



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

РЕПУБЛИКА СРБИЈА

ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗА 2018. ГОДИНУ



2019.

Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Суботића 5, Београд

www.batut.org.rs

Главни и одговорни уредник

Доц. др Верица Јовановић

Уредник

Доц. др Милена Васић

Аутори

Доц. др Милена Васић, специјалиста социјалне медицине

Ана Вукша, дипломирани економиста, специјалиста јавног здравља

Др Драгана Димитријевић, специјалиста епидемиологије

Др Снежана Живковић Перишић, специјалиста епидемиологије

Др Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине

Др sc. med. Драгана Јовић, специјалиста хигијене

Др sc. med. Милена Каназир, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Тања Кнежевић, специјалиста хигијене

Др Горанка Лончаревић, специјалиста епидемиологије

Др Миљан Љубичић, специјалиста социјалне медицине

Др sc. med. Бранислава Матић Савићевић, специјалиста хигијене

Др sc. med. Драган Миљуш, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Наташа Мицковски, специјалиста социјалне медицине

Др Драгана Плавша

Др Снежана Плавшић, специјалиста епидемиологије

Др Ивана Ракочевић, специјалиста епидемиологије

Др Данијела Симић, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Маја Стошић, мастер јавног здравља

Мр sc. med. Весна Хорозовић, специјалиста социјалне медицине

Др Владан Шапоњић, специјалиста епидемиологије

Припрема и обрада података

Зорица Божић, виши дијететски нутрициониста

Слободанка Томашевић, дипломирани инжењер информатике

Сања Савковић, инжењер статистике

Лектура и коректура

Др sc. Тамара Груден, специјалиста књижевне публицистике

Садржај:

1. Становништво и услови живота	1
1.1. Демографски показатељи	1
2.1. Социјално-економски показатељи	6
3.1. Животна средина и здравље	17
1.3.1. Здравствена исправност воде за пиће	17
1.3.2. Здравствена исправност намирница	19
1.3.3. Квалитет ваздуха	25
2. Умирање и оболевање становништва	30
2.1. Смртност становништва	30
2.2. Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем	31
2.2.1. Болести система крвотока	32
2.2.2. Малигне болести	33
2.2.3. Шећерна болест	39
2.3. Оболевање и умирање од заразних болести	41
3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите	55
3.1. Здравствено стање деце	55
3.2. Здравствено стање школске деце	58
3.3. Здравствено стање одраслог становништва	63
3.4. Здравствено стање жена	67
3.5. Стоматолошка здравствена заштита	69
3.5.1. Стоматолошка здравствена заштита деце	70
3.5.2. Стоматолошка здравствена заштита школске деце	71
3.5.3. Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва	74
4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите	77
4.1. Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама	77
4.2. Коришћење болничке здравствене заштите	79
5. Здравствене установе и кадрови	82

1. СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА

1.1. Демографски показатељи

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

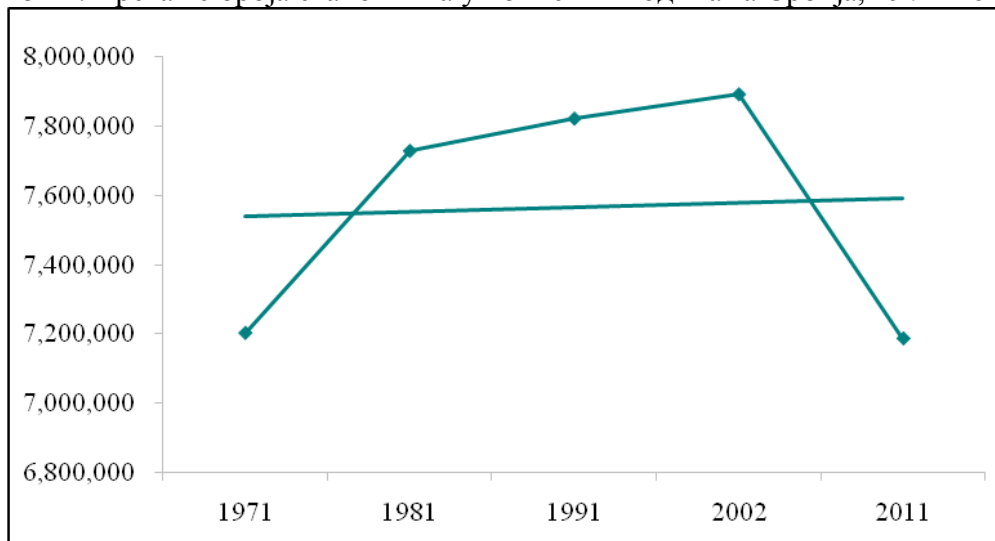
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953–1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији бележи тренд смањења (графикон 1).

