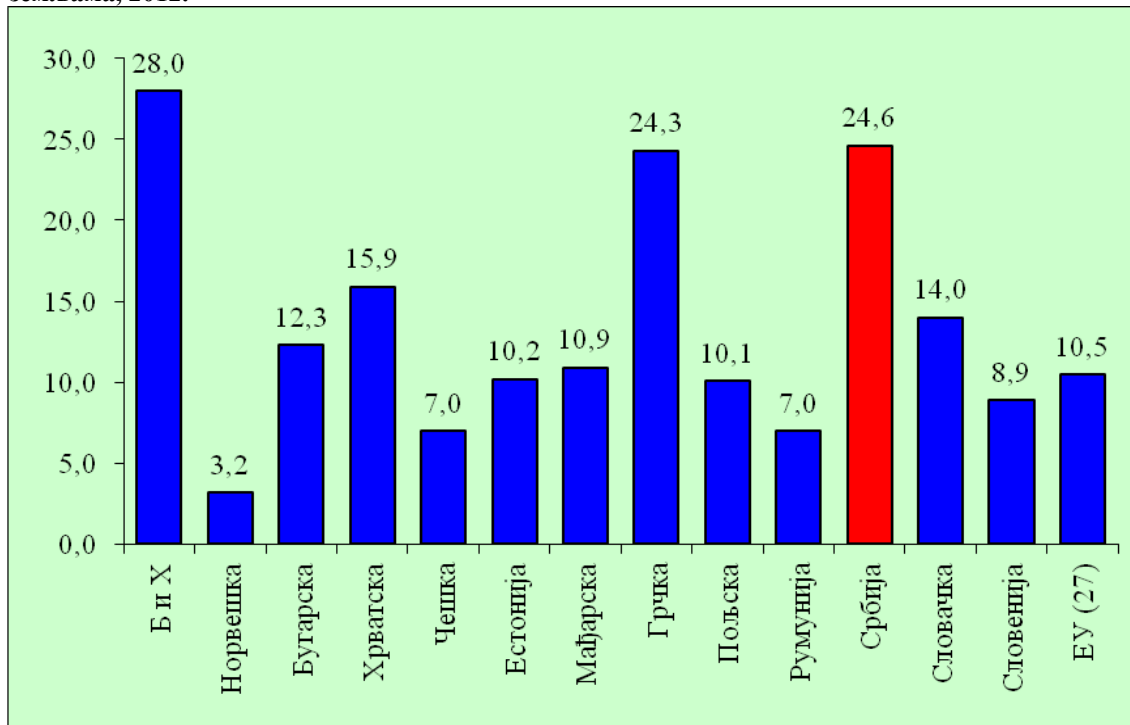


Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2012. години, кроз њене три димензије:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста, која износи 19,2%. То је евидентан пораст у односу на претходну годину (за 1,8 процентних поена) и указује на висок степен социјалне искључености.
2. Учешће дугорочне незапослености у укупној наставило је свој раст, по готово идентичној стопи, порасло је за 4,4 процентних поена у односу на претходну годину и износи 78%.
3. Укупна стопа веома дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 24 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста је чак 14,8%, што је такође континуирано повећање у односу на претходну годину. Ова стопа далеко је важнија од стопе укупне незапослености, са социјалног и психолошког аспекта (указује на ризик од западања у стање безизлазности и обесхрабрености за даље тражење запослења и ситуације социјалне искључености).

**Графикон 13. Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>

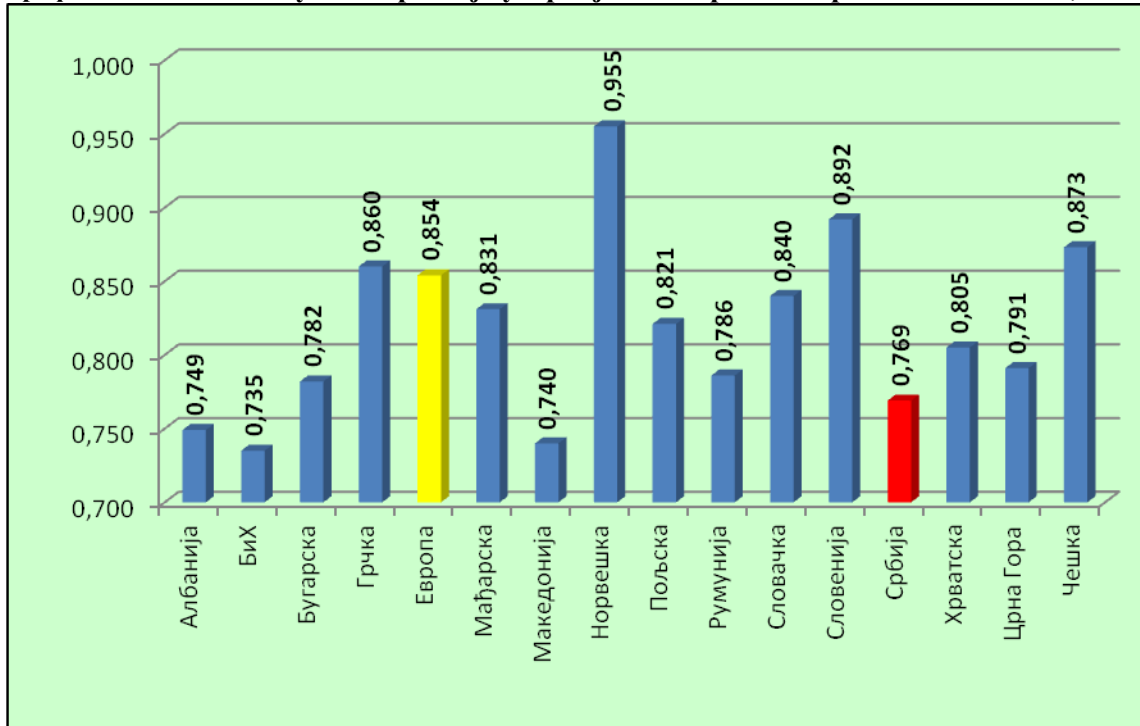
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја. Индекс хуманог развоја (HDI) је сложени показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја и изражава просечна достигнућа земље у домену здравља, образовања и животног стандарда – мереног величином бруто националног дохотка по становнику по куповној моћи (распон индекса је 0 до 1, а вредности ближе јединици показују виши квалитет живота). У посматраном временском периоду он је у благом порасту у Србији, уз стагнацију у 2012. години када је остао на достигнутом нивоу од 0,769.

Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI индекса су следеће: очекивани животни век 74,7 година (здравствени индекс 0,862; допринос здравства 40,1%), просечна дужина школовања 10,2 године и очекивана дужина школовања 13,6 година (образовни индекс 0,787; допринос образовања 30,5%) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 9.533 (доходни индекс 0,673; допринос животног стандарда 29,4%).

Према вредности индекса хуманог развоја Србија је на 64. месту у свету, што је пад за пет места у односу на претходну годину. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља, што се дугује пре свега релативно ниској вредности доходног подиндекса (графикон 14).



**Графикон 14. Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: UNDP Database, <http://www.un.org/en/databases>

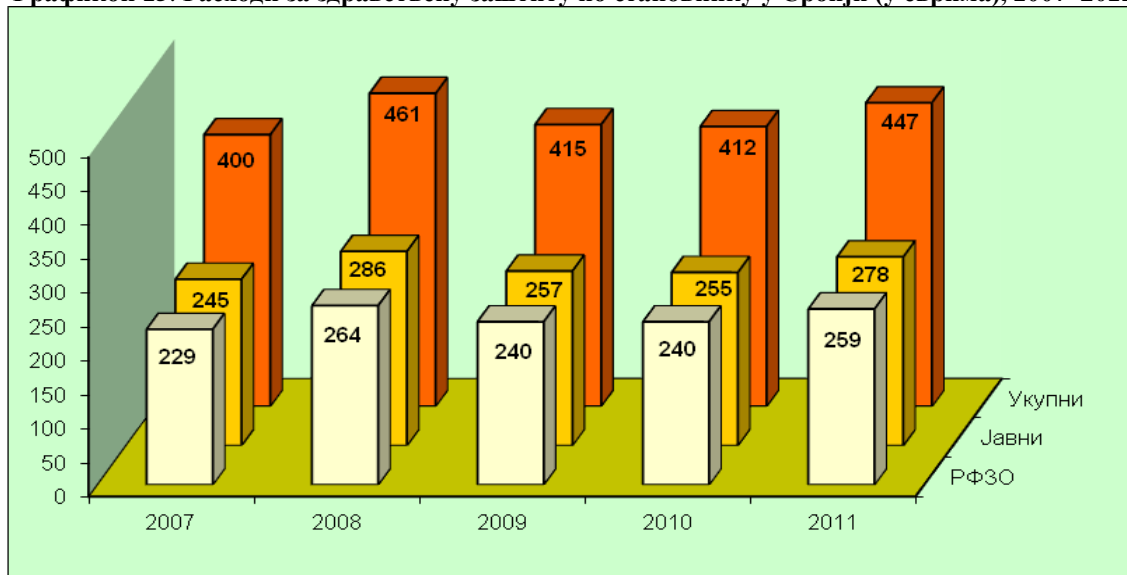
Вишеструка ускраћеност домаћинстава у области образовања, здравства и животног стандарда прати се од 2010. године преко новог композитног индекса – индекса вишедимензионалног сиромаштва (MPI индекс). Вредност индекса вишедимензионалног сиромаштва, према подацима за 2012. годину, је у Србији 0,003%. У Србији је 0,8% становништва погођено вишеструком ускраћеношћу. Ширина ускраћености (интензитет депривације) је у Србији 40% (реч је о просечном проценту ускраћености особа погођених вишедимензионалним сиромаштвом). При томе испод линије сиромаштва, која износи 1,25 PPP US\$ дневно, живи 0,3% становништва.

У посматраном периоду порастао је број сиромашних лица у Србији. Обим сиромаштва велики скок доживљава у 2010. години, да би према подацима Министарства рада, запошљавања и социјалне политике у 2012. години чак 735.826 лица било корисници неке врсте социјалне помоћи.

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2007–2011. година, како у свом укупном износу, тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког фонда за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту. Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз стабилно учешће у бруто домаћем производу, након повећања у 2007. години. У 2009. години, међутим, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, негативне стопе раста бруто домаћег производа, а израженијег пада курса динара према евр, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2010.

години у Србији стабилизују се на достигнутом нивоу и износе 412 евра по становнику. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији расту и достижу у свом укупном износу 447 евра, односно 622 долара по становнику (графикон 15). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су 259 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту износили у 2011. години 278 евра по становнику. Приватни расходи за здравствену заштиту имају у посматраном периоду вишу стопу раста од осталих, али је она у 2009. години успорена, тако да су у 2010. години такође стабилизовали на достигнутом нивоу, да би у 2011. години порасли на 169 евра по становнику.

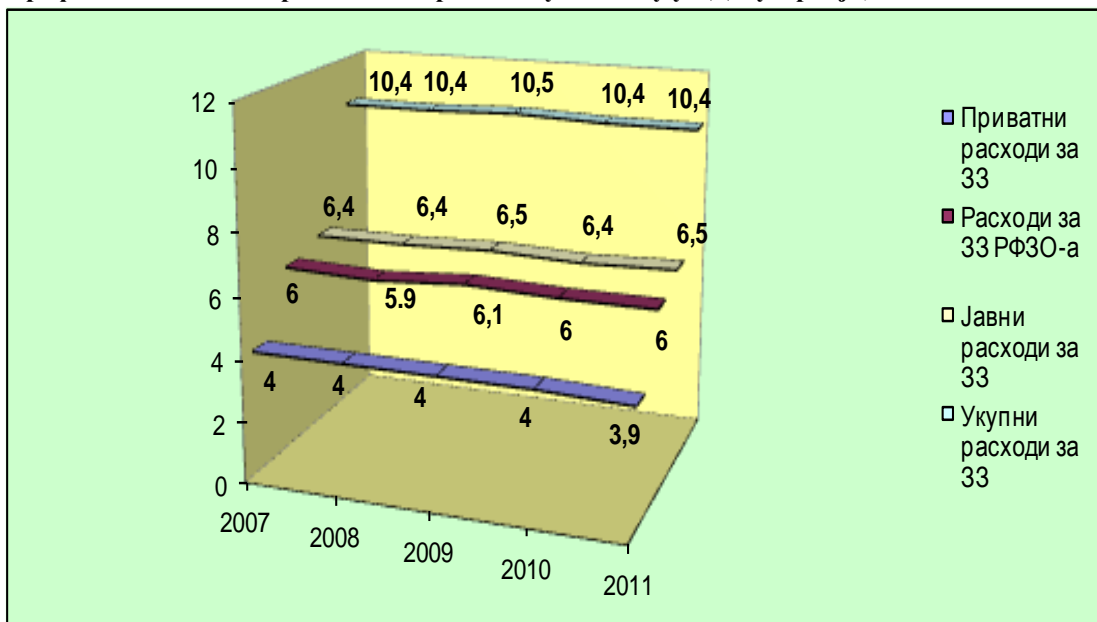
**Графикон 15. Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2007–2011.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу порасло је у 2007. години за један процентни поен и стабилизовало се у наредним годинама на 10,4%, уз благи пораст у 2009. години на 10,5% (графикон 16). Учешће приватних расхода за здравствену заштиту се, након повећања од пола процентног поена у 2007. години, задржало на 4% БДП-а, све до 2011. године када се незнатно смањује и износи 3,9% Учешће расхода за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП износи у посматраном периоду приближно 6%, с тим што је у 2007. години повећано за пола процентног поена и благо осцилирало у наредне две године. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6,5% у 2011. години, уз сличну динамику у посматраном периоду. Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу, по свим посматраним компонентама, показује изражену стабилност.

**Графикон 16. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2007–2011.**

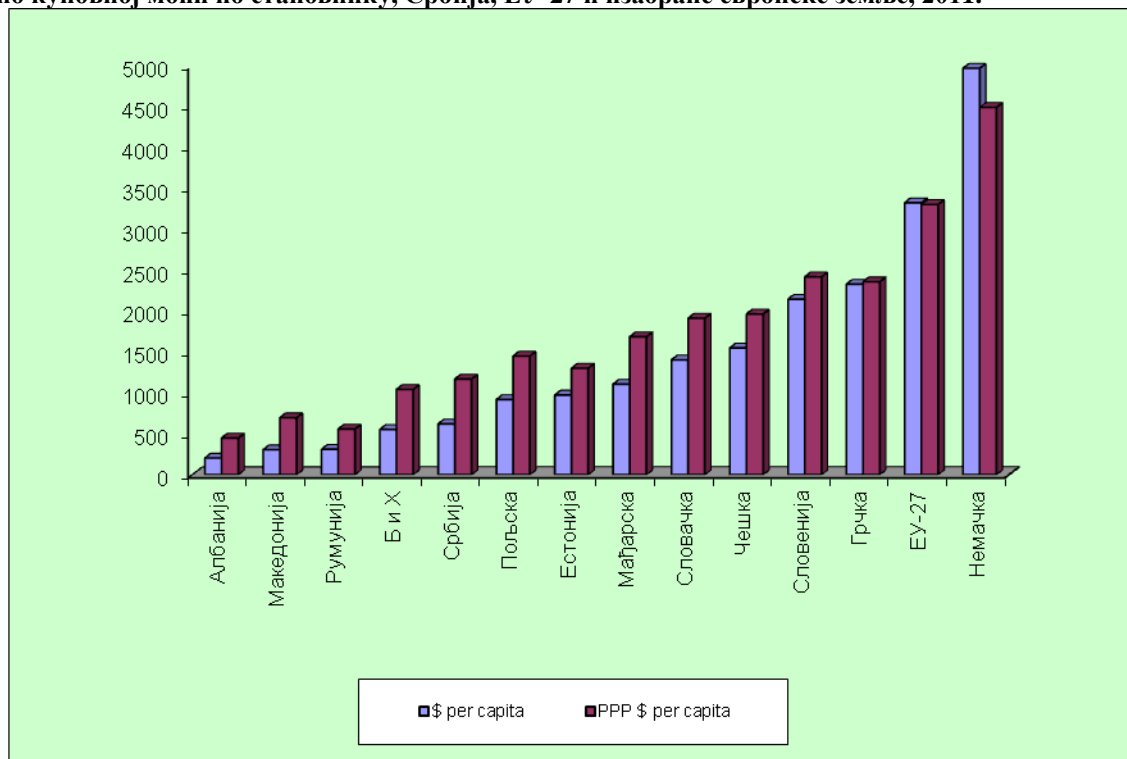


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 10,4% изнад просека Европске уније (9,57% у 2011. години), и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља. Заправо, већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат од БДП-а, у Европи има свега неколико земаља: Аустрија, Белгија, Босна и Херцеговина, Данска, Француска, Немачка, Холандија и Швајцарска, незнатно или до 1,5 процентних поена.

Међутим, у поређењу са земљама Европске уније и неким другим европским земљама, као и просеком земаља Европске уније, Република Србија издваја у апсолутном износу мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа Србије (графикон 17).

**Графикон 17. Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику и у доларима по куповној моћи по становнику, Србија, ЕУ-27 и изабране европске земље, 2011.**



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; WHO/Europe, European HFA Database, <http://data.euro.who.int/hfad/>; Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

## *Животна средина и здравље*

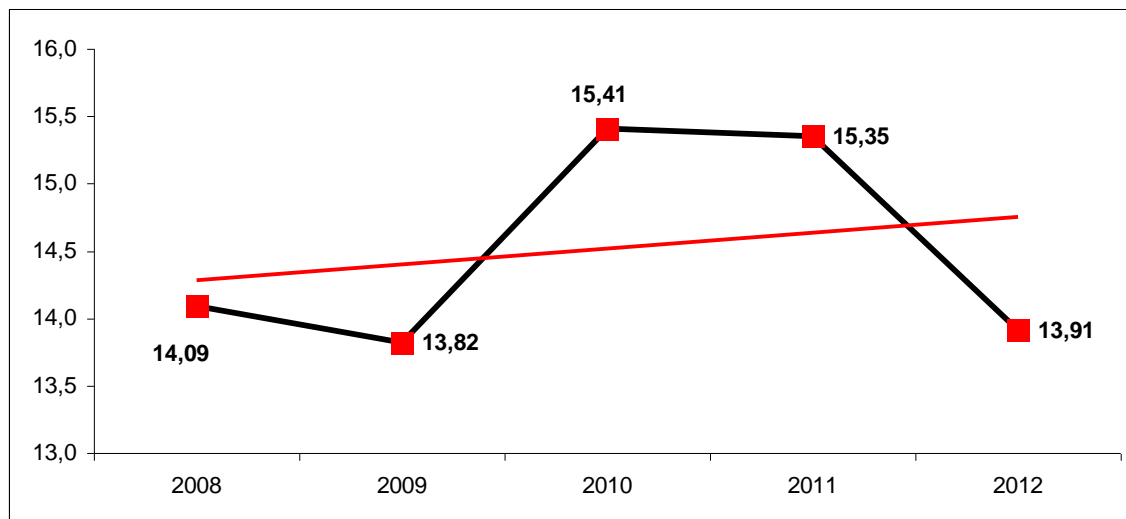
### *Здравствена исправност воде за пиће*

У 2012. години на територији Републике Србије физичко-хемијска исправност испитана је на 59.900 узорка воде за пиће из централних водоводних система, од којих је 8333 или 13,91% било неисправних.

Просечна неисправност узорка воде за пиће из централних водоводних система у Републици Србији, у односу на критеријуме оцене физичко-хемијске исправности, за период од 2008. до 2012. године, износила је 14,52%.

У наведеном периоду физичко-хемијска неисправност контролисаних узорка воде за пиће се кретала у распону од 13,82% до 15,41% показујући благи тренд пораста (графикон 18).

**Графикон 18. Процент физичко-хемијски неисправних узорака воде за пиће из централних водоводних система, Србија, 2008–2012.**



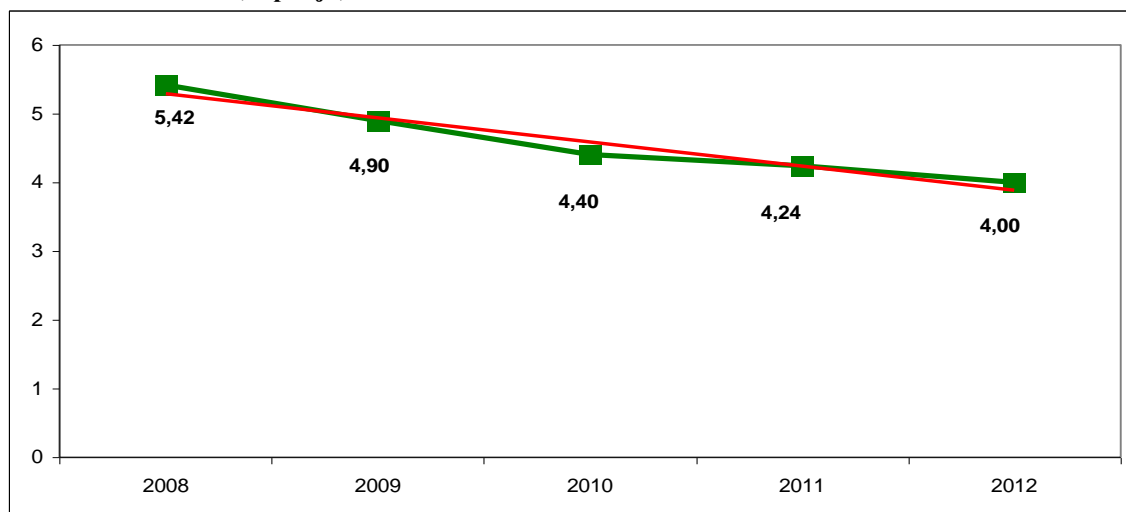
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У 2012. години на територији Републике Србије на микробиолошку исправност је испитано 62.446 узорака воде за пиће из централних водоводних система, од којих је 2500 или 4,00% било неисправно

Просечна неисправност узорака воде за пиће из централних водоводних система у Републици Србији, у односу на критеријуме оцене микробиолошке исправности, за период од 2008. до 2012. године је износила 4,59%.

У наведеном периоду микробиолошка неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 4,00% до 5,42%. са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорака воде за пиће (графикон 19).

**Графикон 19. Процент микробиолошки неисправних узорака воде за пиће из централних водоводних система, Србија, 2008–2012.**

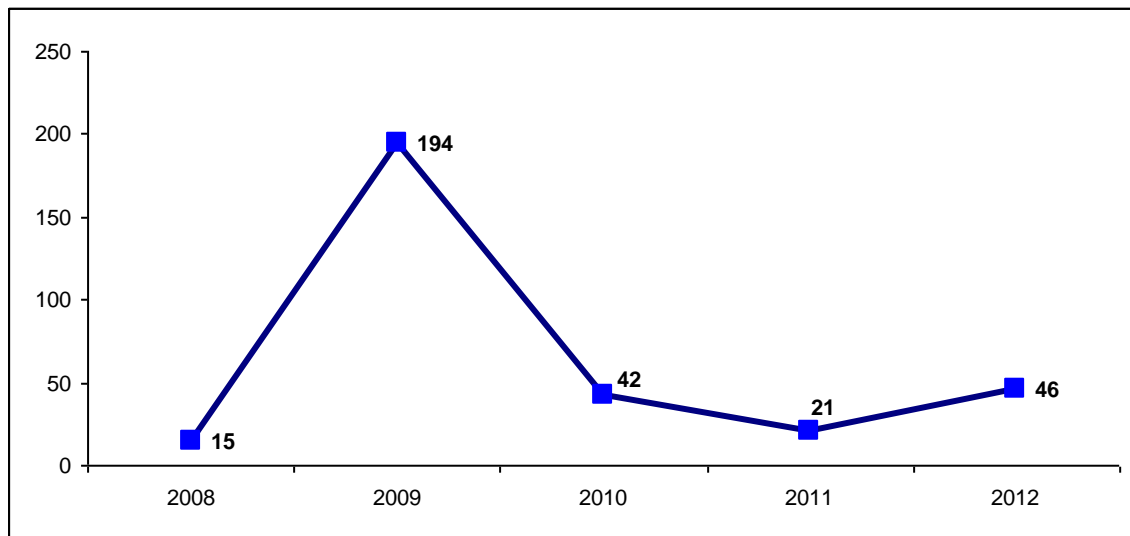


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Најчешћи параметри физичко-хемијске неисправности су повећана мутноћа и боја, повишене концентрације гвожђа, мангана, амонијака, нитрата, нитрита, као и повећан утрошак калијум-перманганата, док су најчешћи узрочници микробиолошке неисправности повећан број аеробних мезофилних и укупних колиформних бактерија.