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 ¹	7.893.125
1991 ²	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

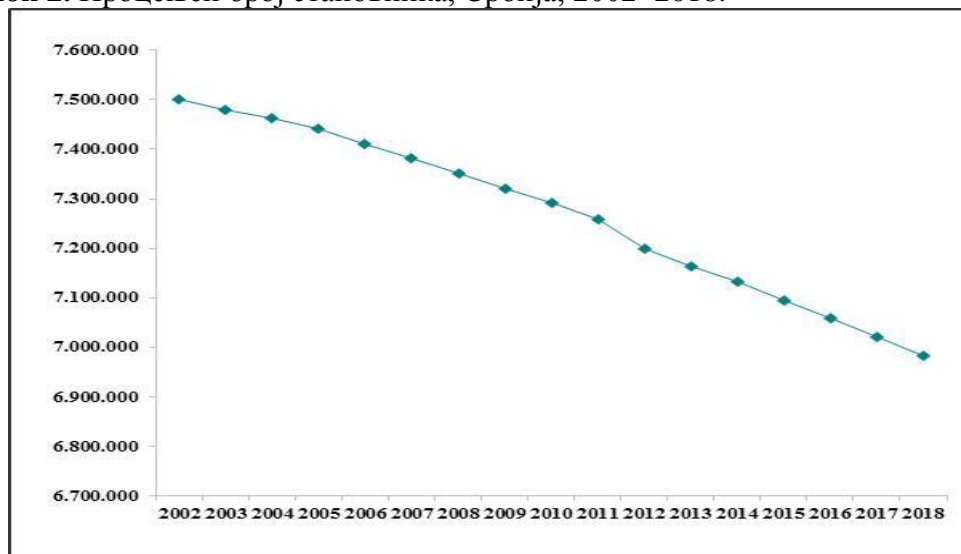
Графикон 1. Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2018. година (графикон 2).

Графикон 2. Процењен број становника, Србија, 2002–2018.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

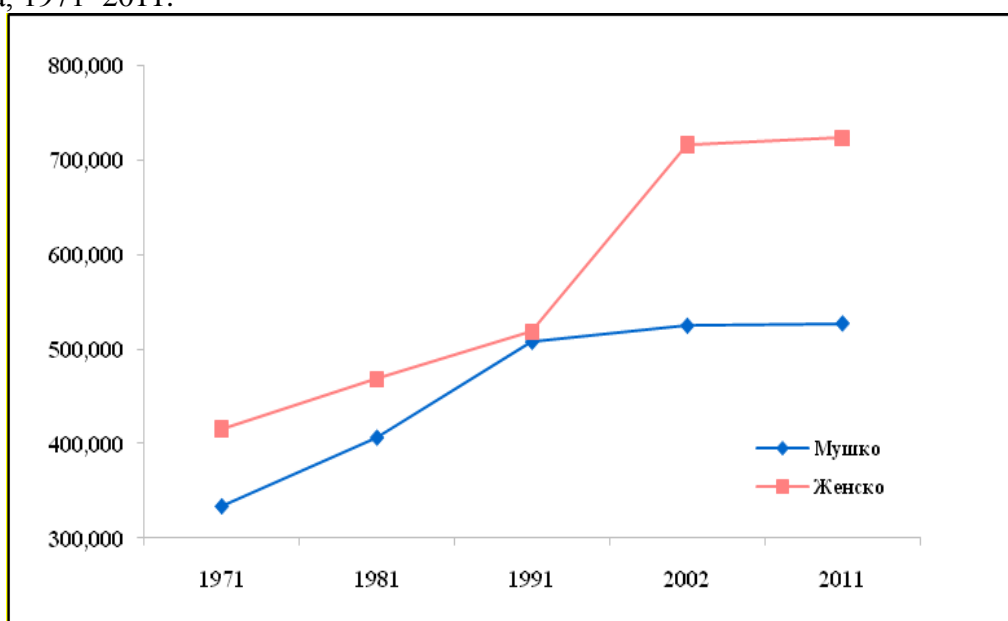
Старост становништва је важан здравствени фактор који има изузетан значај у анализи биолошке структуре становништва и одређује се према учешћу популације старих у укупном броју становника одређене територије.

У савременим условима социјална граница старости је 65 година. Према критеријумима на основу којих се оцењује старост популације, становништво

Републике Србије је још 1981. године 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. година, 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.



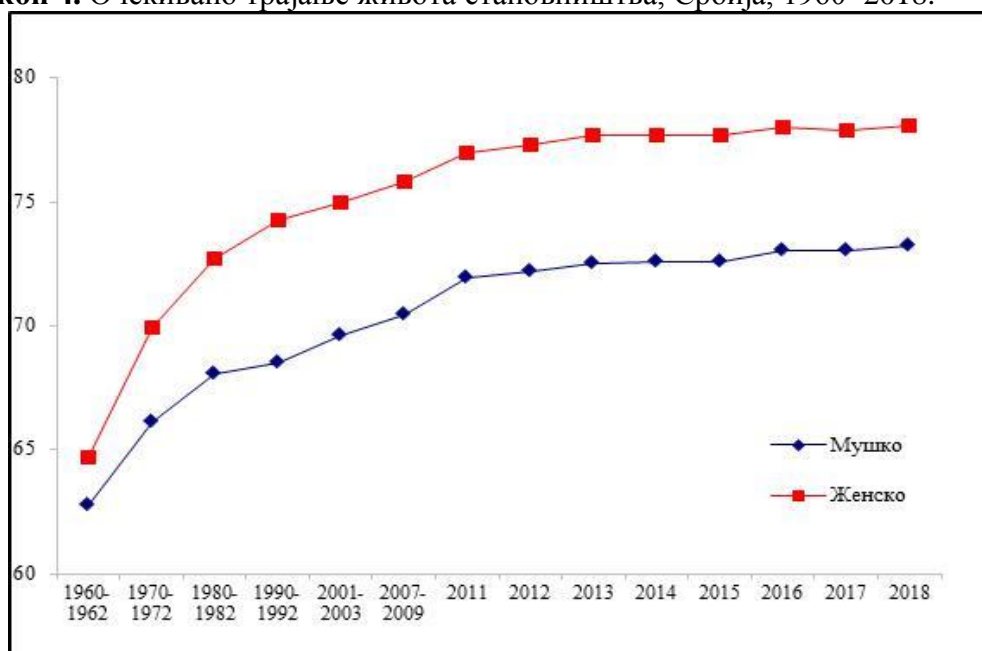
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Такође, старосна структура становништва према подацима Пописа из 2011. године потврђује чињеницу да становништво Србије показује тренд 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. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2018. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушкараца у Републици Србији у 1960. години је износило 62,7 година, да би у 2018. години достигло 73,2 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2018. години бележи пораст за преко 13 година (78,1 година).

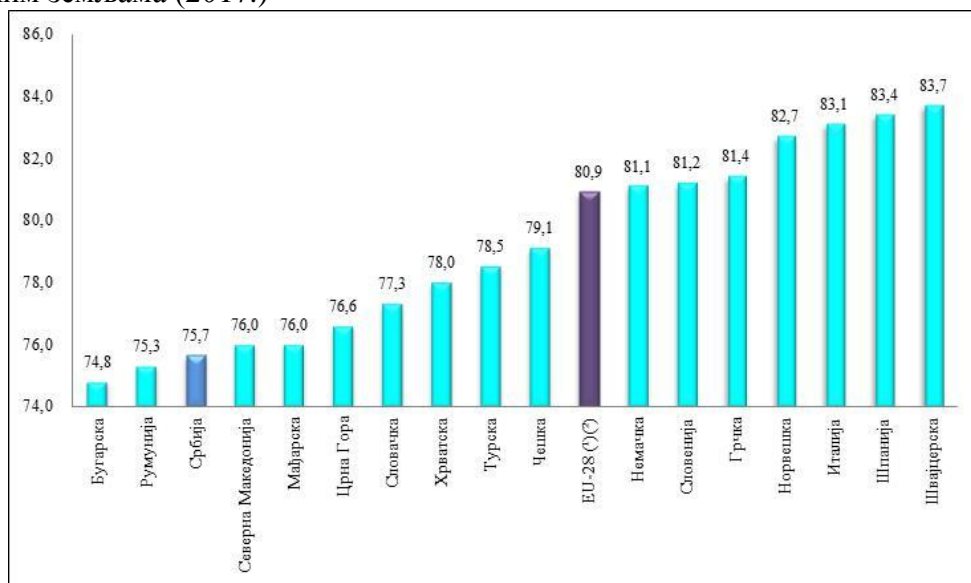
Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2018.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Очекивано трајање живота на рођењу у Србији је нешто више него у Бугарској и Румунији, али је за преко око осам година мање него у Швајцарској и Шпанији (графикон 5).