У 2012. години у Републици Србији регистрована је једна хидрична епидемија (узрочник није утврђен) са 46 оболелих особа (графикон 20). Хидричне епидемије у протеклом петогодишњем периоду су настале као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из локалних водних објеката, који су били ван здравствене контроле.

**Графикон 20. Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2008–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### ***Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе***

Прикупљање података о здравственој исправности намирница контролисаних у мрежи института и завода се до 2009. године обављало на основу Закона о здравственој исправности животних намирница и предмета опште употребе (Сл. лист СФРЈ 53/91). С обзиром на то да од јуна месеца 2009. године област безбедности хране у Републици Србији регулише Законом о безбедности хране (Сл.гласник РС бр. 41/09), прикупљање података о здравственој исправности намирница контролисаних у мрежи института и завода је прилагођено одредбама које тај закон прописује. Од 2010. године прикупљају се подаци о 13 група намирница (почетне и прелазне формуле за одојчад, храну за одојчад и малу децу, храну за особе на дијети за мршављење, за посебне медицинске намене, храну за особе интолерантне на глутен, замене за со за људску употребу, додатке исхрани (дијетески суплементи), со за људску исхрану и производњу намирница, адитиве, ароме, ензимске препарате за прехранбене производе, помоћна средства у

производњи прехранбених производа) и 3 групе флашираних вода (природна минерална вода, природна изворска вода и стона вода). С обзиром на то да је 2010. године ступио на снагу и нови Правилник о здравственој исправности дијететских производа (Сл. Гласник РС бр.45/10), током 2011. године је извршено усклађивање начина прикупљања података о здравственој исправности намирница контролисаних у мрежи института и завода и са одредбама тог подзаконског акта. Имајући у виду наведено, у анализи података о здравственој исправности намирница је обухваћен период од 2010. до 2012. године.

У посматраном трогодишњем периоду (2010.-2012.) су постојале разлике у броју микробиолошки контролисаних узорака домаће производње. У 2011. години је било 22% мање контролисаних узорака домаћег порекла у односу на 2010. годину, док је у 2012. години обим ове контроле био већи за 17% него у 2011. Број контролисаних узорака намирница из увоза је по годинама периода посматрања растао. У 2011. години је било 6% више микробиолошки контролисаних узорака у односу на 2010., а у 2012. години 1% више него у претходној. Обим контроле физичко-хемијске исправности намирница из увоза је био уједначен, за разлику од контроле узорака домаћег порекла који је у 2011. години био за 31% мањи него у 2010. години, а у 2012. већи за 28% него претходне године.

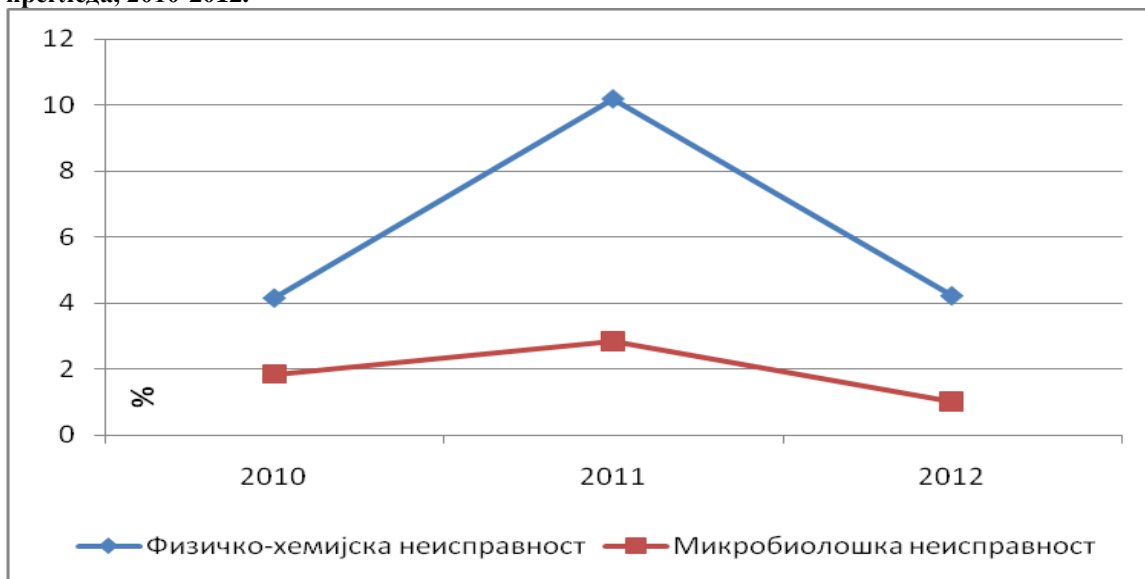
**Табела 3. Број контролисаних и неисправних узорака намирница према врсти прегледа, 2010-2012.**

Година	Намирнице домаћег порекла						Намирнице из увоза					
	Физичко-хемијски преглед			Микробиолошки преглед			Физичко-хемијски преглед			Микробиолошки преглед		
	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака
2010	1781	74	4,15	4102	95	2,32	1622	30	1,85	3691	19	0,51
2011	1237	126	10,19	4239	169	3,99	1264	36	2,85	3912	13	0,33
2012	1587	67	4,22	4483	175	3,90	1480	15	1,01	3970	15	0,38

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

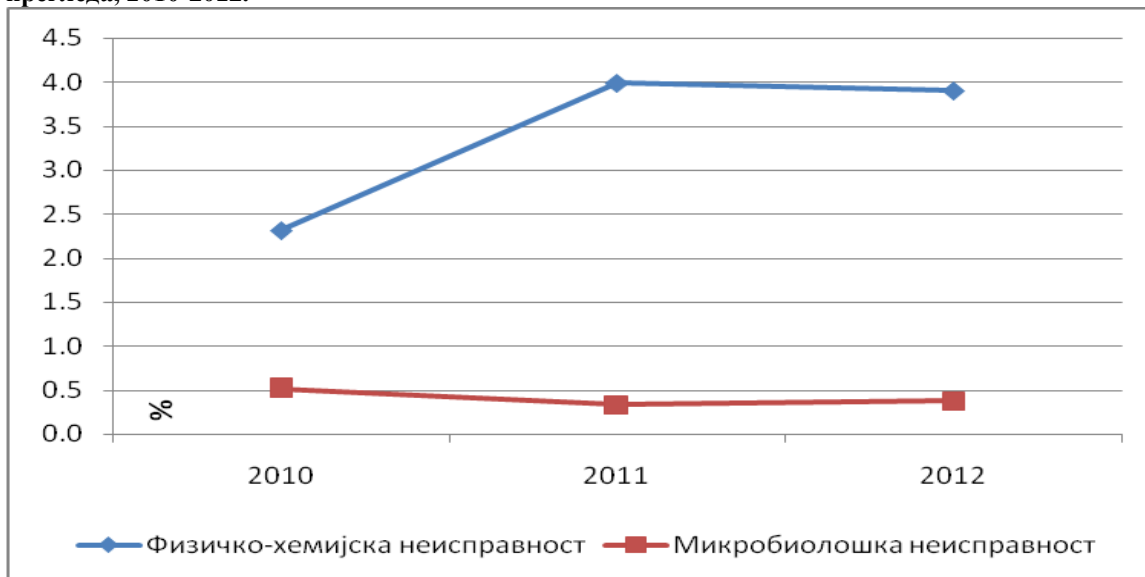
Тренд кретања неисправности намирница указује на пад микробиолошке неисправности у посматраном периоду (графикон 21). Исти тренд је карактеристичан и за физичко-хемијску неисправност намирница домаћег порекла, док је физичко-хемијска неисправност намирница из увоза након пораста у 2011., забележила пад у 2012. години (графикон 22).

**Графикон 21. Процент неисправних узорака намирница домаћег порекла према врсти прегледа, 2010-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 22. Процент неисправних узорака намирница из увоза према врсти прегледа, 2010-2012.**

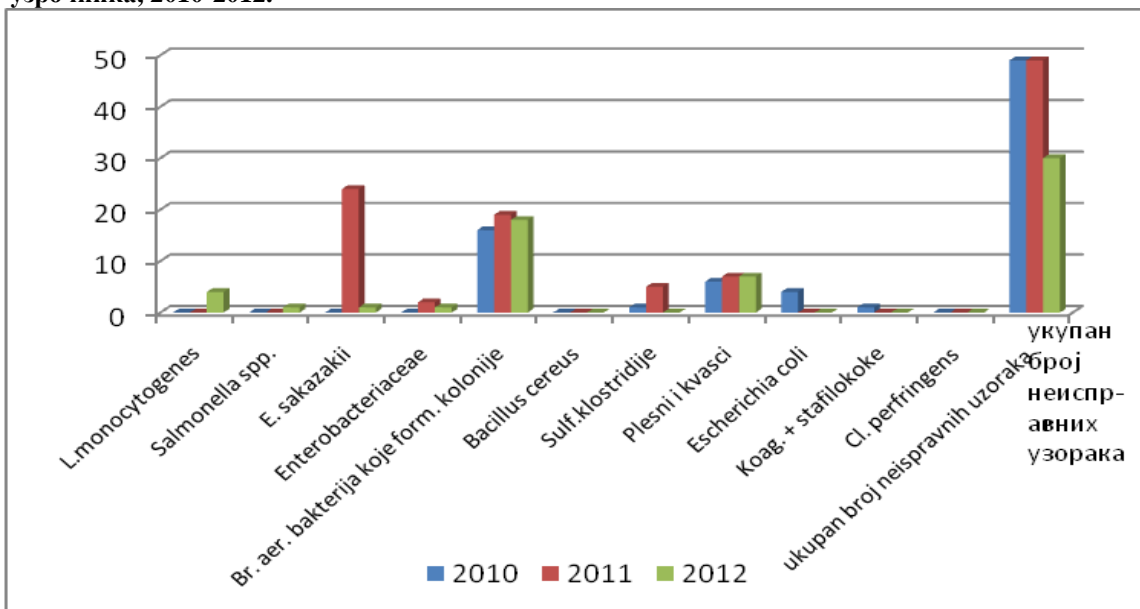


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Од укупног броја микробиолошки неисправних узорака у 2010. години, 28,6% је било неисправно због налаза аеробних бактерија које формирају колоније а 20,4% због налаза *E. коли*. У 2011. години 49% неисправних узорака имало је налаз *Ентеробацтер саказакии* а 22,4 % налаз квасница и плесни. Најчешћи разлози микробиолошке неисправности у 2012. години био је налаз *Бацилус-а Цереус-а* (43% неисправних узорака) и плесни и квасаца (23,3%).



**Графикон 23. Број микробиолошки неисправних узорака намирница према врсти узрочника, 2010-2012.**

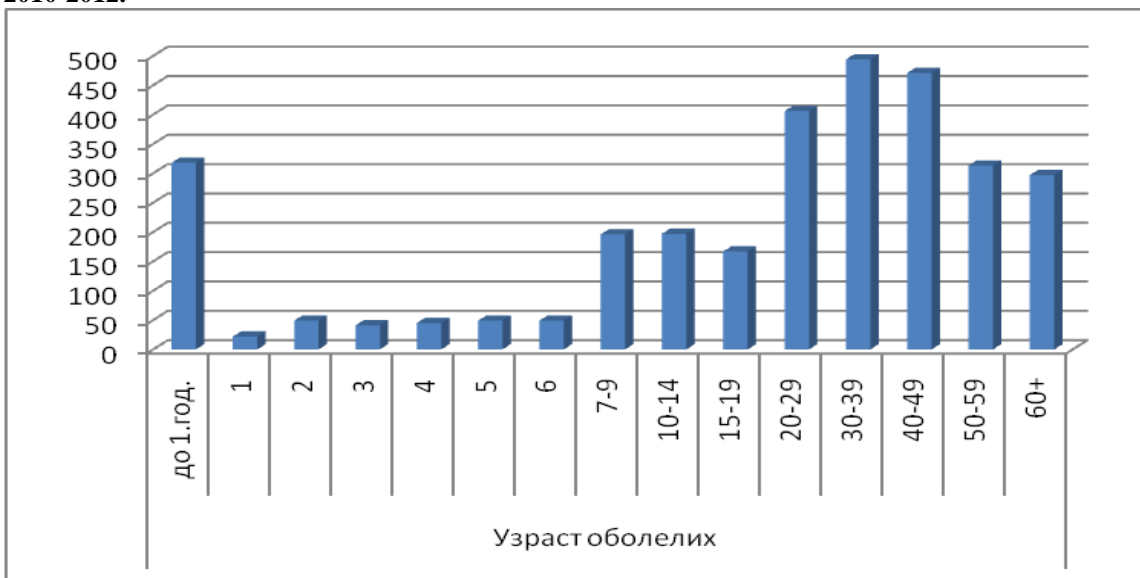


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Најчешћи параметар физичко-хемијске неисправности намирница домаћег порекла и из увоза у посматраном периоду су биле неправилности у декларацији испитиваних производа и неодговарајући састав.

У периоду од 2010-2012. године регистровано је 329 епидемија са алиментарним путем ширења, у којима је оболело 2895 особа, а хоспитализовано 707. (графикон 24)

**Графикон 24. Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења, Србија, 2010-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У посматраном петогодишњем периоду (2008-2012.) број микробиолошки и физичко-хемијски контролисаних узорака је био променљив. Иако је 2012. године у мрежи института и завода било троструко више микробиолошки контролисаних узорака домаћег порекла у односу на 2008. годину, од 2009. године се бележи постепени пад обима микробиолошке контроле ових производа. Претходне године је било за 44 % мање микробиолошки контролисаних узорака из увоза у односу на почетак посматраног периода. Од 2010. године број микробиолошки контролисаних узорака из увоза такође опада. Посматрани петогодишњи период карактерише и смањење обима физичко-хемијске контроле предмета опште употребе. У 2012. години било је троструко мање контролисаних узорака из увоза и 13% мање контролисаних узорака домаћег порекла него 2008. године. (табела 4).

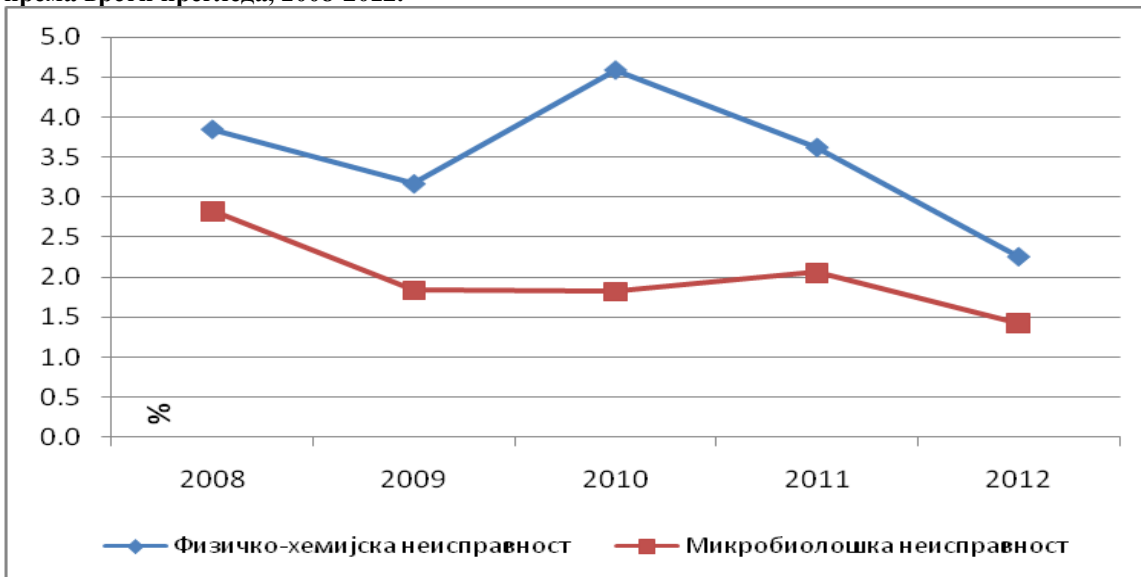
**Табела 4. Број контролисаних и неисправних узорака предмета опште употребе према врсти прегледа, 2008-2012.**

Година	Предмети опште употребе домаћег порекла						Предмети опште употребе из увоза					
	Физичко-хемијски преглед			Микробиолошки преглед			Физичко-хемијски преглед			Микробиолошки преглед		
	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака
2008	4208	162	3,85	813	23	2,83	15702	670	4,27	3630	30	0,83
2009	4289	136	3,17	3328	61	1,83	8135	122	1,50	1767	11	0,62
2010	4685	215	4,59	2864	52	1,82	7726	160	2,07	3011	23	0,76
2011	3560	129	3,62	2726	56	2,05	5681	163	2,87	2204	24	1,09
2012	3670	83	2,26	2470	35	1,42	5385	91	1,69	2032	23	1,13

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Тренд кретања неисправности предмета опште употребе указује на пад микробиолошке неисправности предмета опште употребе домаћег порекла, пад физичко-хемијске неисправности ових производа домаћег порекла и из увоза, и на благи пораст микробиолошке неисправности узорака из увоза (графикон 25, 26).

**Графикон 25. Процент неисправних узорака предмета опште употребе домаћег порекла према врсти прегледа, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

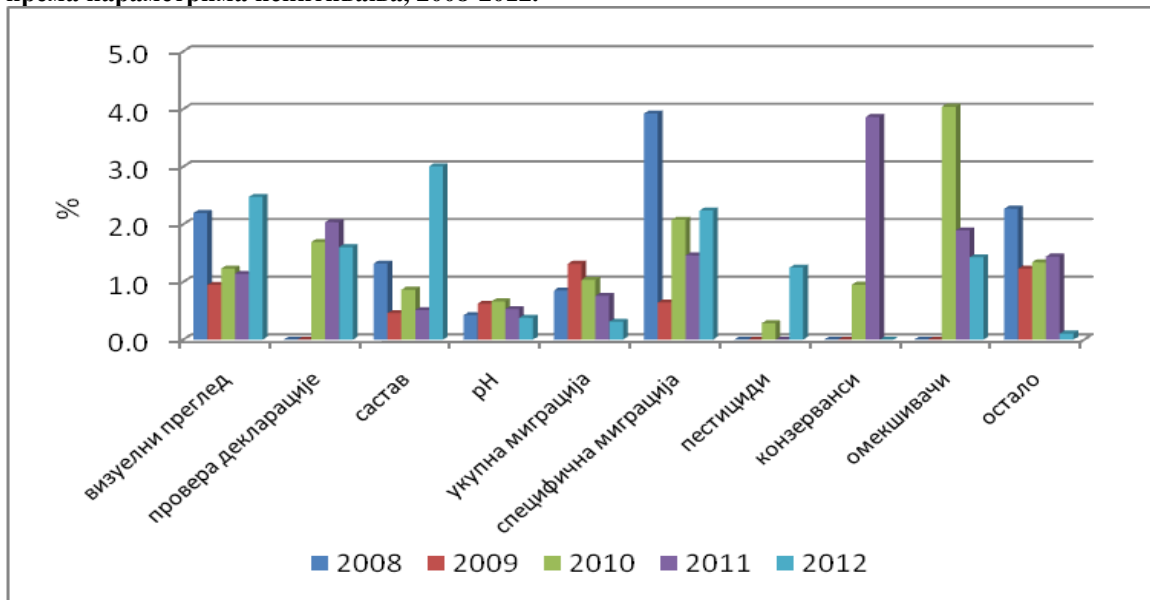
**Графикон 26. Процент неисправних узорака предмета опште употребе из увоза према врсти прегледа, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

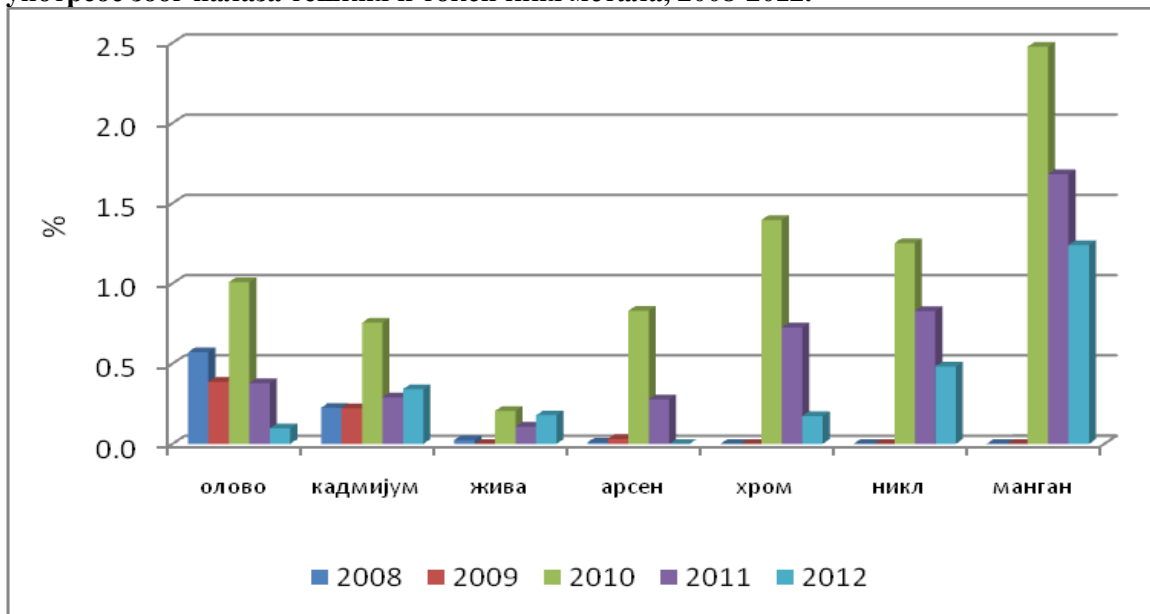
Иако је најчешћи узрок микробиолошке неисправности предмета опште употребе који подлежу овом виду испитивања до 2009. године био налаз из групе „остало”, прави узрок није могуће сагледати. Разлог томе је начин евидентирања по коме су се до 2009. године приказивали различити узроци микробиолошке неисправности заједно, а од 2010. само укупан број микробиолошки неисправних узорака. Од 2013. године се примењује нови начин евидентирања података о микробиолошкој неисправности предмета опште употребе који ће омогућити да се на бољи начин сагледају узроци њихове микробиолошке исправности. Најчешћи параметри физичко-хемијске неисправности предмета опште употребе у посматраном периоду су били специфична миграција, сензорска својства и садржај омекшивача.

**Графикон 27. Процент физичко-хемијски неисправних узорака предмета опште употребе према параметрима испитивања, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 28. Процент физичко-хемијски неисправних узорака предмета опште употребе због налаза тешких и токсичних метала, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

## **Квалитет ваздуха**

У главне изворе урбаног аерозагађења у Србији спадају погони енергетског сектора (термо-електране), рафинерије нафте, локалне топлане, кућна ложишта на течна и чврста фосилна горива, саобраћај, као и несанитарне депоније чврстог отпада.

У Србији, систематско праћење квалитета ваздуха (имисија) се обавља путем мерења и евидентирања вредности појединих индикатора на мерним местима у мрежи урбаних станица. Вредности индикатора за 2012. годину показују:

**Сумпор-диоксид** је током 2012. године праћен у 34 насеља на 93 мерна места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2012. години била су Палић и Суботица, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били Бор и Зрењанин.