Графикон 5. Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2018.) и изабраним европским земљама (2017.)



Извор података: база података „Еуростата”, Републички завод за статистику Републике Србије

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

- уједначена стопа наталитета (на 1000 становника) која се кретала у распону од 9,0 колико је износила 2011. године до 9,6 у 2009. години. У 2018. години износила је 9,2;
- уједначена стопа општег морталитета (на 1000 становника), уз незнатне осцилације до 2015. године (од 14,0 до 14,2) када долази до њеног повећања. Стопа општег морталитета у 2017. години достигла је максималну вредност и износила 14,8, док у 2018. години бележи незнатни пад. Смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -4,6 у 2009. на -5,4 у 2018. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 7,0 у 2009. на 4,9 у 2018. години (табела 2).

Табела 2. Витални догађаји, Србија, 2009–2018.

ПОКАЗАТЕЉ	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	9,6	9,4	9,0	9,3	9,2	9,3	9,3	9,2	9,2	9,2
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	14,2	14,2	14,2	14,2	14,0	14,2	14,6	14,3	14,8	14,6
Стопа природног прираштаја (на 1000 становника)	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9	-4,8	-4,9	-5,3	-5,1	-5,5	-5,4
Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)	7,0	6,7	6,3	6,2	6,3	5,7	5,3	5,4	4,7	4,9