**Пад** загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2011. годину забележен је Београду, Ваљеву, Врању, Зајечару, Звечану, Ивањици, К.Митровици, Костолцу, Крушевцу, Нишу, Палићу, Пироту, Смедереву и Чачку, док је у Грабовцу, Елемиру, Зрењанину, Јагодини, Кикинди, Краљеву, Лазаревцу, Лесковцу, Новом Саду, Обреновцу, Панчеву, Прибоју, Сенти, Ћуприји, Ужицу и Шапцу, загађеност била већа него претходне године.

**Чађ** је током 2012. године праћена у 34 насеља на 92 мерна места. Најмање загађена урбана целина у 2012. је била Кикинда. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Ћуприја и Зајечар. Пад загађености ваздуха чађу у односу на претходну годину забележен је у Београду, Бору, Ваљеву, Грабовцу, Зајечару, Звечану, Ивањици, Јагодини, К. Митровици, Крагујевцу, Крушевцу, Нишу, Новом Саду, Панчеву, Пироту, Севојну, Сенти, Смедереву, Ћуприји, Ужицу и Чачку, док је у Зрењанину, Краљеву, Лесковцу, Палићу, Прибоју и Шапцу, забележен пораст загађења.

**Таложне материје** су током 2012. године праћене у 30 насеља на 53 мерна места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2012. били су Ћуприја и Бор.

Специфичне загађујуће супстанције током 2012. године праћене су у 34 насеља на 85 мерних места. Неорганске загађујуће материје праћене су у Београду, Ваљеву, Вреоцима, Грабовцу, Звечану, Косјерићу. Косовској Митровици, Крагујевцу, Краљеву, Крушевцу, Лазаревцу, Лесковцу, Младеновцу, Нишу, Новом Саду, Обреновцу, Палићу, Параћину, Панчеву, Пироту, Севојну, Смедереву, Суботици, Ужицу, Чачку и Шапцу.

Средња годишња вредност имисије (ГВИ) азот-диоксида је само у Смедереву и Чачку прешла дозвољену средњу годишњу граничну вредност имисије за насељена места од  $60,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

Средња годишња вредност имисије суспендованих честица је у седам насеља прелазила ГВИ од  $70,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$  за насељена места (Бор, Зрењанин, Кикинда, Нови Сад, Панчево, Сента, Ужице).

Загађујуће супстанције пореклом од издувних гасова моторних возила - у 2012. години, концентрације угљен-моноксида, азот-диоксида и олова праћене су у Београду и Новом Саду. Вредности имисије **угљен-моноксида** праћене су Београду (на 19 мерних места) и Новом Саду (на 15 мерних места). За разлику од вредности

за Нови Сад које су немерљиве, средње годишње вредности угљен-моноксида на 15/16 мерних места у Београду су прелазиле дозвољену средњу годишњу вредност од  $3.0 \text{ mg/m}^3$ . Само у Београду је пређена дозвољена средња годишња вредност имисије **азот-диоксида** за насељена места на свих 19 мерних места прелазила ГВИ од  $60.00 \mu\text{g/m}^3$ . Средња годишња вредност имисије **олова** пореклом из моторних возила праћена је у Београду. На свих 19 мерних места вредности нису прелазиле дозвољену ГВ за насељена места од  $0.5 \mu\text{g/m}^3$ .

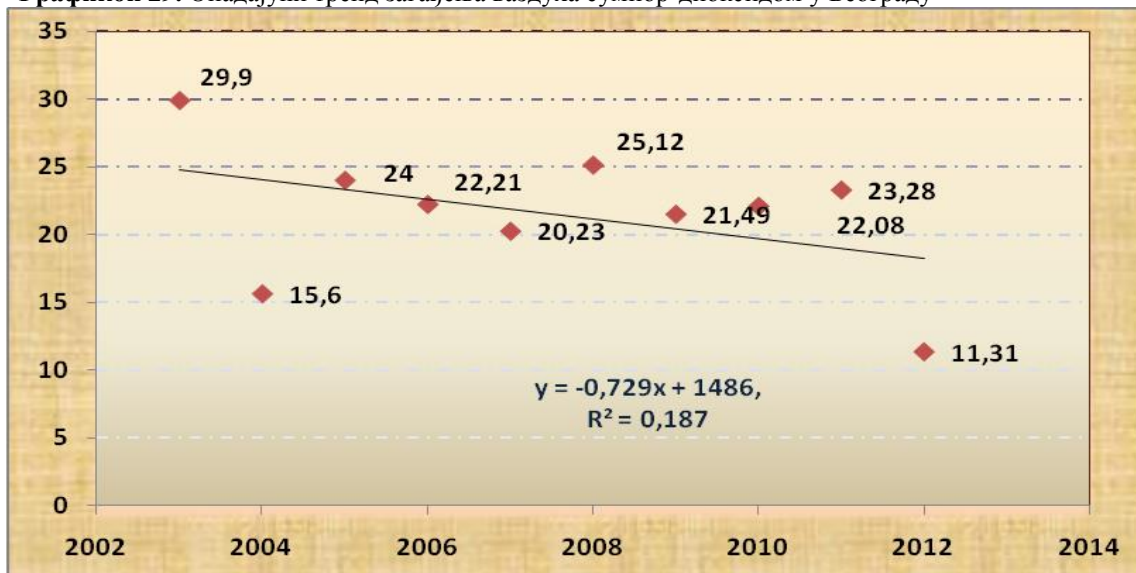
Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање неквалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.

Међу најзначајније загађиваче ваздуха у Републици Србији спадају рафинерије нафте у Панчеву и Новом Саду, цементаре у Беочину, Косјерићу и Поповцу и хемијски комбинати у Панчеву, Крушевцу, Шапцу и железара у Смедереву (тренутно ван погона).

С обзиром на економску кризу, праћену опадањем индустријске производње, у току је транзиција извора загађења ваздуха урбаних простора. У том смислу, саобраћај постаје доминантни извор загађења.

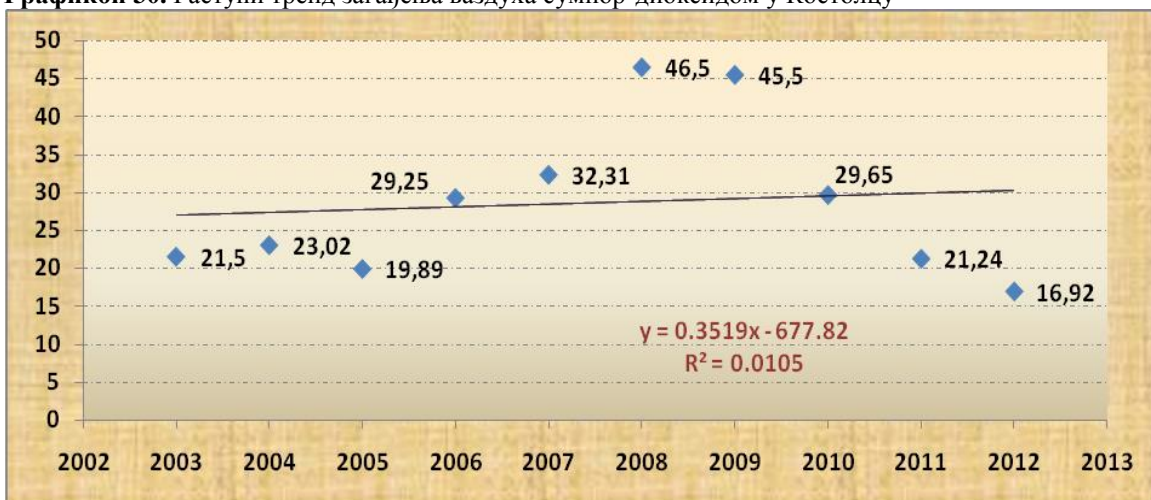
### Тренд загађења основним загађујућим материјама за период 2003-2012.

Графикон 29. Опадајући тренд загађења ваздуха сумпор-диоксидом у Београду



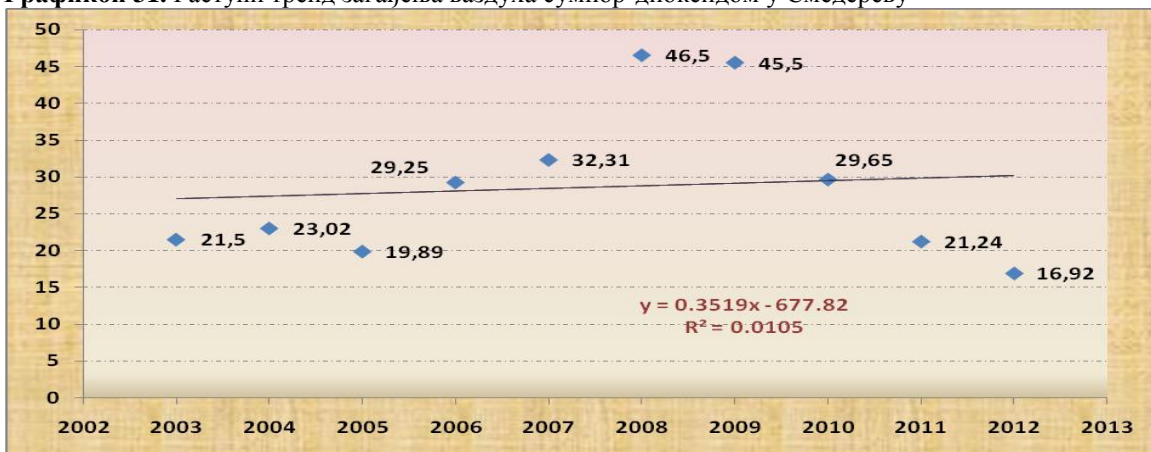
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 30.** Растући тренд загађења ваздуха сумпор-диоксидом у Костолцу



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

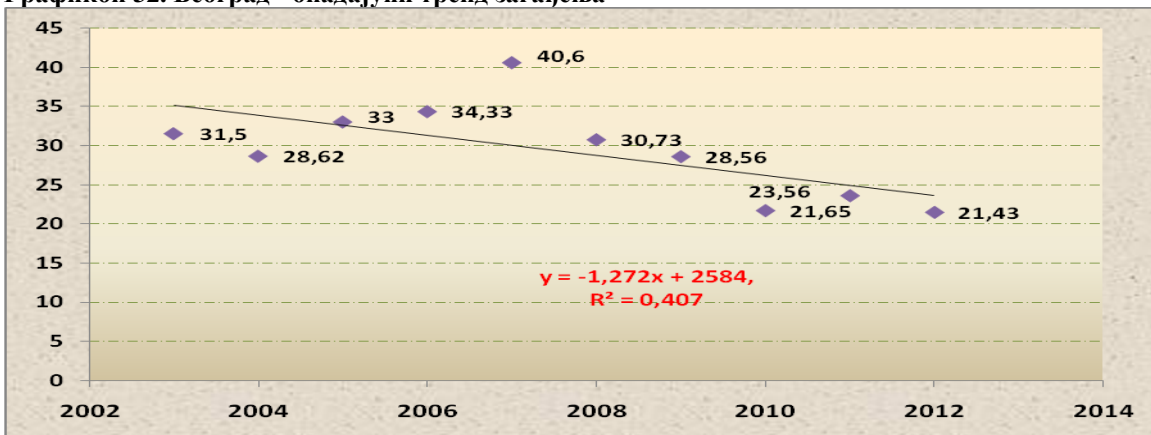
**Графикон 31.** Растући тренд загађења ваздуха сумпор-диоксидом у Смедереву



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Тренд загађења димом (чађ) за период 2003-2012.**

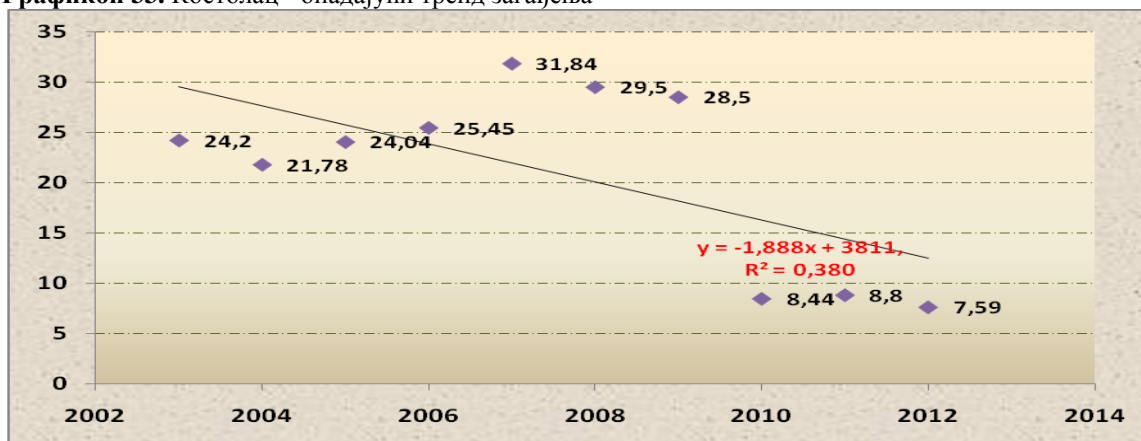
**Графикон 32.** Београд - опадајући тренд загађења



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

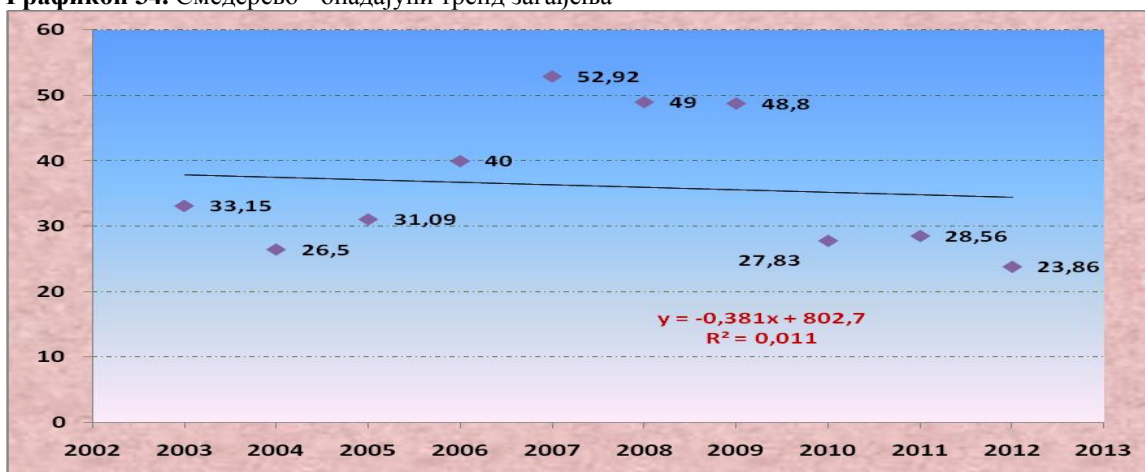


Графикон 33. Костолац - опадајући тренд загађења



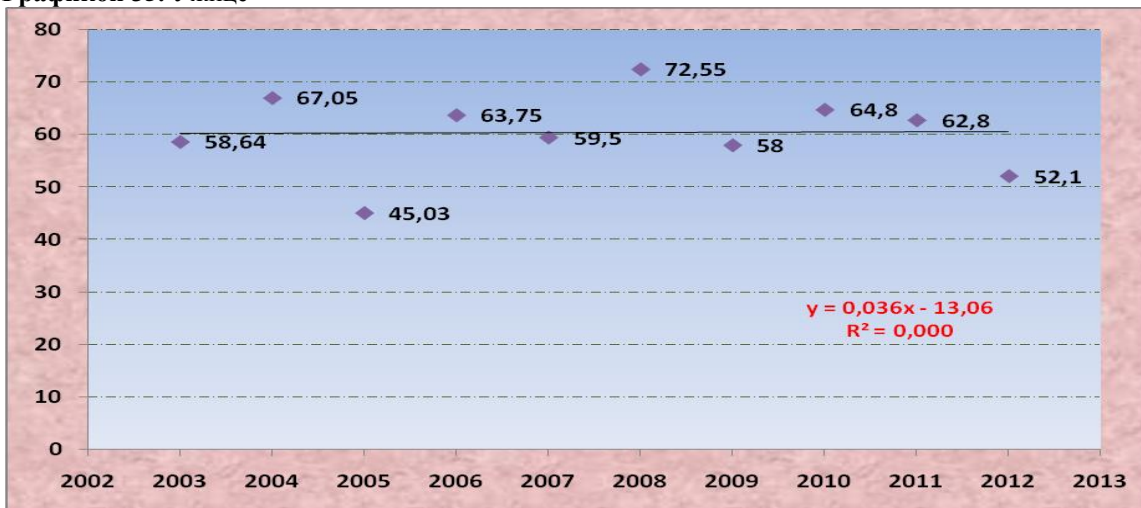
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 34. Смедерево - опадајући тренд загађења



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 35. Ужице



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”



**Смедерево:** Специфичност тренда загађења димом у овом граду одраз је развоја глобалне економске кризе, почев од 2008.године и смањеном потражњом за челиком. У том смислу, смањење производње у железари је директно пропорционално смањењу концентрација дима у амбијенталном ваздуху.

**Ужице:** Први пут у последњих 10 година праћења загађења ваздуха овим параметром, да тренд није изразито растући. Овакви резултати су последица постепеног преласка свих домаћинстава на даљинско грејање, на природни гас. С обзиром на топографске специфичности града Ужица (у котлини, окружен брдима), битно је да се грејање на чврста фосилна горива сведе на најмању могућу меру.

## II УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

### *Смртност становништва*

У Србији 2012. године, стопа умрлих на 1000 становника (општи морталитет) износила је 1422,4 на 100.000 становника. Општа смртност становништва је значајан, али не и прецизан здравствени индикатор. У претходној деценији она је у нашој земљи била у порасту услед израженог процеса старења популације и следствено томе, доминантне патологије везане за старење. У односу на 2011. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1418,1 на 100.000 становника, у 2012. години стопа смртности је порасла на 1422,4 на 100.000 становника (табела 5).

**Табела 5. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00-Т98), Србија, 2008–2012. година**

Стопа морталитета	2008	2009	2010	2011	2012
Општа	1397,4	1420,6	1415,5	1418,1	1422,4
Стандардизована*	627,7	607,1	595,5	586,4	567,6

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2008. до 2012. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ Х: I00-I99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ Х: S00-T98), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ Х: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ Х: J40-J47), смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, малигни тумори (МКБ Х: C00-C97) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 6).

**Табела 6. Водећи узроци умирања у Србији, 2008. и 2012. године**

Групе узрока смрти (МКБ-Х)	Процент (%)	
	2008.	2012.
Болести система крвотока ( I00-I99)	55,8	53,7
Малигни тумори (C00-C97)	20,0	20,8
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	4,6	4,5
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	3,1	3,7
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,6	3,2
Остали узроци	12,8	14,1
Укупно	100,0	100,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### ***Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем***

Незаразне болести (болести срца и крвних судова, малигни тумори, шећерна болест, опструктивна болест плућа, повреде и друге) већ деценијама доминирају у нашој националној патологији. Водећи узроци умирања у Србији готово су идентични оним у развијеним деловима света.

Незаразне болести у нашој средини водећи су узроци оболевања, инвалидности и превременог умирања (пре 65. године живота).

У Србији годишње у од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи. Готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ Х: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ Х: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ Х: S00-T98), дијабетеса (МКБ Х: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ Х: J40-J47). Током последњих 20 година, највећи пораст у умирању у Србији, забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.

- *Болести система крвотока*

Оптерећење болестима система крвотока или болестима срца и крвних судова у глобалном је порасту. Последњих деценија овај пораст нарочито је изражен у земљама у транзицији.

Последњих година у Србији у просеку 55% умрлих особа, жртва је неке од болести из ове групе. У односу на све узроке смрти током 2012. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло је 25.307 мушкараца (46,0 %) и 29.665 жена (54,0%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2008. до 2012. године износила је 772,1 на 100.000 становника (табела 7). У односу на 2011. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 764,8 на 100.000 становника, у 2012. години стопа смртности је опала на 763,6 на 100.000 становника.

**Табела 7. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ10: I00-I99), Србија, 2008–2012.**

Стопа морталитета	2008.	2009.	2010.	2011	2012
Општа	780,2	777,9	774,2	764,8	763,6
Стандардизована*	309,4	285,9	279,1	270,7	261,2

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

Као најтежи облик исхемијских болести срца, акутни коронарни синдром (АКС) представља водећи здравствени проблем у развијеним земљама света, а последњих неколико деценија и у земљама у развоју. Акутни коронарни синдром (АКС) представљају акутни инфаркт миокарда и нестабилна ангина пекторис.

Према подацима регистра за АКС, у Србији је у 2012. години са дијагнозом АКС евидентирано 22.981 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 291,4 на 100.000 становника.

Од овог синдрома 2012. године у Србији је умрло 5.817 особа. Морталитет од АКС у Србији износио је 80,8 на 100.000 становника.

- **Малигне болести**

Малигни тумори, после болести срца и крвних судова, представљају најчешћи узрок оболевања и умирања, како у нашој земљи тако и у развијеним земљама света.

Према проценама Светске здравствене организације, у свету од малигнух тумора сваке године оболи 11 милиона и умре седам милиона људи. Исти извор процењује да ће се број новооболелих и умрлих до 2020. године удвостручити, при чему ће 2/3 оболелих потицати из земаља у развоју.

Последњих неколико деценија уочен је континуирани пораст у умирању од малигнух тумора.

Стопа морталитета од малигнух болести повећала се у последњих пет година са 279,9 у 2008. години, на 295,4 на 100.000 становника у 2012. години. У односу на 2011. годину када је смртност од рака износила 289,4 на 100.000 становника, у 2012. години стопа смртности је порасла на 295,4 на 100.000 становника (табела 8).

**Табела 8. Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ10: C00-C97) на 100.000 становника, Србија, 2008–2012.**

Стопа морталитета	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
Општа	279,9	287,3	289,9	289,4	295,4
Стандардизована*	140,3	141,9	142,6	141,0	137,6

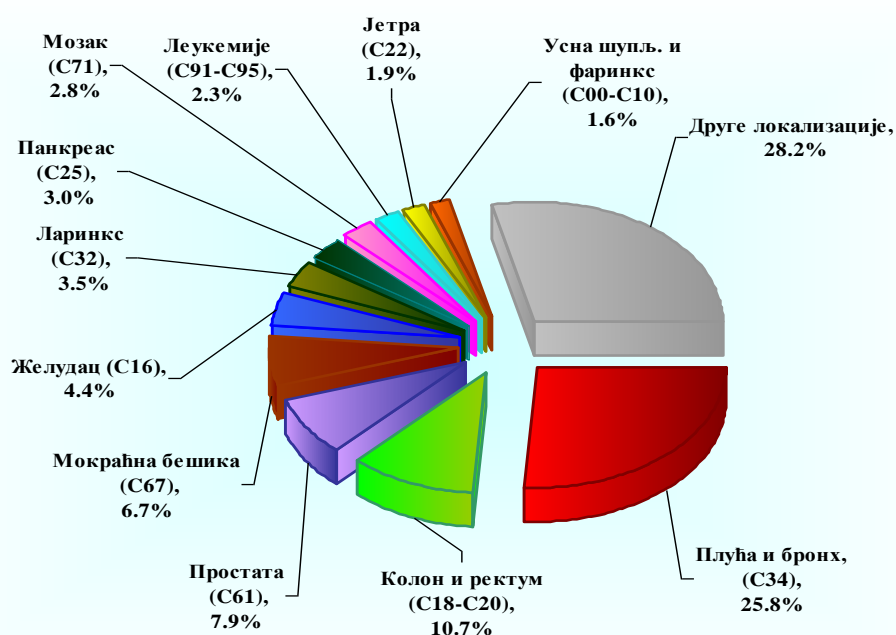
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2011. години, оболело је 26.714 особа од малигнух тумора (14.054 мушкараца и 12.660 жена), а 14.924 особа (8.592 особа мушког пола и 6.332 особа женског пола) су умрле од рака.

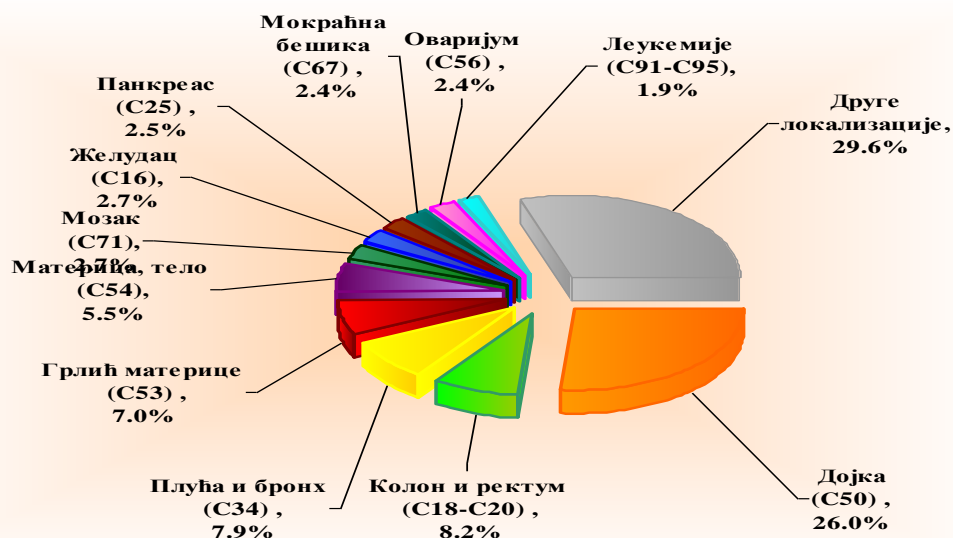
У централној Србији у 2011. години, мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 36), а код жена, малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, плућима и грлићу материце (графикон 37).

**Графикон 36. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година

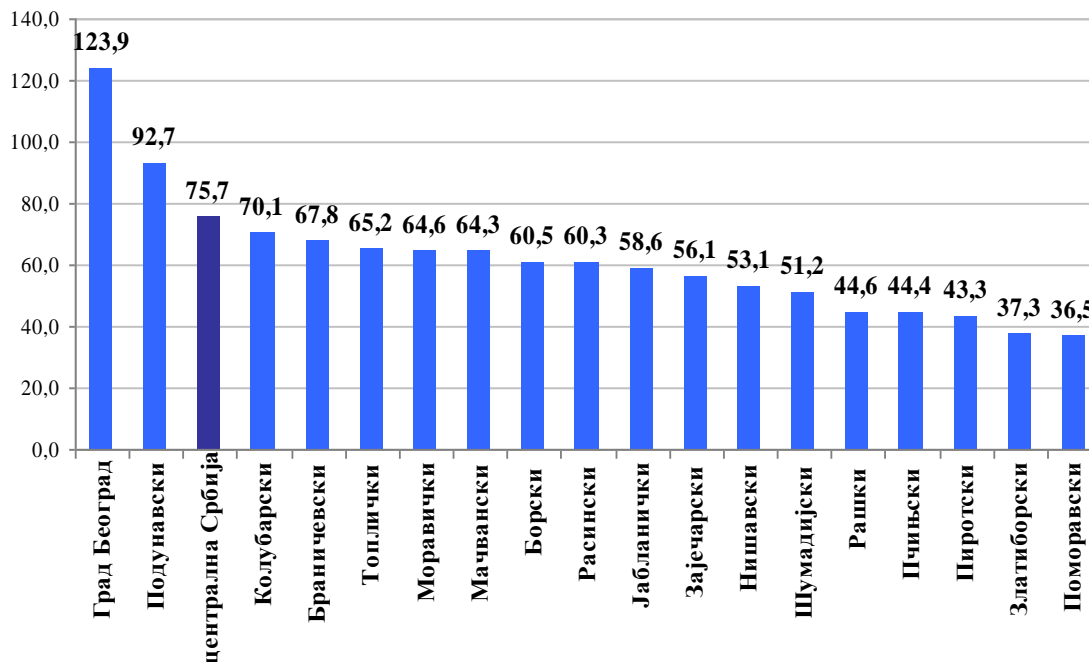
**Графикон 37. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 38), у односу на просечну стопу у централној Србији (75,7/100.000), су регистроване код мушкараца у Граду Београду (123,9/100.000) и Подунавском округу (92,7/100.000), а најниже у Златиборском (37,3/100.000) и Поморавском округу (36,5/100.000).

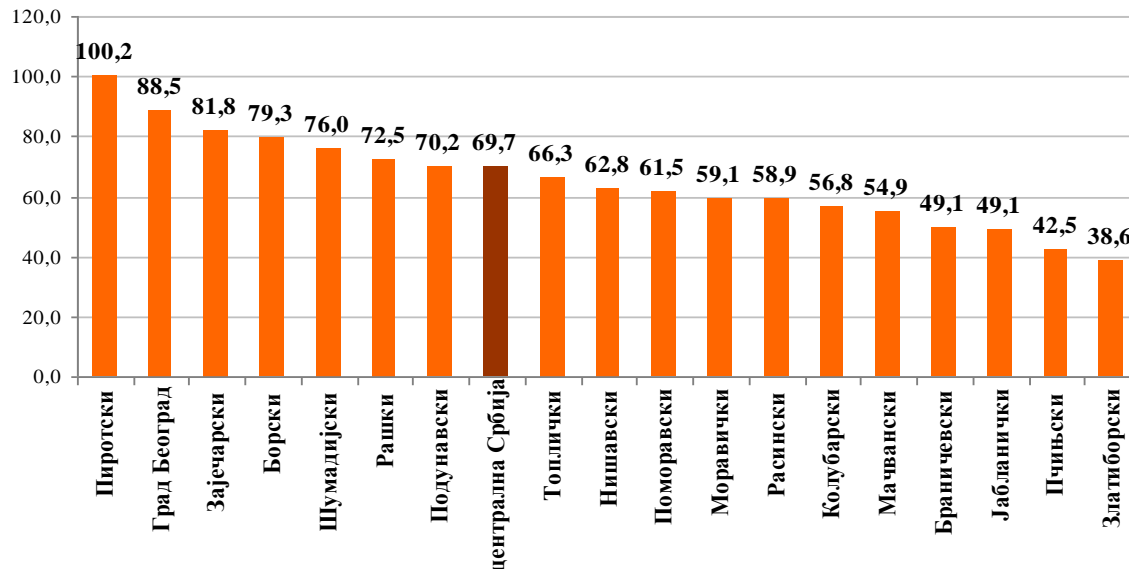
**Графикон 38. Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 39), у односу на просечну стопу у централној Србији (69,7/100.000), су регистроване код жена у Пиротском округу (100,2/100.000) и Граду Београду (88,5/100.000), а најниже у Пчињском (42,1/100.000) и Златиборском округу (38,6/100.000).

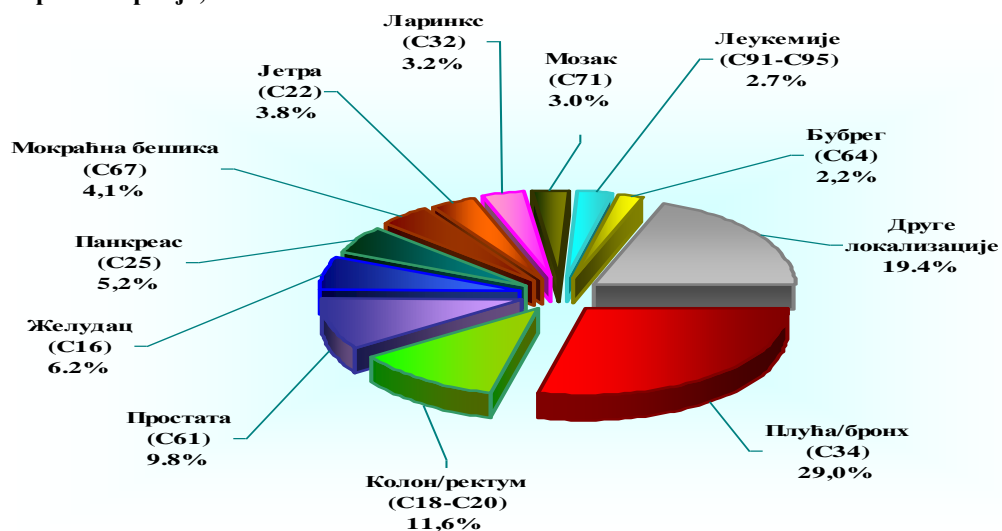
**Графикон 39. Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

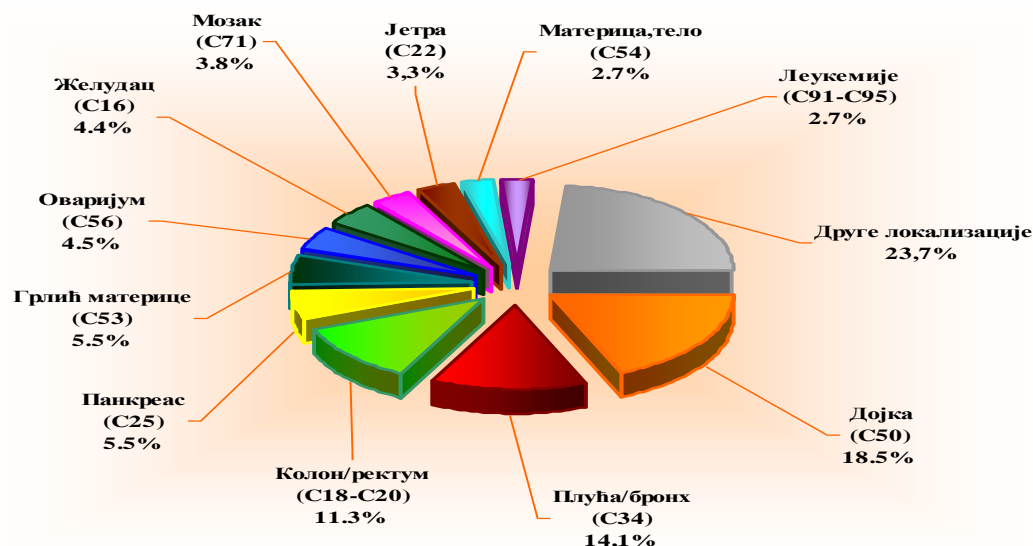
Мушкарци у централној Србији, током 2011. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и желуца (графикон 40), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу. (графикон 41).

**Графикон 40. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година

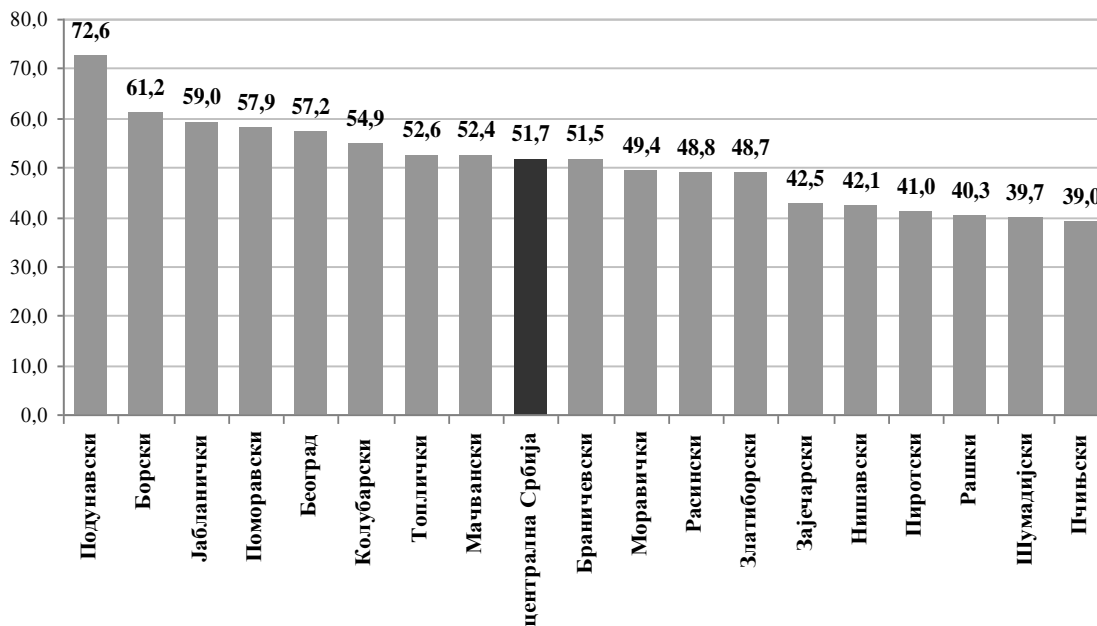
**Графикон 41. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 26), у односу на просечну стопу у централној Србији (51,7/100.000), су регистроване код мушкараца у Подунавском (72,6/100.000) и Борском округу (61,2/100.000), а најниже у Шумадијском (39,7/100.000) и Пчињском округу (39,0/100.000)

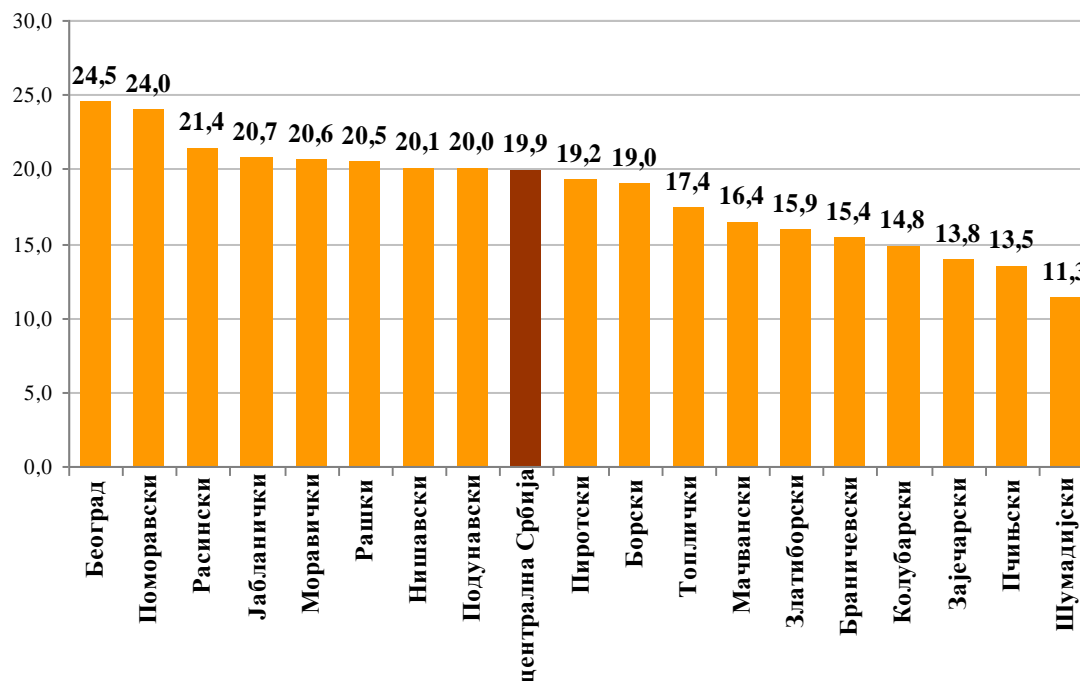
**Графикон 42. Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 27), у односу на просечну стопу у централној Србији (19,9/100.000), су регистроване код жена у Граду Београду (24,5/100.000), Поморавском округу (24,0/100.000), а најниже у Пчињском (13,5/100.000) и Шумадијском округу (11,3/100.000)

**Графикон 43. Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2011.**



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2011. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

- *Шећерна болест*

Шећерна болест једна је од најчешћих хроничних незаразних болести. Број оболелих од шећерне болести већ дужи низ година расте и поприма размере глобалне епидемије.

У свету је 2011, године са дијабетесом живело 366 милиона људи и умрло је 4,6 милиона особа. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих за 20 година повећати на 552 милиона људи. Највише (80%) људи са дијабетесом живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих.

У Србији око 630.000 особа или 8,6% становништва има дијабетес. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, 10,2% популације.



Више од 90% оболелих има тип 2 дијабетеса. Највећи број особа са типом 2 дијабетеса је узраста између 40 и 59 година старости, мада се у последње време све чешће виђа и код млађих људи. Резик оболевања је приближно исти код оба пола. Половина свих случајева која живи са дијабетесом није дијагностикован. Симптоми типа 2 дијабетеса су благи, болест често протиче неопажено и открива када су већ присутне компликације.

На годишњем нивоу од последица дијабетеса у нашој земљи умре приближно 3000 особа. У последњих једанаест година уочен је пораст умирања од овог обољења у Србији. Стопа морталитета од шећерне болести повећала се са 34,0 у 2002. години, на 41,7 на 100.000 становника у 2012. години (табела 9).

Више од половине фаталних исхода узрокованих дијабетесом у свету, уочен је код особа које су старије од 65 година.

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2012. години, евидентирано 298 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 15.941 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса. У односу на 2011. годину када је морталитет од дијабетеса износио 43,2 на 100.000 становника, у 2012. години стопа смртности је опала на 41,7 на 100.000 становника.

**Табела 9. Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (E10-E14) на 100.000 становника у Републици Србији, 2008-2012.**

Стопа морталитета	2008.	2009.	2010.	2011.	2012
Општа	42,4	41,9	43,8	43,2	41,7
Стандардизована*	14,7	16,9	17,6	17,1	15,7

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

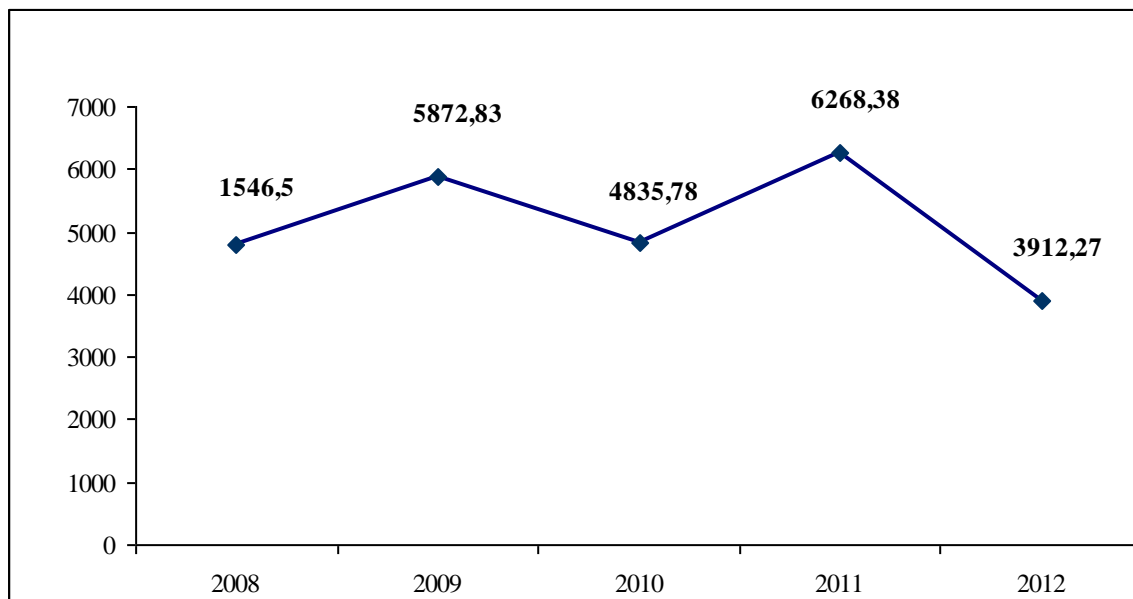
### ***Оболевање и умирање од заразних болести***

На територији Републике Србије у 2012. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 281.207 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 3.912,79 на 100.000 становника, што је највећа вредност у посматраном периоду. У 2012. години наставља се тренд раста стопе инциденције заразних болести, што се једним делом може објаснити ажурнијим пријављивањем, откривањем и истарживањем епидемијске појаве заразних болести, цикличним варијацијама, а једним делом трендом погоршања социјалне и економске ситуације на територији Републике Србије, који неповољно утиче на здравствено стање становништва, па тиме и на епидемиолошку ситуацију заразних болести. Када се посматра тренд стопе инциденције појединих болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом, уочава се да највећи допринос порасту укупне инциденције заразних

болести дају *Pharingitis* и *Tonsilitis streptococcica*, што је вероватно последица пријављивања ових обољења углавном само на основу клиничке дијагнозе. Осим тога, постоји разлика у методологији пријављивања болести које се пријављују збирном пријавом на нивоу округа, тако да је уочено да се у појединим окрузима са сличним бројем становника региструју стопе инциденције стерптококне упале ждрела и крајника које се драстично разликују (на пример 3048,4 према 7,85 за *Pharingitis streptococcica* и 2514,54 према 4,62 за *Tonsilitis streptococcica*).

Епидемиолошка ситуација заразних болести на територији Републике Србије у 2012. години донекле одступа од уобичајене, чему је допринело пријављивање болести које се пријављују збирном пријавом углавном на основу клиничке дијагнозе, као и тренд погоршања социјалне и економске ситуације, који неповољно утиче на здравствено стање становништва, па тиме и на епидемиолошку ситуацију заразних болести.

**Графикон 44. Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2008–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг”

У 2012. години пријављено је укупно 42.867 оболелих лица од инфлуенце, са инциденцијом 596,46/100.000. Доминантан вирус инфлуенце у сезони 2011/2012 је био А(Н3).

На почетку 21. века, туберкулоза је и даље веома актуелан здравствени проблем, а због драматичног пораста броја оболелих од туберкулозе и директне везе са коепидемијом ХИВ, Светска здравствена организација (СЗО) је туберкулозу прогласила за општу, глобалну здравствену опасност. За сузбијање туберкулозе СЗО је предложила стратегију ДОТС (*DOTS – Directly Observed Treatment Short Course* – лечење по кратком режиму и под непосредним надзором узимања лекова).

Крајем 2002. године, Министарство здравља Републике Србије иницира координисану акцију у циљу програмске здравствене заштите од туберкулозе која је за период од 2005. до 2010. године припремљена у складу са ДОТС стратегијом. 2006. године усвојена је свеобухватнија стратегија СЗО, „Стратегија за заустављање туберкулозе“ чији је циљ да се до 2015. године значајно смањи оптерећење туберкулозом у свету.

Општи циљ пројекта “Контрола туберкулозе у Србији“ (2004. – 2009. године) је био да се оптерећење туберкулозом смањи са 37 новооболелих на 100.000 становника (подаци за 2003. годину), на вредност 25/100.000 становника у 2009. години. Овај циљ је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника (графикон 45).

Пад стопе инциденције ТБ испод 20/100.000 сврстава Србију у групу земаља са малим оптерећењем туберкулозом.