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

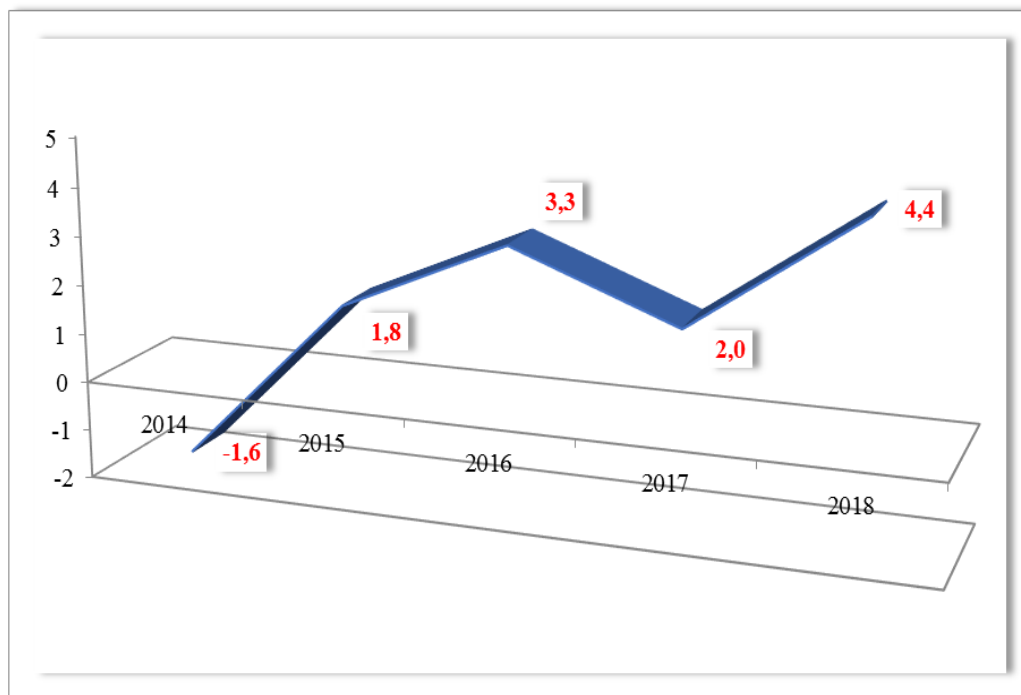
1.2. Социјално-економски показатељи

Домаћа економска активност почиње да се опоравља од последњег квартала 2014. године, превазилазећи тако негативне ефекте поплава које су у мају погодиле Србију. Привредни опоравак настављен је и у 2015. години. Током 2016. године дошло је до значајног убрзања привредног раста, да би 2017. годину карактерисала осцилација у економском расту, али и даље са позитивном релативно високом стопом раста. Стопа реалног раста бруто домаћег производа у 2018. години достигла је чак 4,4% и то пре свега захваљујући инвестицијама, приватној протрошњи домаћинстава и извозу. Притом су расту потрошње домаћинстава највише допринела позитивна кретања на тржишту рада, односно већа запосленост, и веће зараде, али и раст кредитне активности у сектору становништва. Позитиван допринос укупним привредним перформансама дала је и стабилна и релативно ниска инфлација, као и валутна стабилност. Овај изражени привредни раст остварен је упркос кретањима у

међународном окружењу током 2018. године, које је обележило успоравање економске активности како код развијених земаља, тако и код земаља у успону и успоравање раста у зони евра.

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. Стопа раста бруто домаћег производа у посматраном периоду у Србији показује осцилације између позитивних и негативне вредности у 2014. години. У 2014. години бележи се негативна стопа раста од -1,8%, да би од 2015. године ове стопе поново постале позитивне (0,8% у 2015. години, односно чак 3,3% у 2016. и 2% у 2017. години). Највишу вредност стопа раста бруто домаћег производа показује управо у последњој години посматраног периода, када износи 4,4% (графикон 6). Ово је истовремено и највиши раст у последњих десет година.

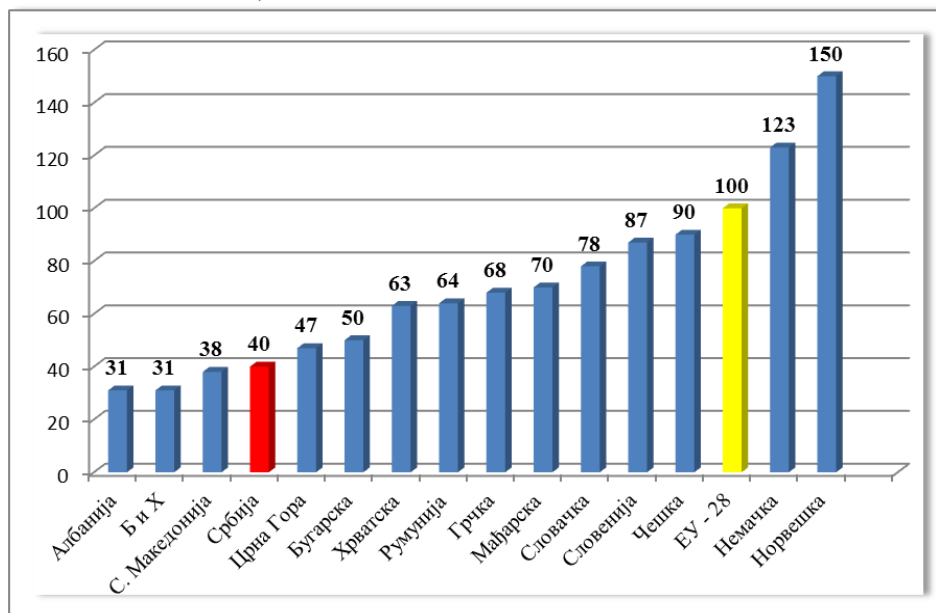
Графикон 6. Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2014–2018.



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

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2018. години износи свега 40 индексних поена просека Европске уније. Нижи индекс бруто домаћег производа по становнику од Србије имају Северна Македонија, Босна и Херцеговина и Албанија, док је највиши у Луксембургу и износи чак 254 индексна поена (ЕУ=100). Овај индикатор има релативно стабилну вредност у Србији у посматраном периоду и у односу на почетну 2014. годину повећао се за један индексни поен (графикон 7).

Графикон 7. Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2018. (ЕУ -28 = 100)



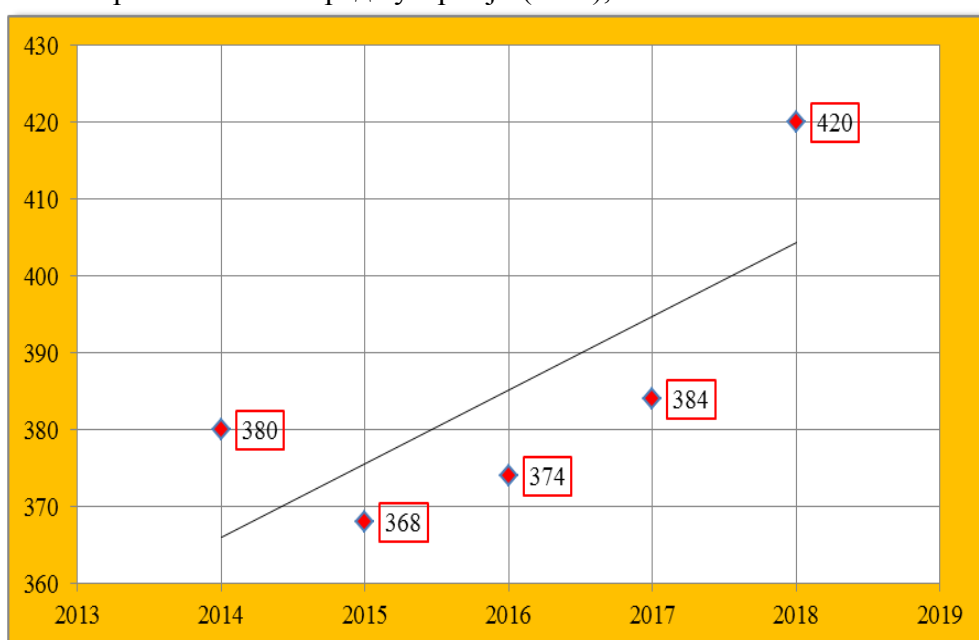
Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Према извештају Светског економског форума за 2018. годину, Србија је рангирана на 65. позицији, на листи од 140 земаља, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 60,9. На тај начин, Србија је поправила своју позицију у односу на претходну годину за пет места, што је наставак позитивног кретања у посматраном периоду. 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, у домену здравства, као једном од 12 стубова конкурентности, дошло је такође до пораста вредности индекса глобалне конкурентности, али је он и даље испод општег скорa (67. позиција).

У посматраном петогодишњем периоду (2014–2018), просечне нето зараде показују изражен тренд раста почев од 2015. године, па се тако крећу од 380 евра у 2014. години и најнижег износа у 2015. години (368 евра), до 420 евра у 2018. години. Међутим, реална стопа раста зарада је позитивна тек од средине посматраног периода, када износи 2,5%, да би у 2018. години достигла 4,4%. Раст зарада је на тај начин следио рестриктивну фискалну политику Владе карактеристичну за почетак посматраног периода, која је и обезбедила смањење јавне потрошње, као и њено опрезно ублажавање у другој половини посматраног периода. У 2018. години просечна нето зарада у Србији износила је 49.650 динара, што је номинални раст како у динарима, тако и индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 8). У исто време, реална стопа раста пензија позитивна је тек у последњој посматраној години, када износи 3,6%,

Графикон 8. Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2014–2018.



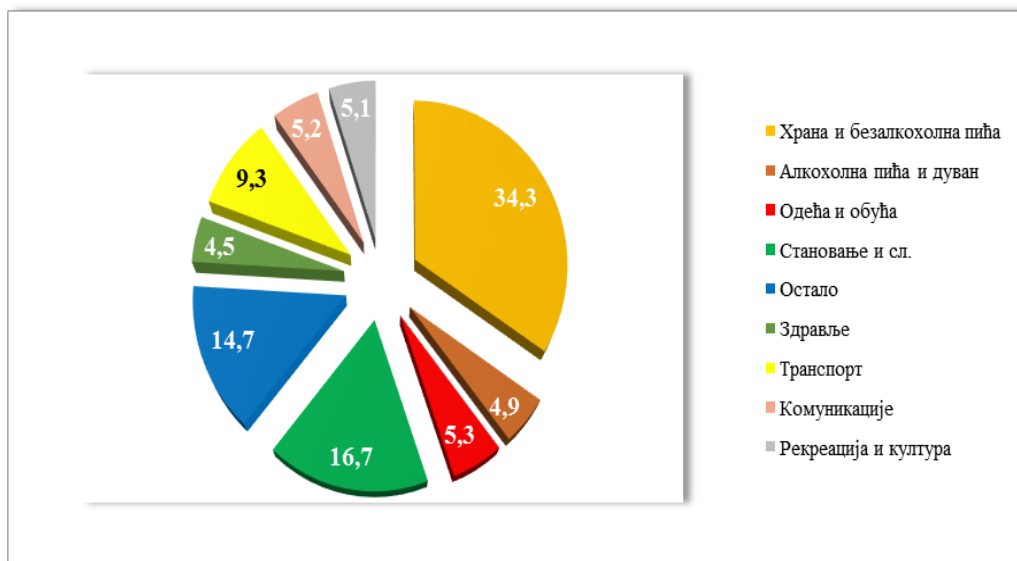
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Народна банка Србије