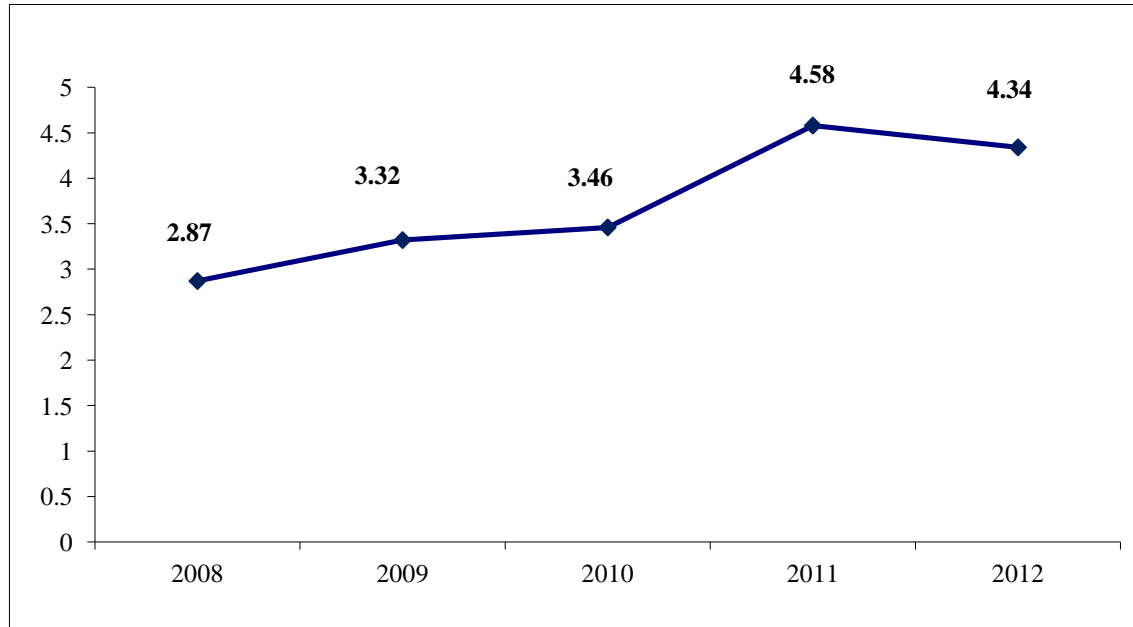
**Графикон 45. Кретање стопе инциденције обољевања од плућне туберкулозе (на 100.000 становника), Србија, 2004–2011.**



Извор података: Јединица за спровођење пројекта туберкулозе Министарства здравља

Од последица заразних болести у 2011. години је умрло 312 лица, са стопом морталитета 4,34/100.000, што је нижа вредност током посматране године у односу на претходну (графикон 46).

**Графикон 46. Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника), Србија, 2008–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од септикемија (113 случајева), пнеумонија (66), туберкулозе (35), грипа (42) и ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (34).

Грозница Западног Нила је заразно обољење вирусне етиологије, које се на људе преноси убодом зараженог комарца. Првенствено се јавља у руралним селима, али од краја прошлог века региструје се епидемијска форма болести и у урбаним срединама (Букурешт 1996, Волгоград и Њујорк 1999. године). Током 2010. године у земљама ЕУ и ЕЕА/ЕФТА пријављено је укупно 347 случајева оболевања од ГЗН, од којих је 200 лабораторијски потврђено, са 40 умрлих особа. Грчка, Шпанија и Холандија су по први пут у 2010. години регистровале аутохтоне случајеве инфекције вирусом Западног Нила на својој територији. У 2011. години регистрован је знатно мањи број оболелих у ЕУ (укупно 130 потврђених и вероватних случајева), али је уочљиво географско ширење овог обољења, нарочито у Грчкој и Италији.

Имајући у виду епидемиолошку ситуацију овог обољења у земљама у окружењу, присуство кућног комарца, *Culex pipiens*, који је главни вектор овог обољења, на територији наше земље, присуство резервоара заразе (различите врсте птица) и одговарајуће климатске услове у летњем периоду, ИЗЈЗ Србије је у мају месецу 2012. године проследио окружним институтима/заводима за јавно здравље Стручно-методолошко упутство за успостављање надзора над грозницом Западног Нила у хуманој популацији на територији Републике Србије, чији је основни циљ био откривање случајева оболевања у хуманој популацији. Први пацијенти код којих је постављена сумња на оболевање од ГЗН регистровани су у другој половини јула месеца 2012. године. Закључно са 14. новембром 2012. Године пријављен је укупно 71 случај оболевања од грознице Западног Нила. Од укупног броја

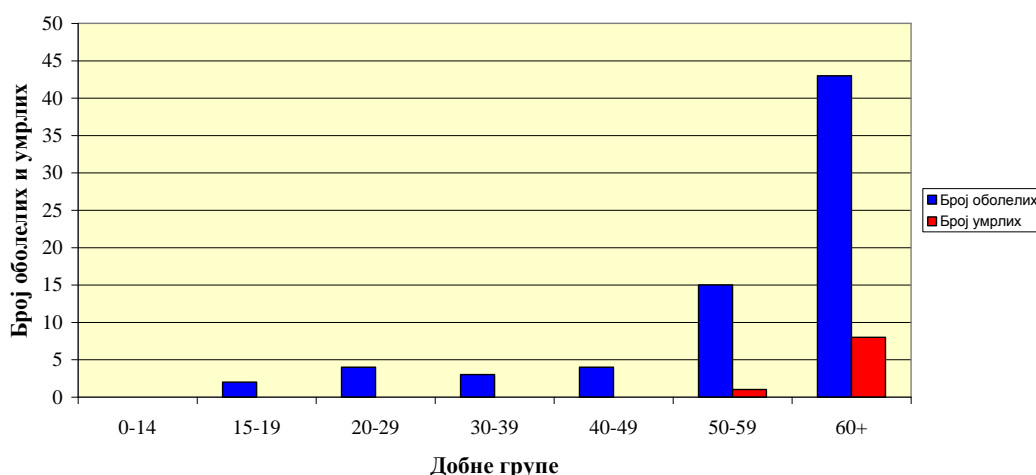
регистрованих случајева, 63 оболеле особе су имале неуроинвазивни облик болести. На основу лабораторијских критеријума за класификацију случајева инфекције ВЗН Европског центра за контролу болести, 42 случаја су класификована као потврђени случајеви инфекције вирусом Западног Нила (присутна ВЗН специфична IgM антитела у ликвору) а 29 случајева класификовано је као вероватни случајеви инфекције (ВЗН специфична IgM антитела присутна у серуму). Од укупног броја регистрованих случајева (71), 60,6% оболелих особа било је мушког пола у односу на 39,4% оболелих жена (однос мушког према женском полу износи 1,5:1). Укупно 81,7% оболелих особа било је у узрасту изнад 50 година старости, а међу њима је 75,9% имало неко хронично обољење. Сви потврђени и вероватни случајеви су били хоспитализовани. Највећи број оболелих је био са територије Града Београда (53 оболелих, односно 74,6%), Јужнобанатског (8,5%) и Сремског округа (7%). Највећи број случајева (86%) регистрован је у августу и септембру 2012. године, што коинцидира са пиком активности комараца.

Међу потврђеним и вероватним случајевима оболевања било је укупно 9 смртних исхода који се могу довести у везу са ВЗН инфекцијом, код особа старијих од 50 година (распон година од 51 до 82, односно 88,9% умрлих било је старије од 60 година), са неким хроничним обољењем. Леталитет је износио 12,7%, што је у оквиру уобичајеног распона од 4 до 14% за оболеле од неуроинвазивног облика болести (графикон 47).

У земљама ЕУ су у току 2012. године пријављена 242 аутохтона случаја грознице Западног Нила: 161 случај у Грчкој, 50 у Италији (укључујући и пет асимптоматских добровољних даваоца крви), 17 у Мађарској и 14 у Румунији.

**Графикон 47.**

**Дистрибуција особа оболелих и умрлих од грознице Западног Нила у Републици Србији у 2012. години према добним групама**



У току 2012. године на територији Републике Србије регистроване су 244 епидемије заразних болести у којима је оболело 5.430 лица. Изразито велика разлика у броју оболелих, а релативно мала у односу на број пријављених епидемија у односу на

претходну годину, последица је појаве сезонског грипа у епидемијској форми у 2011. години. У 2012. години у епидемијама заразних болести умрло је 6 лица, 4 лица у епидемији Грознице Западног Нила и два лица у болничким епидемијама. Према путу ширења најбројније су биле алиментарне епидемије (97). Према учесталости следе контактне епидемије (81), ваздушно-капљичне (44) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (20). Најређе су епидемије са хидричним (1) и са векторским путем ширења (1).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2012. години оболеле су 652 особе, што чини 0,23% укупног оболевања од заразних болести. Паротитис је регистрован у епидемијској форми, па је то обољење са највећим учешћем у овој групи болести (89,6%). Одржава се одсуство дифтерије и хуманог беснила. Последњи случај полиомијелитиса изазваног дивљим полиовирусом у Србији регистрован је 1996. године. У Европи је 2002. године проглашена ерадикација дечије парализе и од тада се одржава статус региона/земље без ове болести. Након десет година, у 2009. години регистрован је један случај неонаталног тетануса. После епидемијског јављања морбила у Војводини 2007. године, регистрована је 2010. године епидемија у ромским насељима у граду Лесковцу, која се током 2011. године проширила и на општу популацију. Укупно је у 2011. години од морбила оболело 370 особа са инциденцијом 4,93/100.000 популације. Насупрот томе, у 2012. години регистрован је само један случај малих богиња који је класификован као импортован с обзиром да се радило о страном држављанину.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља спроведена је са обухватом 95,9% а против дечије парализе (ОПВ3) са обухватом од 94,6% што је испод циљних 95%. Обухват ревакцинацијом деце у другој години живота и школске деце је испод 95% док је ревакцинација предшколске деце обављена са обухватом преко 95%. Ово су знатно слабији резултати у односу на 2011. годину када су све категорије обвезника вакцинисане односно ревакцинисане са обухватом вишим од 95%.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (ММР) у првој години живота износио је 90,3 у односу на 2011. годину када је вакцинацијом обухваћено 96,5% обвезника. Ревакцинација у седмој години живота бележи вредност 94,1 % у односу на 98,0% у претходној години.

У 2012. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 93,1% а у 12. години од 82,7% што је ниже од обухвата постигнутих у 2011. години (96,4% и 87,1%)

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у 2012. години износио је 91,3% за разлику од 2011. године када је обухват износио високих 96,5%.

Прекиди у континуитету спровођења имунизације у 2012. години због недостатка вакцина довели су у питање одрживост до тада достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације.

**Табела 10. Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2000–2012.**

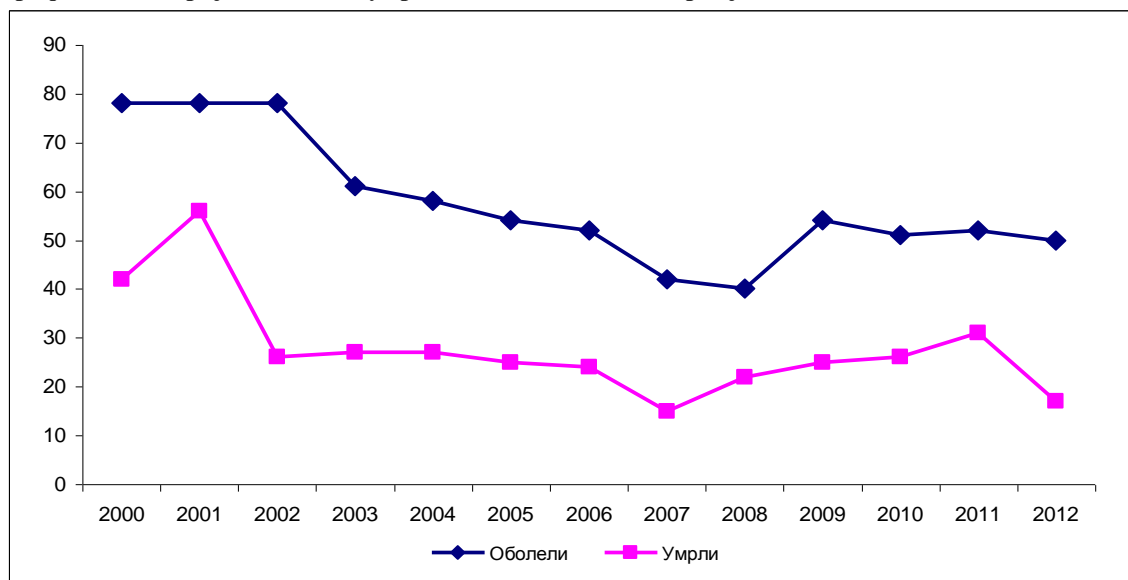
Спроведена имунизација	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.
DTP3 вакцинација	97	97	97	97	98	97	97	98	98	97	97	98	96
OPV3 вакцинација	97	97	97	98	98	97	97	98	98	97	97	98	95
MMR вакцинација	87	95	93	95	97	95	96	97	96	96	96	97	90
НВ вакцинација 1. г.						65	92	94	94	95	95	96	93
НВ вакцинација 12. г.							57	80	78	62	76	87	83
Н1b вакцинација							74	91	97	96	97	97	91

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2012. годином пријављено је 1645 особа оболелих од *Morbus HIV* (AIDS, сида) од којих је 1044 (63%) лица умрло од сида. Током 2012. године регистровано је 50 новооболелих особа (стопа инциденције 0,69 на 100.000 становника), док је 17 особа умрло (стопа морталитета 0,23 на 100.000 становника). У региону централне Европе, коме припада и наша земља, у периоду 2008–2011. година виша инциденција AIDS-а у односу на Србију регистрована је у Румунији, Албанији и Црној Гори (у распону од 8 до 13 на милион становника), док је инциденција нижа или једнака један новооболели од AIDS-а на милион становника регистрована у Словачкој и у Турској.<sup>1</sup>

Од 2000. до 2012. године забележен је пад оболелих и умрлих од ове болести. У 2012. години регистрована инциденција од сида је на сличном нивоу као и у претходне три године, док је морталитет на нивоу морталитета регистраног 2007. године, када је регистрован најнижи морталитет у посматраном периоду -15 особа умрлих од сида (графикон 48).

**Графикон 48. Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV*, Србија, 2000–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

<sup>1</sup> HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011, SurveillanceReport, ECDC/WHO, 2012, [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf).

### III ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

#### *Здравствено стање деце*

Здравствено стање одојчади и деце предшколског узраста је од изузетног значаја за целокупно друштво. Заштити здравља ових популационих група посвећује се посебна пажња не само због повећане осетљивости на дејство различитих фактора који могу угрозити њихово здравље, већ и због чињенице да лоше здравље и нездраве стилови живота у детињству могу имати за последицу лоше здравље током читавог живота.

Учешће популације деце узраста од 0 до 6 година у укупном броју становника у периоду од 2008. до 2011. године у Србији се постепено смањивало са 7% у 2008. години на 6,5% колико је износило у 2012. години. Одојчад (деца старости 0-365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

Здравствену заштиту деце 0 до 6 година на примарном нивоу обезбеђује службе за здравствену заштиту деце у домовима здравља.

Здравствену заштиту предшколској деци 2012. године пружало је 764 доктора медицине, од чега је 83,7% лекара специјалиста. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2012. години је износио 1,6 (табела 11).

**Табела 11. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2008-2012.**

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Просечан годишњи број посета код лекара по детету	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији
2008	760	1266	1,7	6863,8	10,1	57,8%
2009	753	1229	1,6	6539,5	9,7	60,3%
2010	778	1231	1,6	6273,1	9,8	61,1%
2011	752	1202	1,6	6010,3	9,3	63,8%
2012	764	1185	1,6	5540,3	9,0	63,8%

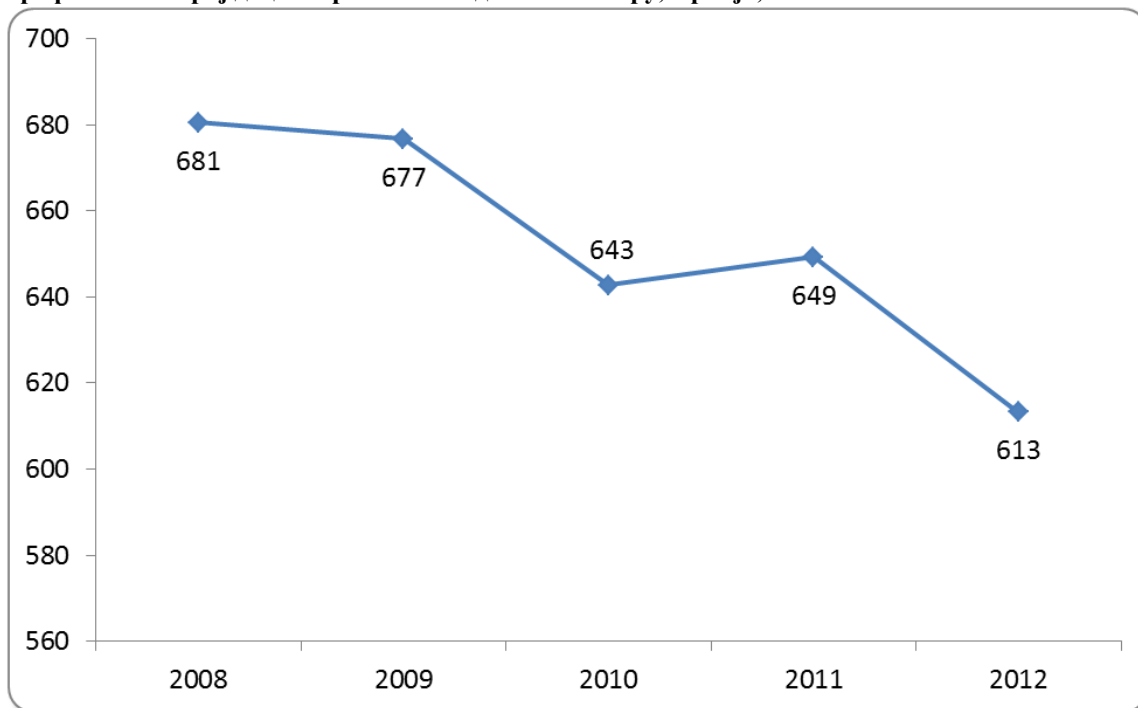
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан број деце узраста 0-6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду се смањује са 681 колико је износио 2008.



године, на 613 колико је био 2012. године (графикон 49), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

**Графикон 49. Број деце старости 0-6 година по лекару, Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

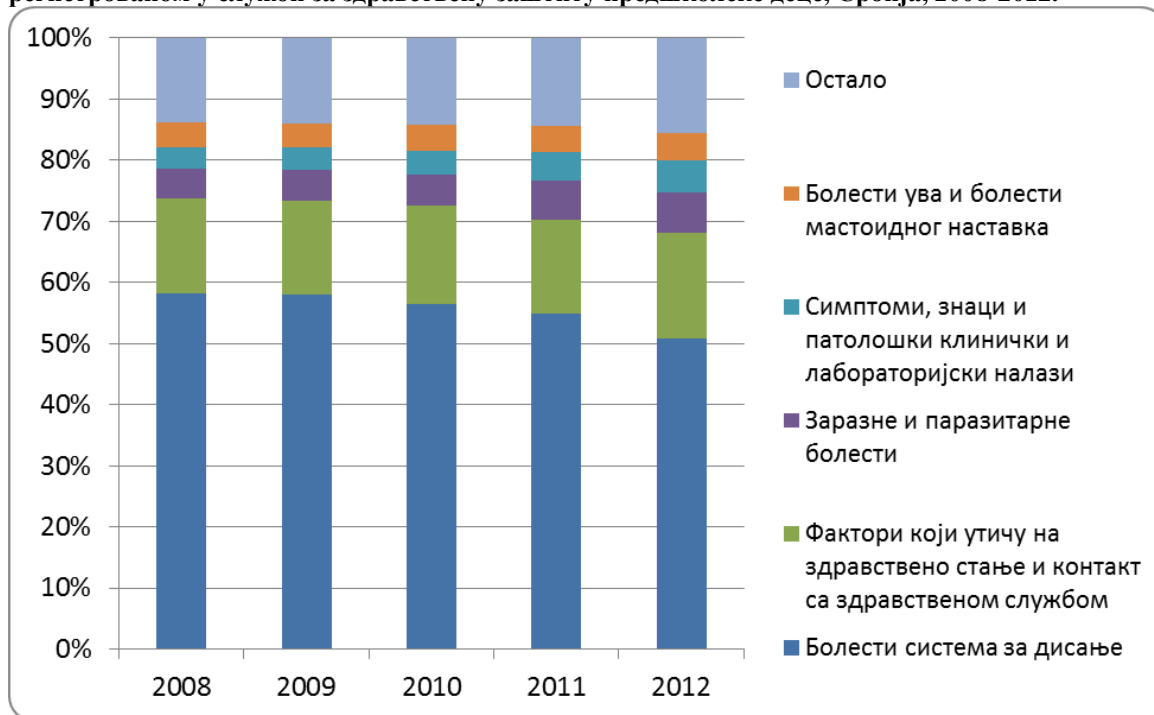
У служби за здравствену заштиту деце 2012. године регистровано је укупно 4.232.825 посете деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се кретало од 57,8% до 63,8% (табела 8). Просечан годишњи број посета по лекару у 2012. години износио је 5540,3.

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду опада са 10,1 у 2008. години, на 9,0 колико је износио 2012. године.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2012. године је износио 2.845.201, а стопа оболевања 6072,5 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година, (или 6,1 по детету). У посматраном периоду стопа оболевања бележи пораст вредности до 2011. године, када износи 6133,4 на 1000 деце, и први пад се бележи 2012. године.

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу првих пет најчешћих група болести биле су болести система за дисање (X група МКБ-10); Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (XX група МКБ-10); Заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10); Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10) и Болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10). Процентуално учешће најчешћих група болести у посматраном периоду је приказано на графикону 50.

**Графикон 50. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### ***Здравствено стање школске деце***

Категорија школске деце обухвата узраст од 7 до 14 година, а категорији школске омладине (адолесцентима) припадају млади од 15 до 19 година. Период од поласка у основну школу, до завршетка средње школе карактеришу процеси раста и психичко–физичког сазревања, социјализације, васпитања и школовања, као и припреме за укључивање у процес рада, али и наставак даљег образовања. Здравствено стање и квалитет живота у овом периоду условљени су факторима породичне средине, непосредног окружења и важним чиниоцима везаним за процес школовања. Тако, санитарно–хигијенско стање школских објеката (снабдевање хигијенском водом за пиће, диспозиција отпадних материја), услови за физичку активност и рекреацију, доступност школског објекта, микроклиматски услови и адекватан школски намештај представљају важне чиниоце за здравље деце.

Школска деца и омладина се према показатељима здравља могу сматрати најздравијом од свих старосних категорија. Међутим, због многих специфичности које обележавају овај животни период (сексуални и психосоцијални развој) и опасности за формирање ризичних понашања која могу да угрозе здравље, неопходно је да се у току школовања предузимају адекватне здравствене интервенције како би се промовисало здраво понашање и стилови живота.

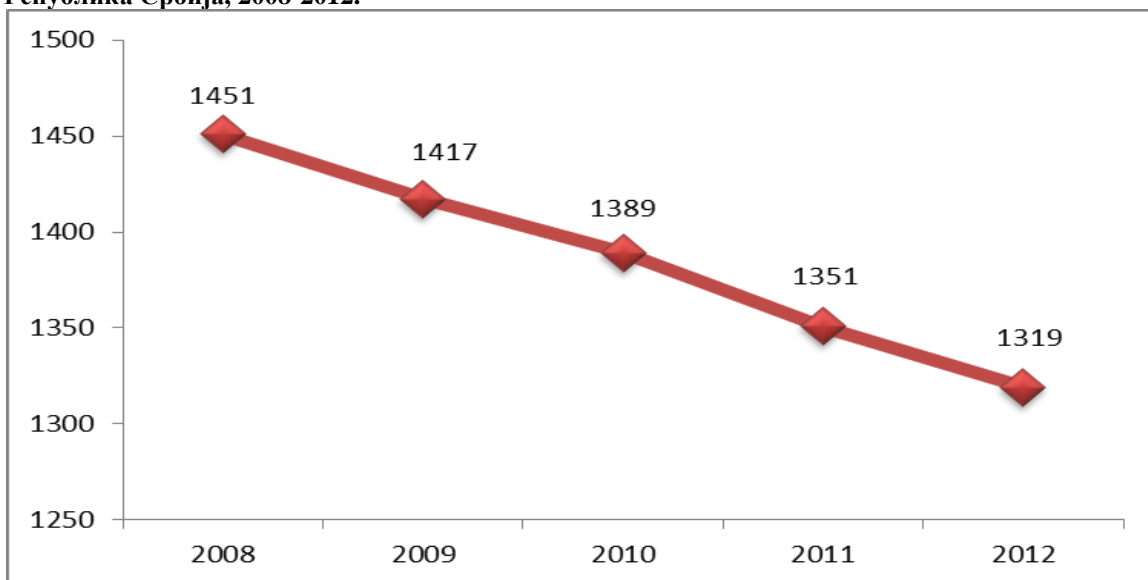
У Републици Србији у 2012. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 13,4% у укупној популацији (укупно 965.257). У 2011. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (1.017.212) као и њихово учешће у укупном броју становника који је износио 14%. У структури школске деце (7–19) 48,7% су девојчице, а 51,3% дечаци и у односу на претходну годину нема разлике.