У поређењу са земљама у региону, ниже просечне нето зараде су у 2018. години забележиле Северна Македонија (376 евра) и Албанија (378 евра), док су више зараде имале: Босна и Херцеговина (440), Бугарска (457), Црна Гора (512), Румунија (565 евра), Мађарска (635 евра), Хрватска (802 евра) и Словенија (1062 евра).

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинства, као и пензије као основни социјални трансфер становништву производе и одговарајући ниво личне потрошње домаћинства, као и њену структуру по намени. У 2018. години потрошња домаћинства остварила је раст, као резултат позитивних кретања на тржишту рада, односно веће запослености и већих зарада, као и раста домаћих кредита становништву. У читавом периоду присутан је и тренд раста штедње становништва.

Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2018. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 64.481 динар. У њеној структури највеће учешће имају као и увек, издаци за исхрану (34,3%), што је и даље наставак благог пада њиховог учешћа (у односу на претходну годину за 0,2 процентна поена). Следе их трошкови становања (16,7%), што је такође благи пад у односу на претходну годину. Благи пад учешћа у структури личне потрошње у односу на претходну годину исказали су и издаци за: опрему за стан и текуће одржавање, комуникације и рекреацију и културу. Своје учешће у структури личне потрошње домаћинства у 2018. години благо су повећали издаци за: алкохолна пића и дуван, здравље, транспорт, образовање и ресторани и хотели. Идентично учешће у структури личне потрошње у односу на претходну годину имају издаци за одећу и обућу и остале личне предмете и остале услуге. Издаци за алкохолна пића и дуван су и даље већи од издатака за здравље, за 0,4 процентна поена (графикон 9).

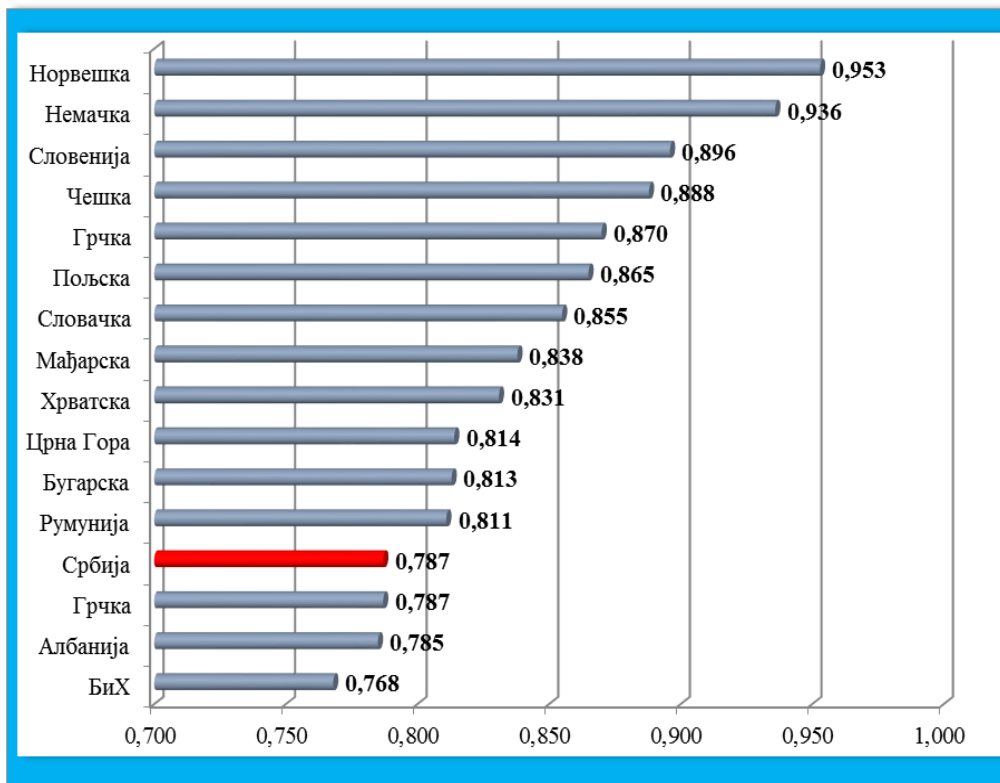
Графикон 9. Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2018.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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. 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, да би у последњој години за коју су нам доступни подаци (2017.) износио 0,787 (просек за све земље света је 0,728). Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI су следеће: очекивани животни век 75,3 године (здравствени индекс 0,791), просечна дужина школовања 11,1 година и очекивана дужина школовања 14,6 година и бруто национални доходак по становнику у PPP 13.019 US\$. Према вредности индекса хуманог развоја (0,787), Србија је на 67. месту у свету и има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља, што се дугује пре свега релативно ниској вредности доходног подиндекса (графикон 10).