Здравствену заштиту школске деце на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту школске деце при домовима здравља.

Здравствену заштиту у службама за здравствену заштиту школске деце у 2012. години пружала су 732 доктора медицине, од чега 458 специјалиста педијатрије (62,6%) и 97 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну 2011. годину је мањи за 19, а проценат специјалиста се није значајно мењао (63,1%). Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара износи 1,3 и није промењен у односу на 2011. годину (табела 12).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2012. године у Републици Србији износио је 1.319. Овај број је опао током посматраног периода (1.417 деце на лекара 2008.) услед мањег броја школске деце (око 80.000 за пет година) (графикон 51).

**Графикон 51. Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Република Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2012. године регистровано је укупно 4.766.853 посета, од чега 3.396.444 (71,3%) код лекара и 28,7% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је мањи за око 550.000 у односу на претходну годину (укупно 5.318.020 посета 2011. године). У просеку, свако дете (7–19 година) је у 2012. години посетило свог лекару 3,5 пута, и то је најнижа вредност у току посматраног петогодишњег периода (табела 12).

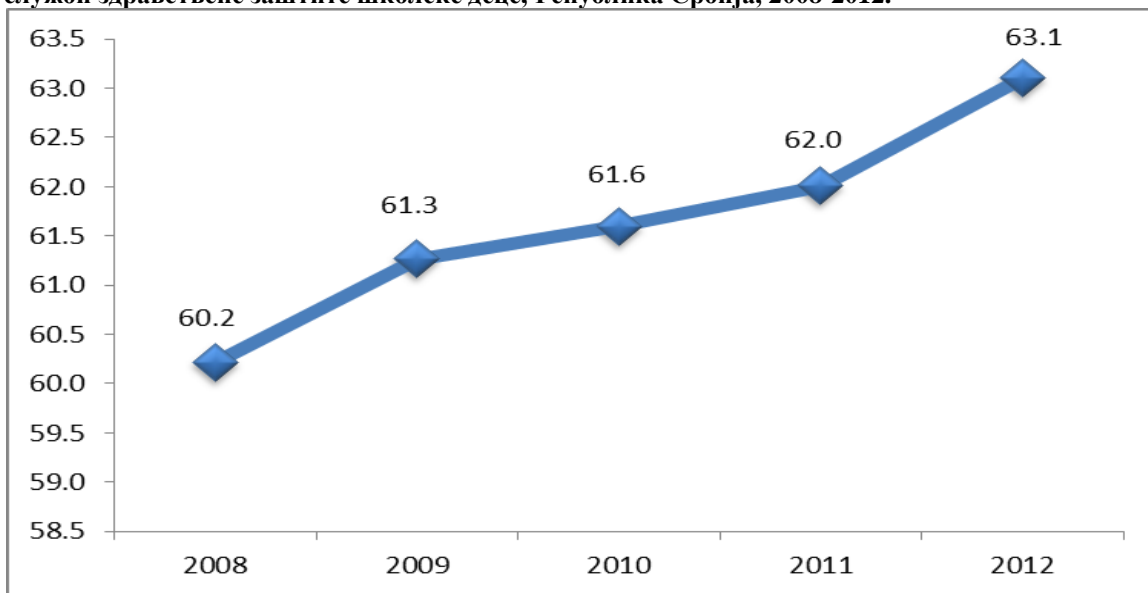
**Табела 12. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2008-2012.**

Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Број школске деце на једног лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Број посета по детету	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији (%)
2008	721	63,7	981	1,4	1451	5420	3,7	60,2
2009	729	63,1	991	1,4	1417	5583	3,9	61,3
2010	738	60,0	951	1,3	1389	5200	3,7	61,6
2011	753	63,1	959	1,3	1351	5060	3,7	62,0
2012	732	62,6	928	1,3	1319	4640	3,5	63,1

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Лекари у овој служби су у просеку имали по 4.640 посета, што је најнижа средња вредност у посматраном периоду (табела 12). У просеку, сваки лекар у овој служби је имао 420 посета мање у односу на 2011. годину. Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2012. години је 63,1% тј. настављен је благи тренд пораста учешћа првих у укупном броју посета (графикон 52).

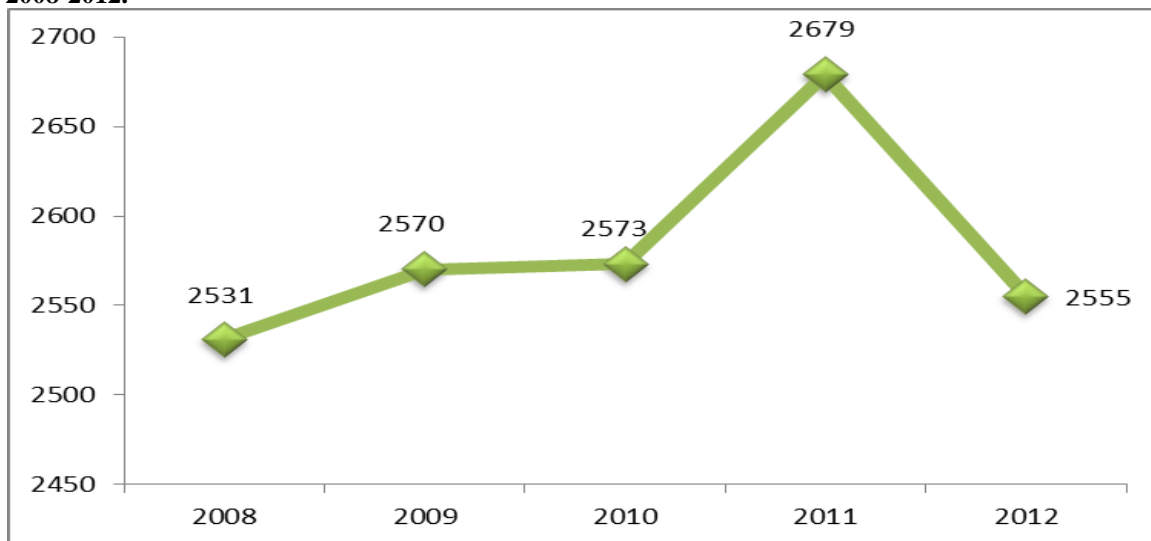
**Графикон 52. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У службама за здравствену заштиту деце и омладине у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења и стања у групи од 7 до 19 година, 2012. године је износио 2.466.742, а стопа оболевања 2.555,5 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,6 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је мањи за око 258.000, па је и стопа оболевања нижа у 2012. години (2.679 у 2011. години) (графикон 53).

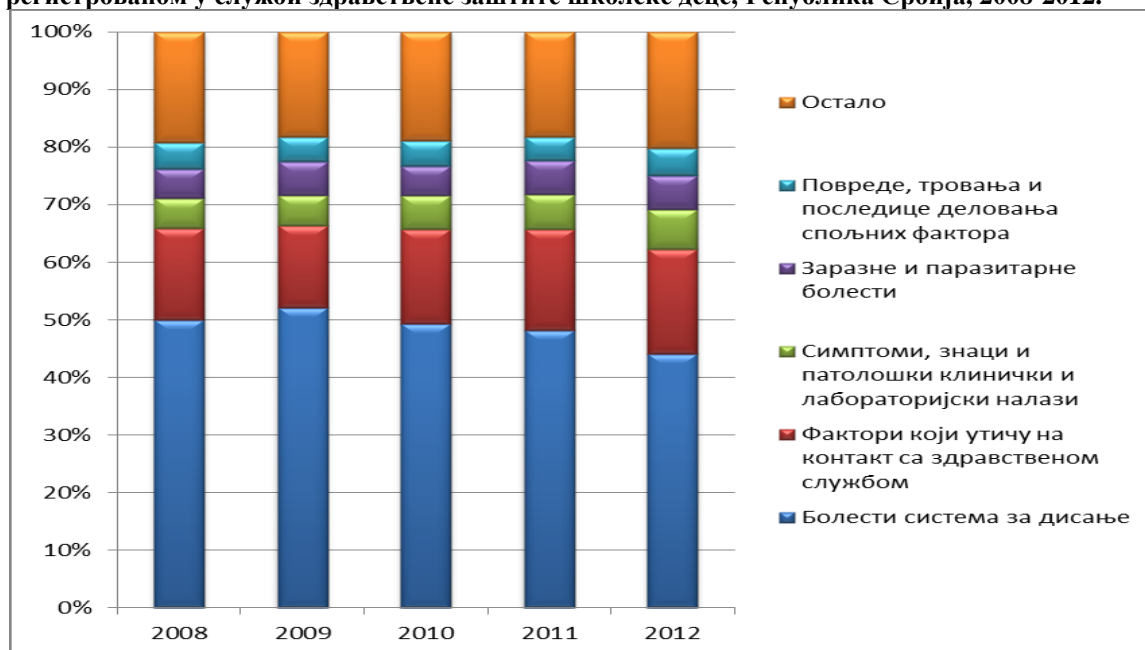
**Графикон 53. Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Република Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разбољевања школске деце у периоду од 2008. до 2012. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање (X група МКБ-10), фактори који утичу на контакт са здравственом службом (XXI група МКБ-10), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10), заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (XIX група МКБ-10) са различитим процентуалним учешћем у посматраној години (графикон 54). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих МКБ група болести.

**Графикон 54. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### **Здравствено стање одраслог становништва**

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2008. години учествовала са 78,7% у укупном становништву. У 2012. тај проценат износи 80,1%. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву од 2008 до 2011. се смањивала од 17,2% у 2008. до 16,8% у 2011, да би се у 2012. повећала на 17,5%. Процент особа од 20 до 64 година у укупној популацији се повећао са 61,6% у 2008. на 62,6% у 2012. години.

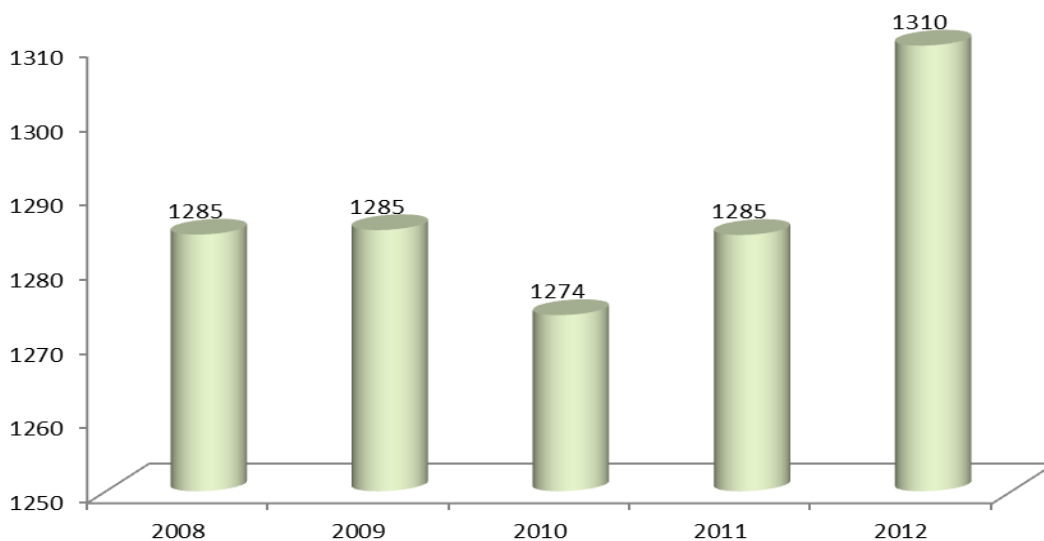
У структури одраслог становништва 51,3% су жене, а 48,7% мушкарци.

Здравствену заштиту одраслог становништва на примарном нивоу обезбеђују службе опште медицине и медицине рада при домовима здравља. Општа медицина је основни носилац примарне здравствене заштите становништва старијег од 19 година, док службе медицине рада обезбеђује ванболничку здравствену заштиту радноактивном становништву.

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2012. години пружало је 4.401 доктора медицине. Од тог броја 2.081 (47%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду се смањило са 1,6 на 1,5 у последње три године. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада од 2008. до 2011. године се смањило од 1.341 до 1.285, а у 2012. години се повећао на 1310. (Графикон 1).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2012. године регистровано је укупно 42.042.023 посета, од чега 27.892.659 или 65,5% код лекара и 34,5% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је од 2008. до 2011. порастао од 4,8 до 5, а у 2012. је износио опет 4,8 (табела 13).

**Графикон 55. Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада дома здравља у Републици Србији, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

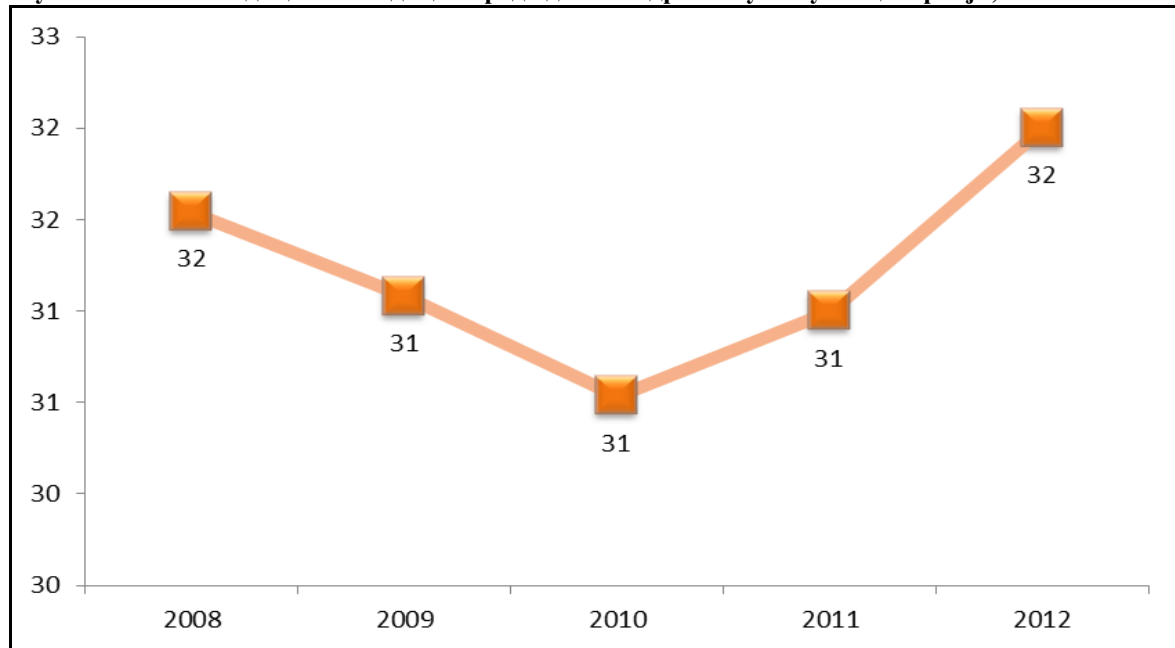
**Табела 13. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Република Србија, 2008-2012.**

Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Број одраслих становника на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета код лекара на једног становника	Процентуално учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији
2008	4505	46	7003	1.6	1285	6309	4.8	31.5
2009	4496	46	7003	1.6	1285	6444	5.0	31.1
2010	4527	46	6970	1.5	1274	6441	5.0	30.5
2011	4479	47	6842	1,5	1285	6544	5,0	31,0
2012	4401	47	6716	1,5	1310	6338	4,8	31,8

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Од укупног броја посета лекару у ординацији, једна трећина је била првих посета (графикон 56).

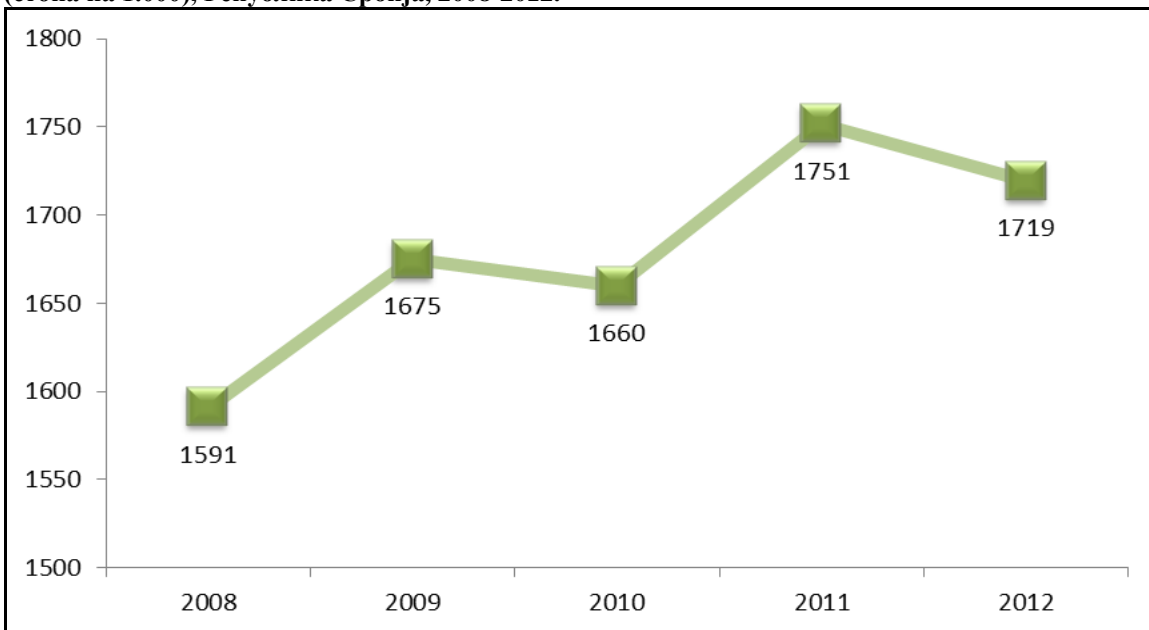
**Графикон 56. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада домова здравља у Републици Србији, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва су се од 2008. до 2012. повећале са 1.591 на 1.719 на 1.000 становника (графикон 57).

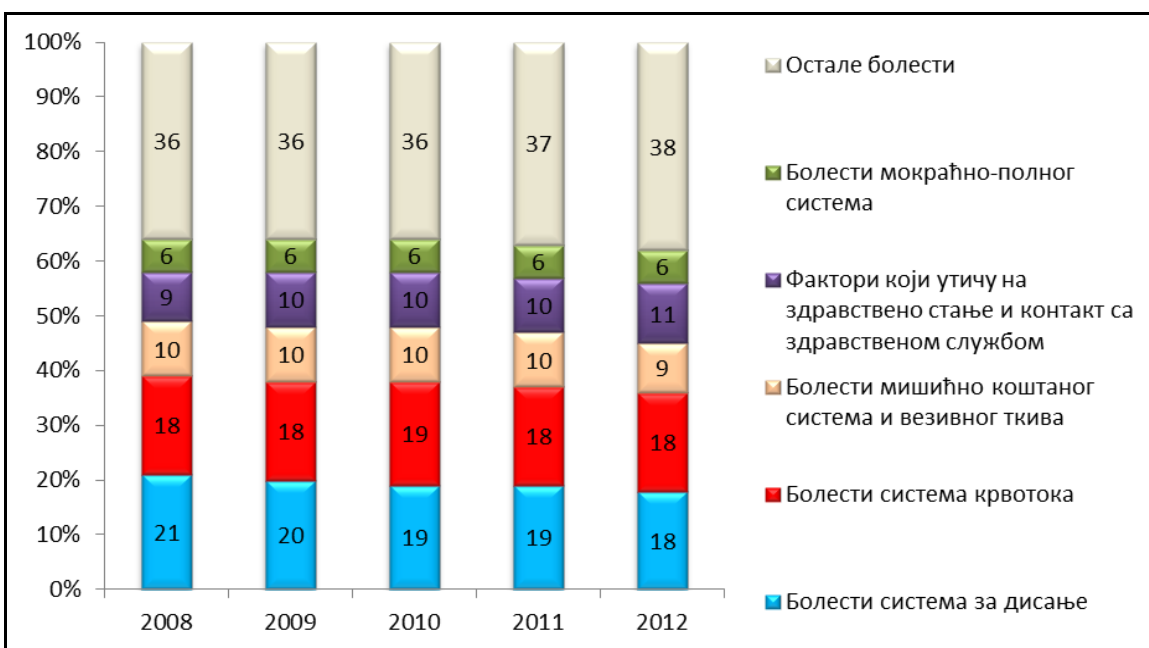
**Графикон 57. Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1.000), Република Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разбољевања одраслог становништва у периоду од 2008. до 2012. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштано мишићног система и везивног ткива. Интересантно је приметити да се удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено смањује (графикон 58).

**Графикон 58. Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада у домовима здравља у Републици Србији, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”



### Здравствено стање жена

Здравствену заштиту жена на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту жена у домовима здравља.

Здравствену заштиту у службама здравствене заштите жена пружало је у 2012. години 575 лекара што представља смањење у односу на претходну годину. У исто време број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је незнатно повећан, при чему је њихов међусобни однос остао на нивоу прошлогодишњег и износио је 1,4 (табела 14).

**Табела 14. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2008-2012.**

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једну жену 15+	Процентуално учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
2008	558	878	1,6	3916,0	0,68	64,29%
2009	578	892	1,5	3782,9	0,68	45,20%
2010	588	850	1,4	3428,3	0,63	43,84%
2011	586	815	1,4	3368,8	0,62	43,30%
2012	575	821	1,4	3259,0	0,59	44,99%

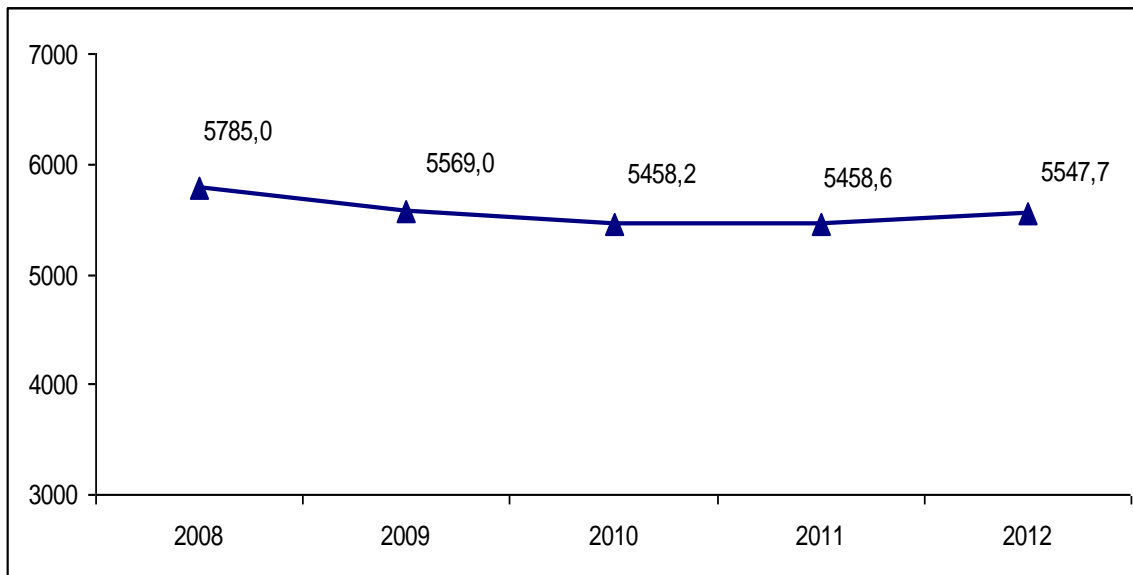
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета по једном лекару смањивао се у посматраном периоду, са највећом вредношћу реализованом 2008. године (3916,0) и најнижом у 2012. години (3259,0). Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2008. и 2009. године, а најмањи у 2012. години (табела 14).

Од укупног броја посета лекару у ординацији две петине су чиниле прве посете, осим у 2008. години, када су прве посете чиниле скоро две трећине укупних посета.

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да је она у посматраном периоду прилично стабилна са вредностима које су се кретале између 5450 и 5560 жена старих 15 и више година по једном лекару. Најнижа обезбеђеност регистрована је 2008. године када је износила 5785 жена старих 15 и више година по једном лекару (графикон 59).

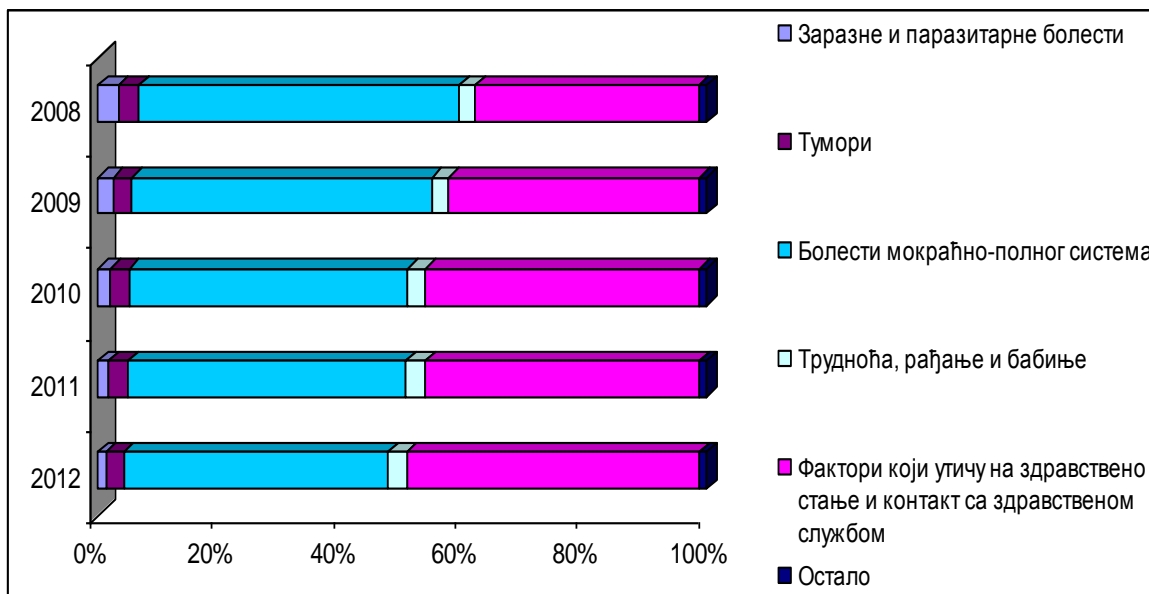
**Графикон 59.. Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури оболевања жена у периоду 2008 - 2012. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 53-43% и фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 37-48% у укупном морбидитету. У пет најчешћих група оболевања у службама здравствене заштите жена у Републици Србији убрајају се и заразне и паразитарне болести, трудноћа, рађање и бабиње, као и тумори. Ових пет најчешћих група болести заједно су чиниле 98,8% у свим посматраним годинама (графикон 60).

**Графикон 60.. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2008-2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

## *Стоматолошка здравствена заштита*

Право на стоматолошку здравствену заштиту која се финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање је дефинисано Законом о здравственом осигурању. До 2010. године, право на стоматолошку здравствену заштиту су имала деца да навршених 18 година живота, труднице и породиље до године дана после порођаја, а одрасли становници Републике само за хитне стоматолошке услуге. Од 2010. године, изменама овог Закона и студентима на редовном школовању до навршених 26 година живота, такође је обезбеђено право на стоматолошку здравствену заштиту која се финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, са мањим обимом права од деце, као и код одређених категорија одраслог становништва. Све ове измене законске регулативе су пратиле и измене подзаконских аката и свакако да су утицале на обезбеђеност и коришћење стоматолошке здравствене заштите у посматраних пет година.

### *Стоматолошка здравствена заштита предшколске деце*

Период од 2008. до 2012. године у стоматолошкој здравственој заштити је обележило повећање броја посета предшколске деце стоматологу што је веома значајно с обзиром на то да ову популациону групу није лако обухватити, а веома је важна за спровођење превентивних стоматолошких мера и усвајање адекватног понашања у односу на здравље уста и зуба (табела 15).

Укупан број посета предшколске деце стоматологу у посматраном периоду показује континуирани пораст од 536.000 посета у 2008 години до 632.000 посета у 2011. години, након чега долази до смањења укупног броја посета, на 590.000 у 2012. години. Поређења ради, 2001. године је регистровано свега 395.758 посета предшколске деце стоматологу, након чега у наредним годинама тај број континуирано расте.

У анализираном периоду просечан број посета на једно предшколско дете, као и просечан број посета на једног стоматолога има континуирани раст до 2011. године али бележи пад у 2012. години услед смањења укупног броја посета током ове године (табела 15). Поново поређења ради у 2007. години је било свега 0,7 посета по детету, а у 2012. години је 1,3 посета по детету. Услед смањења броја деце овог узраста, постоји стални тренд повећања обезбеђености предшколске деце стоматологом. Међутим, у односу на важећи Правилник\* који предвиђа једног доктора стоматологије специјалисту дечје и превентивне стоматологије на 1.500 деце старости до 18 година, што је недовољно.

Са друге стране, истим Правилником су дефинисане и мере извршења овог кадра, које износе 2460 посета годишње, што се достиже током 2009, 2010. и 2011. године, а 2012. је минимално мање.

---

\* Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Сл. гласник РС“ број 43/06, 112/09, 50/10, 79/11, 10/12, 119/12 и 22/13)

Табела 15. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2008 – 2012.

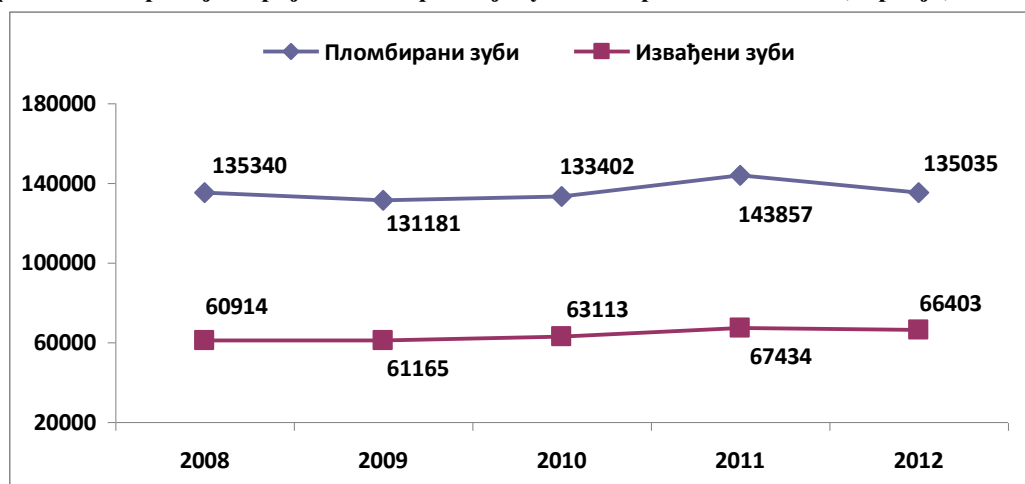
Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно предшколско дете
2008	0,45	2217,18	2487,55	0,89
2009	0,47	2497,00	2405,85	1,04
2010	0,47	2487,57	2316,18	1,07
2011	0,47	2569,22	1984,61	1,29
2012	0,49	2343,70	1859,28	1,26

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Однос конзервативног збрињавања каријеса током једне посете у односу на број ендодонтски лечених зуба је све повољнији и у 2012. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било пет пломбираних зуба без лечења. Неповољан тренд постоји код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба (Графикон 43). Током деведесетих година је тај однос био 3 према 1, али у посматраном периоду се постепено приближава односу 2 пломбираних зуба према 1 извађеном зубу.

Тумачења могу бити различита, од чињенице да повећање броја посета узрокује и повећање броја екстрахираних млечних зуба који нису наступили благовремено током природне смене зуба, до тога да се доктрина мења у смислу не прихватања присуства активног каријеса у циљу чувања простора за ницање сталних зуба. Иако говоримо о вађењу млечних зуба, треба имати у виду да њихово превремено вађење може условити друге проблеме током ницања сталних зуба. С обзиром на то да расте број деце седам година старости са свим здравим зубима, као кумулативни показатељ оралног здравља предшколске деце, није за очекивати да је пораст броја посета показатељ лошијег здравља уста и зуба ове популације.

Графикон 61. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2008 – 2012.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

## Стоматолошка здравствена заштита школске деце

Стоматолошка здравствена заштита школске деце је организована и пружа се поред домова здравља и у амбулантама просторно смештеним у школама основног и средњег образовања. Број школске деце се континуирано смањивао у посматраном периоду. Број стоматолога који је радио са овом популацијом је варирао, од 772 до 838 стоматолога, у просеку је 740 стоматолога збрињавало здравље уста и зуба школске деце. У складу са тим је и обезбеђеност школске деце стоматологом била најповољнија у 2011. години, а најнеповољнија у 2010. години када је било најмање стоматолога, свега 763 (табела 16.). У посматраном петогодишњем периоду је оптерећеност стоматолога била уједначена, у просеку 3.000 посета на једног стоматолога. Број посета школске деце стоматологу показује позитиван тренд раста, и током последње три посматране године школска деца у просеку 2,5 пута посете стоматолога годишње. Свакако да је велики број посета резултат спровођења обавезних превентивних прегледа којој је потребан и намењен велики број превентивних мера и активности у области оралног здравља.

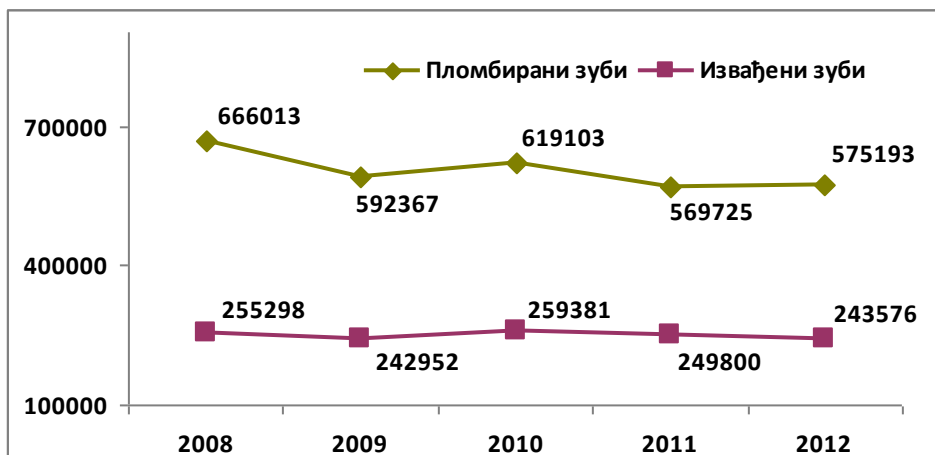
Табела 16. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2008 – 2012.

Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број школске деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно школско дете
2008	0,38	3046,63	1305,89	2,33
2009	0,41	3051,83	1338,27	2,28
2010	0,42	3339,67	1343,75	2,49
2011	0,44	2940,99	1213,86	2,42
2012	0,42	3022,05	1220,64	2,48

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У прилог спровођења превентивних мера говоре и подаци да расте укупан број посета стоматологу, који је негде мало испод два милиона посета на нивоу Републике, а да се до 2011. године смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса.

Графикон 62. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2008-2012.

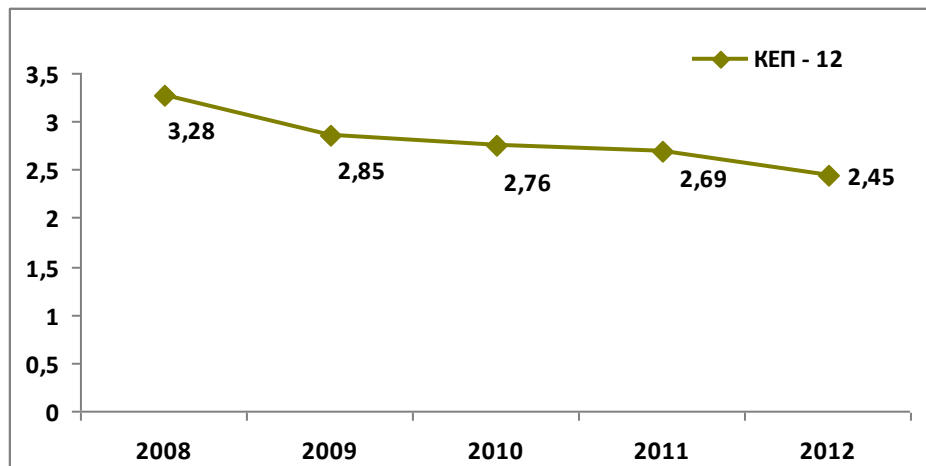


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, као што постоји благо повећање броја зуба који су ендодонтски лечени. Такође, број извађених зуба у периоду од 2010. године континуирано опада. Однос екстрахираних зуба и пломбираних зуба је уједначен у смислу да на скоро два санирана зуба, стоматолог извади један зуб (графикон 62.). И поред тога што се овај однос годинама значајно не мења, и што не знамо колико зуба је екстрахирано због каријеса а колико из ортодонтских разлога, он остаје и даље неповољан за овако младу популацију и захтева унапређење.

Један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваленце и утврђивање потреба за лечењем популационе групе деце старости 12 година је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП-12). То је кумулативни и иреверзибилни показатељ који мери присуство каријеса и у прошлости и у садашњости. Као општи показатељ здравља уста и зуба, КЕП се код деце у дванаестој години живота сматра поузданим показатељем њиховог оралног здравља. На нивоу Републике он износи 2,59 и најнижи је у посматраном периоду (графикон 63.). У поређењу са земљама у окружењу ова вредност је прихватљива, али уколико се поредимо са развијеним земљама Европе, вредност овог показатеља је и даље висока.

**Графикон 63. Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2008 – 2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### *Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва*

Промене настале ступањем на снагу Закона о здравственом осигурању 2005. године су се највише одразиле на коришћење стоматолошке здравствене заштите одраслог становништва. У периоду до 2010. године из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање су одраслој популацији биле доступне искључиво ургентне стоматолошке услуге, док су за остале корисници сносили део потребних средстава или плаћали у целости цену услуге. Изменама поменутог Закона су проширена права на стоматолошку здравствену заштиту одређеним социјалним категоријама становништва, али је значајна измена била и право на стоматолошку здравствену

заштиту које је дато студентима до навршених 26 година живота уколико су на редовном школовању

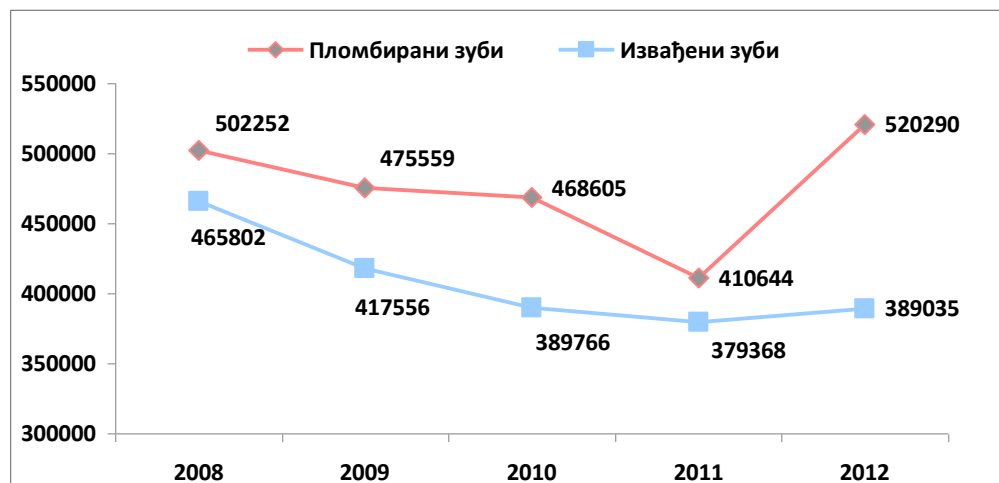
**Табела 17. Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2008 – 2012.**

Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број одраслих на једног стоматолога	Просечан број посета на једног одраслог становника
2008	0,93	1479,61	4190,40	0,35
2009	0,88	1525,51	4507,10	0,34
2010	0,83	1472,18	4368,29	0,34
2011	0,92	1395,61	4643,53	0,30
2012	0,75	1590,24	4653,17	0,34

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У односу на претходне године, у 2012. години је значајно повољнији однос извађених и пломбираних зуба, пре свега због пораста конзервативног збрињавања каријеса током једне посете, као и благог повећања броја зуба који су пломбирани након ендодонтског лечења. Претпоставка је да је повећање права на стоматолошку здравствену заштиту студената утицало на ово повећање конзервативног збрињавања зуба, а да је укључивање социјално угрожених лица допринело повећању броја извађених зуба у 2012. години. У прилог томе је и податак да је у 2012. години значајно порастао укупни број посета (табела 17).

**Графикон 64. Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2008–2012.**

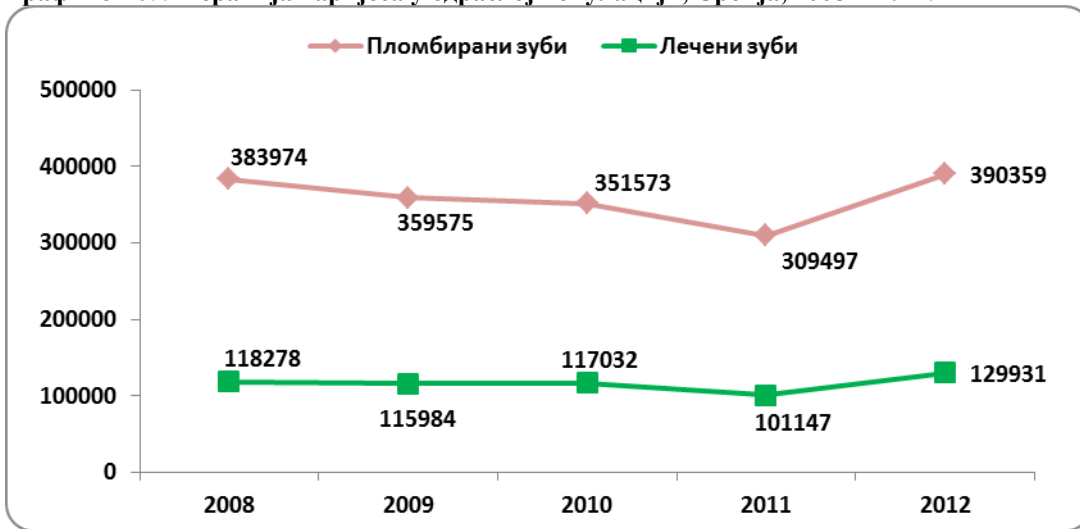


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У посматраном петогодишњем периоду су показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите најнеповољнији у 2011. години, када је у просеку била једна посета стоматологу на више три године, а на једна пломбирани зуб је скоро следило и једно вађење зуба. И даље се бележи изузетно велики број екстракција зуба, али се однос извађених и пломбираних зуба креће у добром смеру (графикон 64). Повећање броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, улива наду

да одрасли становници почињу редовније да брину о здрављу својих уста и зуба (графикон 65).

Графикон 65. Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2008 – 2012.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”



## IV БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

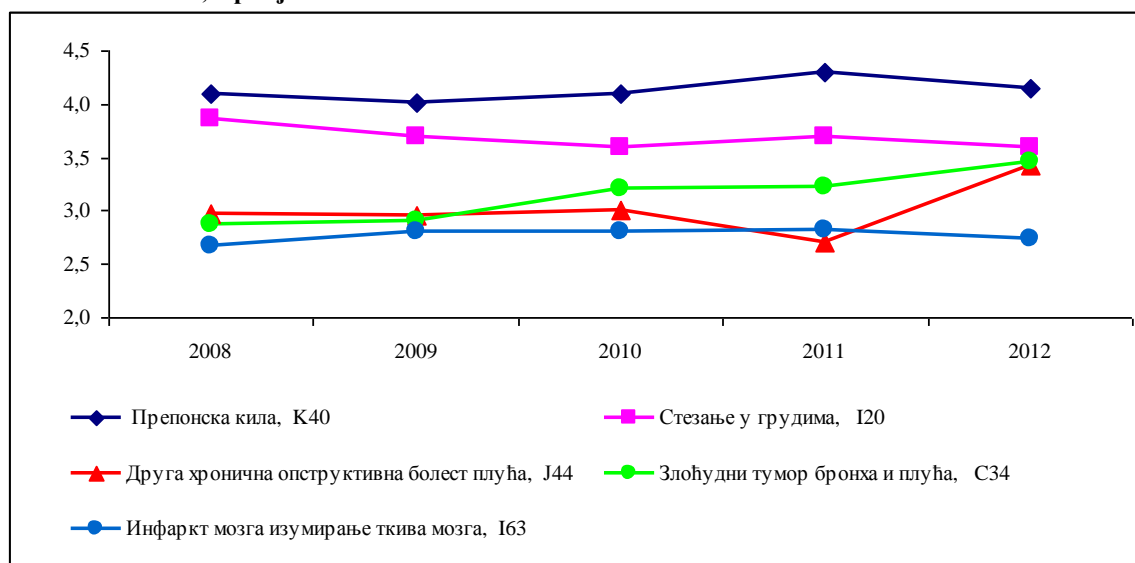
### *Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама*

Морбидитет становништва, као и узроци хоспитализације углавном се битније не мењају у краћем временском периоду. У поређењу са подацима за претходних десет година, уочавамо стални раст учешћа тумора и болести крвотока у укупном броју хоспитализованих.

Посматрано према појединачним дијагнозама (уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја), најчешћи узрок хоспитализације у 2012. години било је стезање у грудима, а затим следе инфаркт мозга и препонска кила.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2012. години била је препонска кила (МКБ10: К40). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца био је стезање у грудима (МКБ10: I20), а затим следе друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44), злоћудни тумор бронха и плућа (МКБ10: C34) и инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63). У односу на претходну годину забележен је тренд повећања код злоћудног тумора бронха и плућа и код друге хроничне опструктивне болести плућа (графикон 66).

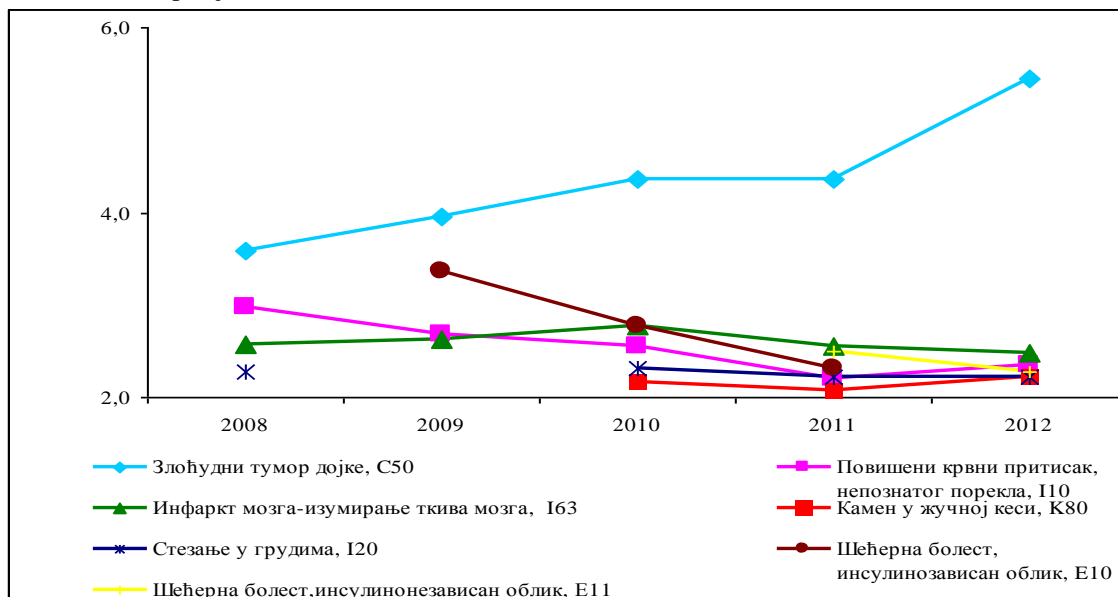
**Графикон 66. Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија 2008–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештај о хоспитализацијама

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2012. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење у 2000. години се није налазило ни на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злодућног тумора дојке била је 3,6 на 1000 становника, а 2010. се попела на 4,4 на 1000 становника, колико је износила и 2011. године, да би у 2012. години достигла највишу вредност од чак 5,5 на 1000 становника. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63), шећерна болест - инсулино зависни облик (МКБ10: E10), шећерна болест - инсулино независни облик (МКБ10: E11) и повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10) (графикон 67).

**Графикон 67. Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2008–2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг”, Извештај о хоспитализацијама

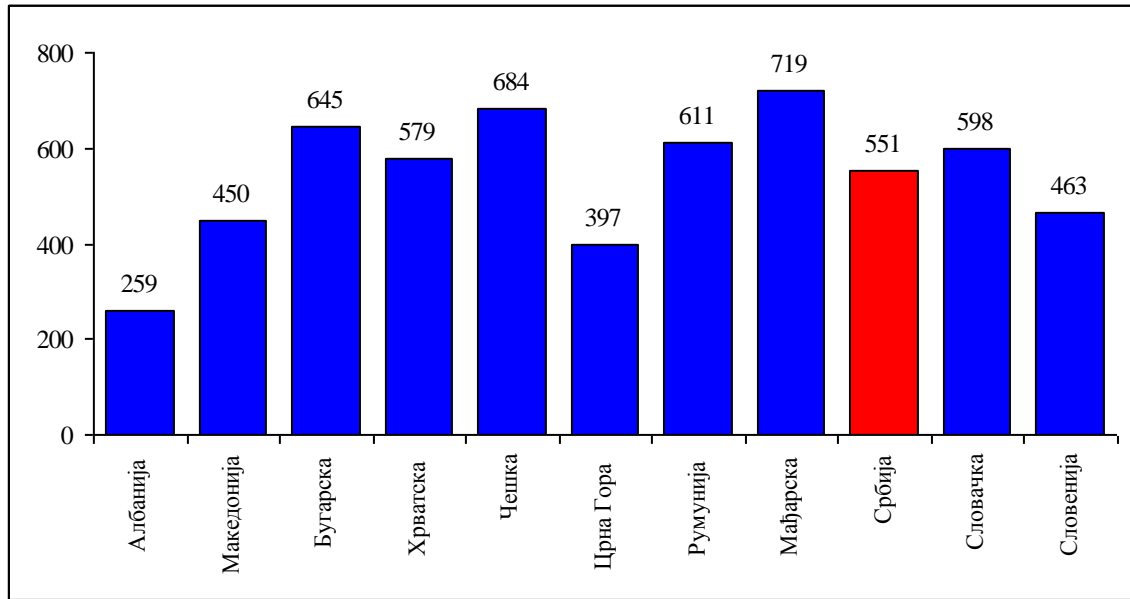
### ***Коришћење болничке здравствена заштите***

Болничка здравствена заштита представља интегрални део система здравствене заштите. Основна функција болнице је да обезбеђује стационарно лечење оболелих и повређених лица, али и да врши специјалистичку службу, као и да учествује у спровођењу превентивних мера у оквиру своје делатности.

Коришћење здравствене заштите, а у оквиру ње и болничке здравствене заштите, не зависи само од особина и потреба корисника већ и од обезбеђености и развијености здравствене службе.

Укупан број постеља у стационарним здравственим установама у Србији у 2012. години износио је 39.643 постеља (без постеља дневних болница) или 551 постеља на 100.000 становника (графикон 68). Обезбеђеност постељама у Србији је мања од просека у Европском региону (665 на 100.000 становника), а незнатно већа од просека ЕУ (540 на 100.000 становника).

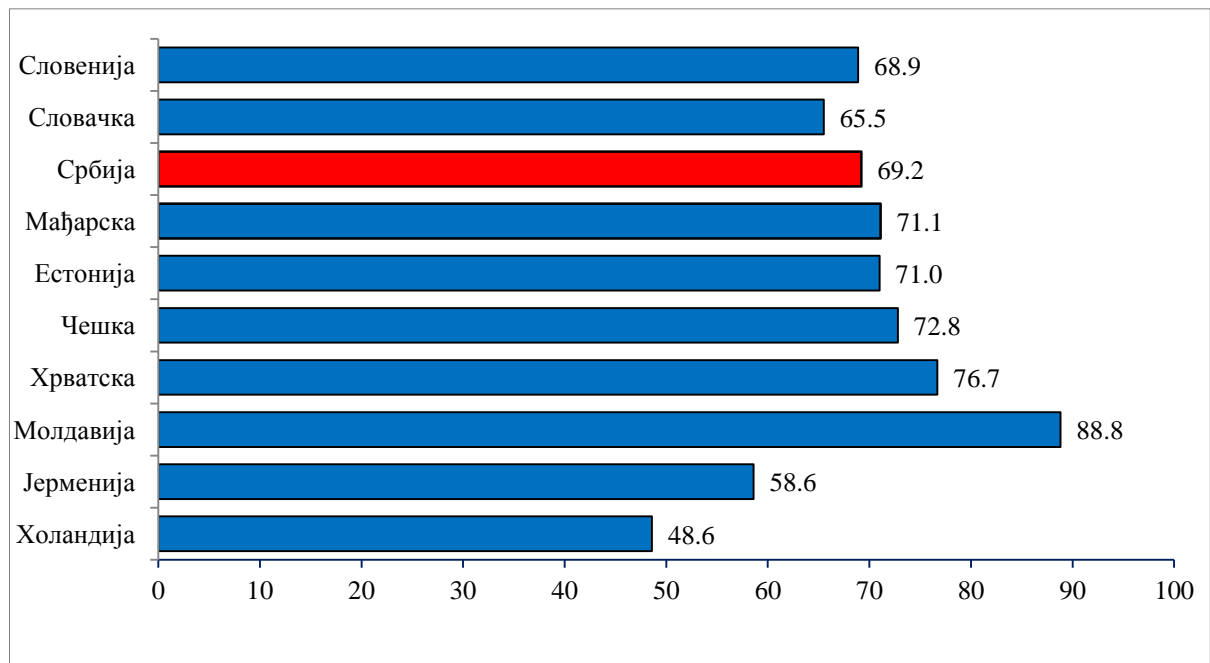
**Графикон 68. Број постеља на 100.000 становника у Србији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;  
база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

Просечна дневна заузетост постеља у болницама за краткотрајну хоспитализацију (акутним болницама) у Србији у 2012. години износила је 66,3%, што је мање како од просека у ЕУ -75,9%, тако и од просека европског региона -79,9% (графикон 69).

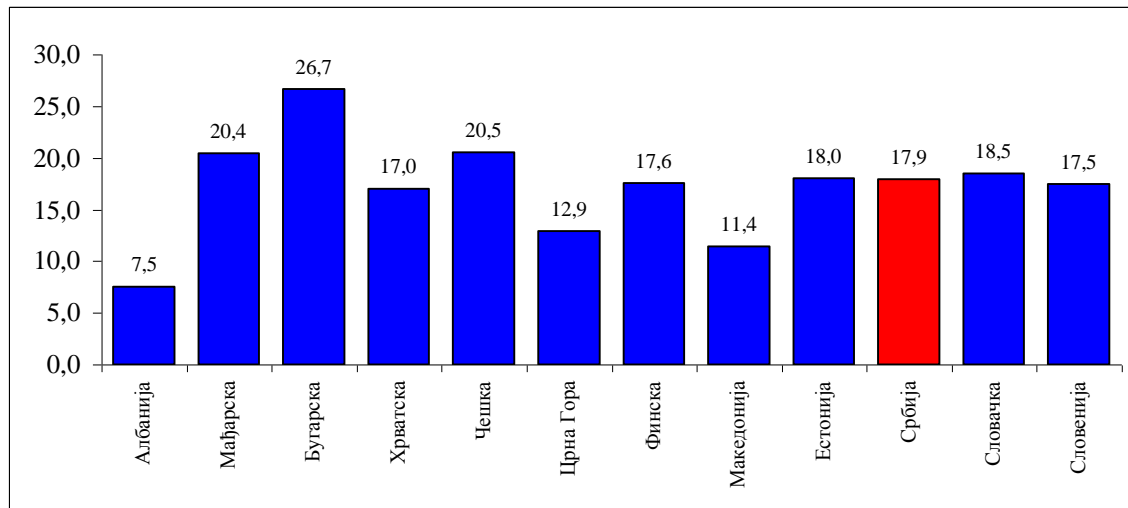
**Графикон 69. Просечна дневна заузетост постеља у акутним болницама у Србији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;  
база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2012. години износила је 17,9 на 100 становника, што је повећање у односу на претходне године, што је на нивоу просека у европском региону (17,9) и нешто више од просека ЕУ (17,2).

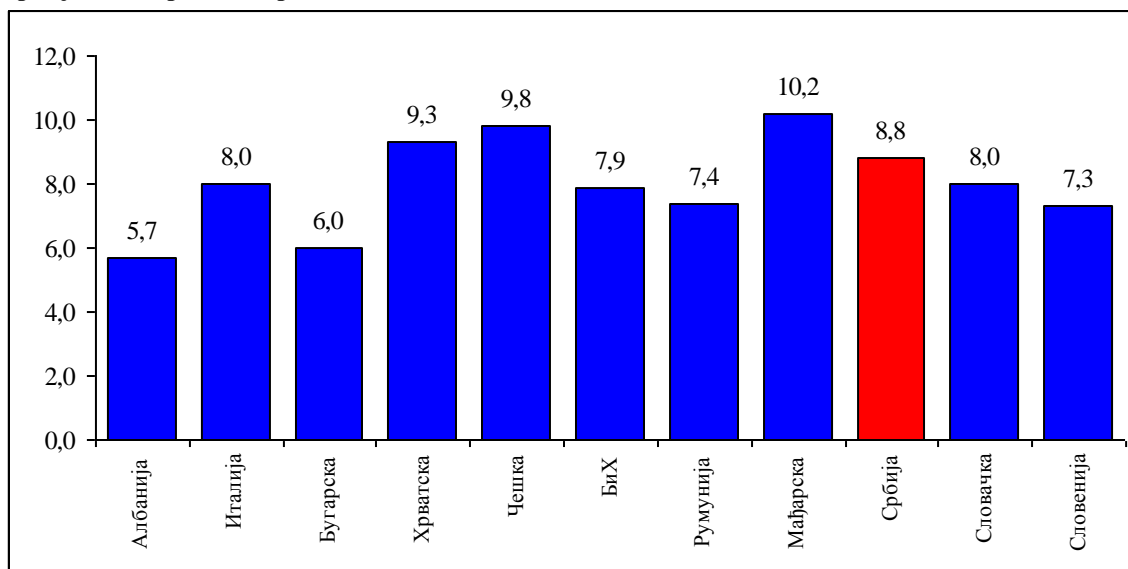
**Графикон 70. Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2012.**



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;  
база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2012. години износила је 8,8 дана, што је ниже у односу на претходну годину као у односу на просечне вредности у европском региону од 9,5 дана и ЕУ – 9,1 дан (графикон 71).

**Графикон 71. Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2012.**

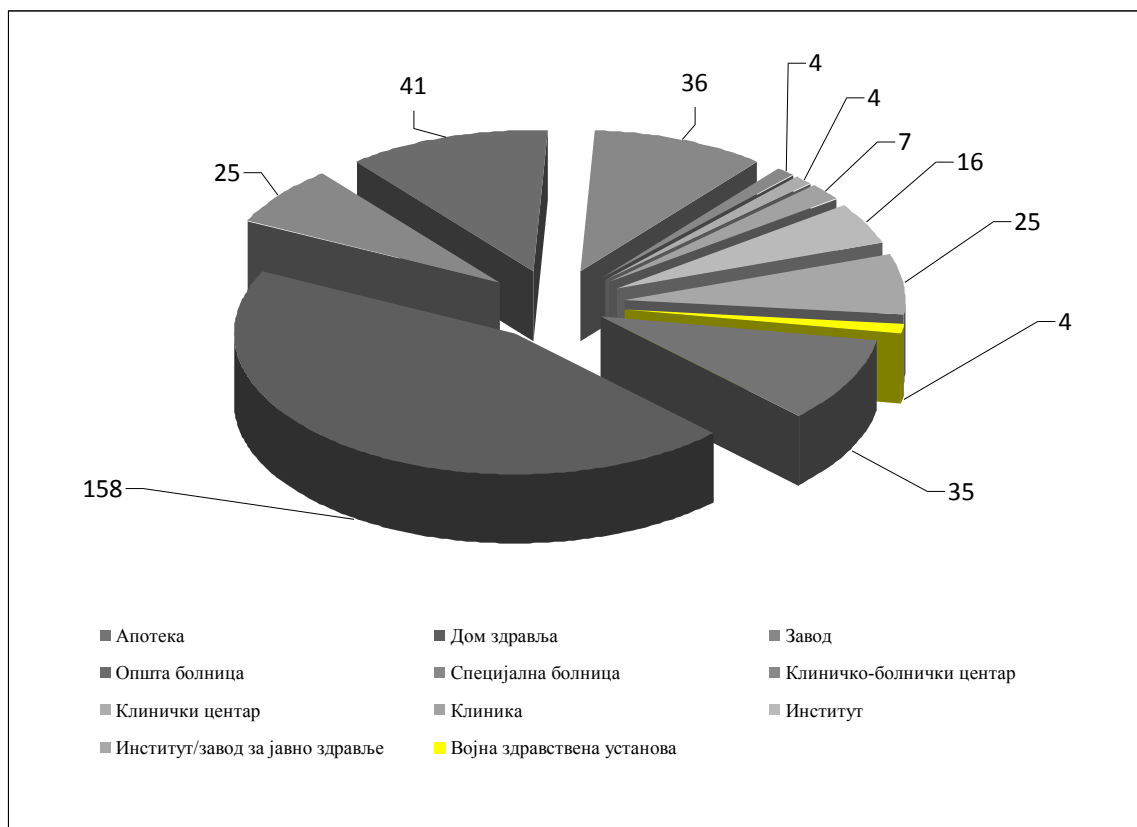


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;  
база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

## V ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ

Здравствена заштита становништва непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и условљена је развијеношћу организације и технологије рада. Укупан број здравствених установа према Уредби о плану мреже здравствених установа („Сл. гласник“ РС бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012) у 2012. години у Србији износио је 355 (графикон 52).

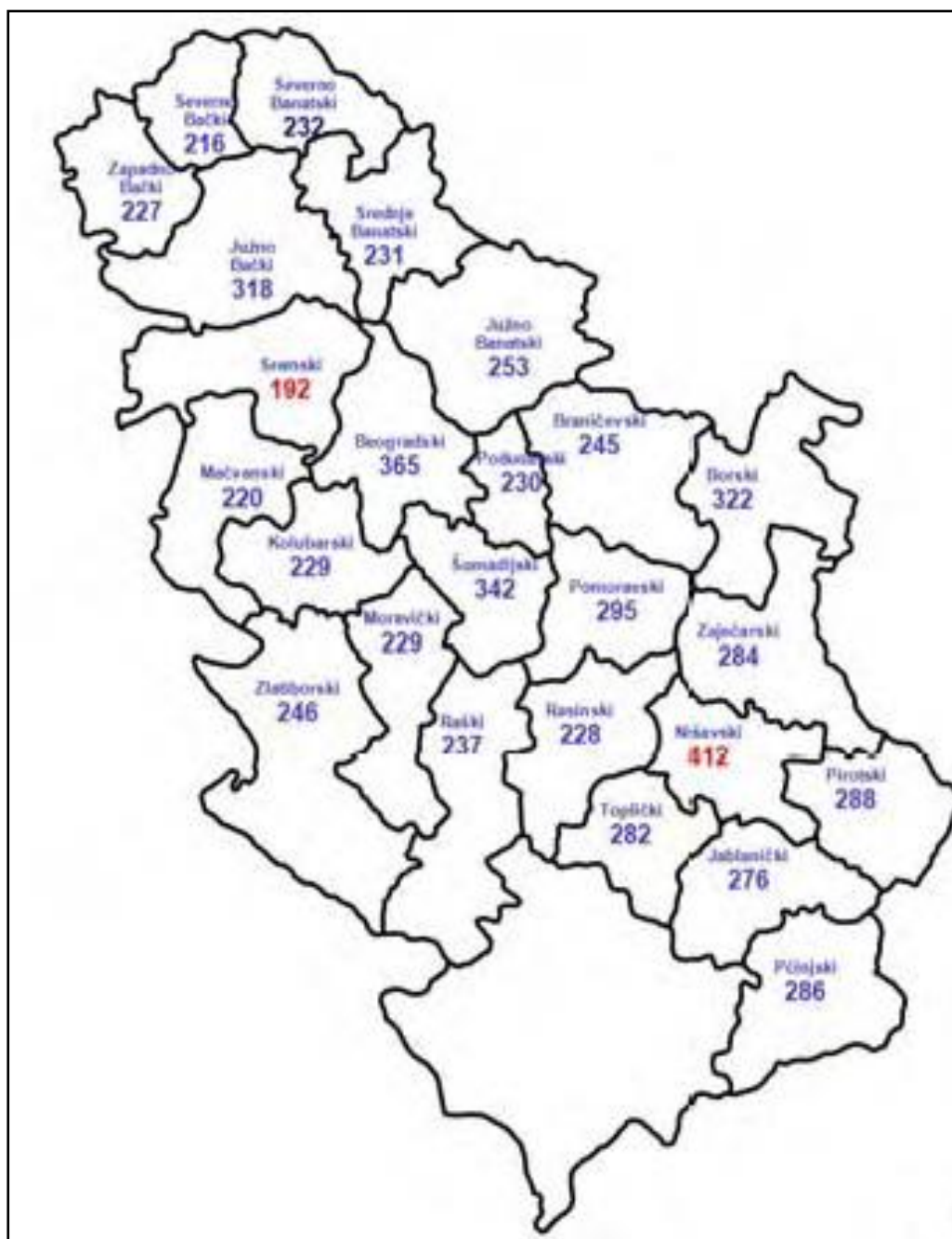
Графикон 52. Здравствене установе у Републици Србији, 2012



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;

На дан 31.12. 2012. године је у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији било запослено 112.587 радника. Од тог броја било је 20.960 лекара, односно 291 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (412 на 100.000) а најмањи у Сремском округу (192 на 100.000). Просечан број лекара на 100.000 становника према окрузима приказан је у картограму 1.

Картограм 1. Лекари на 100.000 становника по окрузима, Србија, 2012



## VI ZAKЉUČCI

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, али и смањење стопе смртности одојчади.
- Позитивна економска активност у Србији забележена у 2011. години, а испољена кроз релативно стабилан раст бруто домаћег производа од друге половине 2009. године, поново слаби у 2012. години, а привреда манифестује знаке рецесионих кретања. Кључни изазови економског напретка Србије и даље остају: макроекономска стабилност, јачање иновационих капацитета и модернизација индустрије, стимулсање прилива иностраног капитала, унапређење структуре и повећање вредности извоза, раст животног стандарда и отварање нових радних места.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
  1. Бруто домаћи производ по становнику у Србији је међу најнижим у Европи.
  2. Посматрано према конкурентности, Србија у 2012. години стагнира на достигнутом нивоу, рангирана ниже од већине транзиционих земаља централне и југоисточне Европе.
  3. Услед израженог раста спољног дуга, Србија је ушла у зону високе задужености.
  4. Изразито је смањен прилив страних директних инвестиција.
  5. Повећава се текући дефицит платног биланса, првенствено услед значајног успоравања раста извоза.
  6. У 2012. години долази до снажних инфлаторних кретања. У поређењу са земаљама из окружења Србија има знатно вишу стопу инфлације.
  7. Релативно су ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства.
  8. Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада. Стопа раста незапослености, као основног генератора сиромаштва и социјалне искључености, у порасту је од 2008. године. У 2012. години континуирано расту и стопа дугорочне и веома дугорочне незапослености.
  9. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 64. место у свету. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
  10. Присутан је тренд повећања укупног сиромаштва.
- Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2007–2011. година, као и велику стабилност посматрани као удео у бруто домаћем производу. Издвајања за здравствену заштиту као проценат од БДП-а, изнад су просека Европске уније и већине европских земаља. Међутим, Република Србија издваја у апсолутном износу

посматрано мала средства за здравствену заштиту у компарацији са другим европским земљама, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа.

- Од свих узорака воде за пиће чија је исправност испитивана у 2012. години, код 13,91% забележена је физичко-хемијска, а код 4,00% микробиолошка неисправност.
- Тренд кретања неисправности намирница указује на пад микробиолошке неисправности, што се односи и на физичко-хемијску неисправност намирница домаћег порекла, док је физичко-хемијска неисправност намирница из увоза након пораста у 2011., забележила пад у 2012. години.
- Тренд кретања неисправности предмета опште употребе указује на пад микробиолошке неисправности предмета опште употребе домаћег порекла, пад физичко-хемијске неисправности ових производа домаћег порекла и из увоза, и на благи пораст микробиолошке неисправности узорака из увоза.
- Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање неквалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.
- Незаразне болести представљају водеће узроке оболевања, инвалидности и умирања у Србији, са тенденцијом пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори чине три четвртине свих узрока смрти.
- Заразне болести данас не представљају већи здравствени проблем у Србији пре свега, захваљујући редовном вакцинисању и релативно добром предузимању осталих превентивних мера.
- Општи циљ пројекта “Контрола туберкулозе у Србији“ (2004. – 2009. године) је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника. Пад стопе инциденције ТБ испод 20/100.000 сврстава Србију у групу земаља са малим оптерећењем туберкулозом.
- Због доступне и делотворне комбиноване антиретровирусне терапије региструје се пад оболелих и умрлих од AIDS-а у Србији у последњих десет година.
- У структури морбидитета деце доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести и болести ува и мастоидног наставка.
- У структури разболевања школске деце у периоду од 2008. до 2012. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање, фактори који



- утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, заразне и паразитарне болести и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора са незнатним разликама у процентуалном учешћу у посматраним годинама.
- У структури морбидитета одраслог становништва (19 и више година, регистрованог у службама опште медицине и медицине рада, у периоду од 2008. до 2012. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштаног мишићног система и везивног ткива. Важно је нагласити да се удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено смањује.
  - У службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2008-2012. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају болести мокраћно-полног система, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и заразне и паразитарне болести.
  - У стоматолошкој здравственој заштити деце и школске деце у периоду 2008-2012. година, однос извађених и пломбираних зуба је све неповољнији, док у стоматолошкој здравственој заштити одраслих бележи позитивне помаке.
  - Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2012. години била је препонска кила, а затим следе стезање у грудима, друга хронична опструктивна болест плућа и малигни тумор бронха и плућа. У односу на претходну годину забележен је тренд повећања код злоћудног тумора бронха и плућа и код друге хроничне опструктивне болести плућа.
  - Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2012. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке, чија се стопа хоспитализације на 1000 становника учетворостручила у периоду од 2000. до 2011. године (са 1,4 на 5,5 на 1000). Остали најчешћи узроци хоспитализације код жена су инфаркт мозга – изумирање ткива мозга и шећерна болест (инсулино зависни и инсулино независни облик).
  - Вредности стопе хоспитализације (17,9 на 100 становника), заузетости болничких постеља у акутним болницама (66,3%) и просечне дужина хоспитализације (8,8 дана), говоре о још увек недовољној искоришћености болничких капацитета.
  - Просечан број лекара на 100.000 становника у 2012. години у Републици Србији износио је 291, са најнижом вредношћу у Сремском округу (192 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (412 на 100.000).