Графикон 10. Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2017.

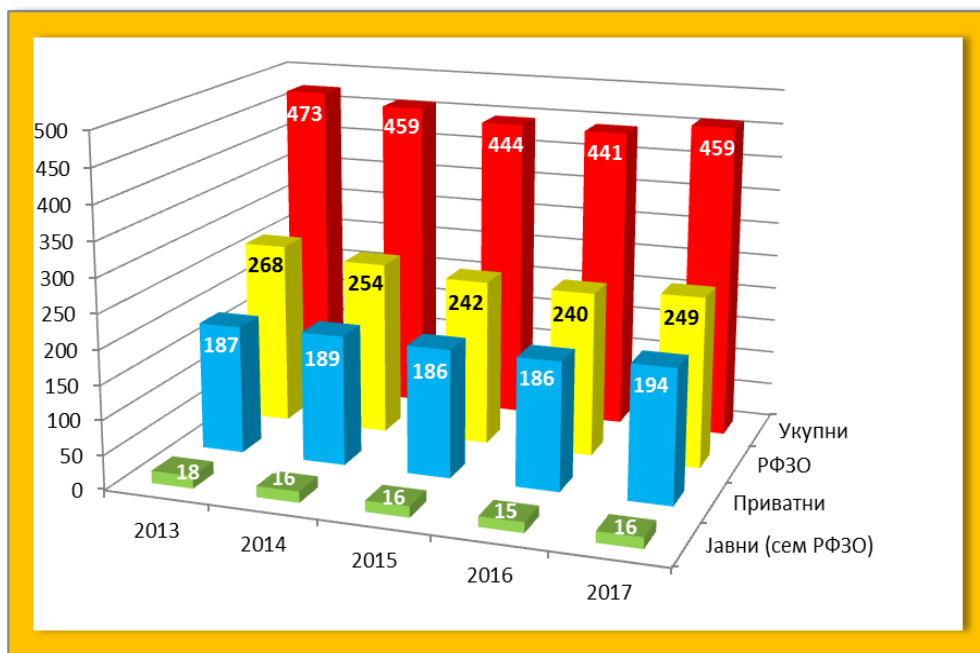


Извор података: UNDP Database, <http://www.un.org/en/databases>

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују релативно благи пад до 2016. године и пораст у последњој посматраној години, 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, укупни расходи за здравствену заштиту расту у односу на претходну годину током читавог посматраног периода, изузев у 2015. години, при чему показују континуирано смањење свог учешћа у бруто домаћем производу. У 2013. години укупни расходи за здравствену заштиту у Србији порасли су у односу на претходну годину за 8,2 процентна поена у апсолутном динарском износу. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2014. години већи су за скромних 0,2 процентних поена. Међутим, индексирано у еврима, они су у опадању. У 2015. години, укупни расходи за здравствену заштиту опали су за 1,1 процентни поен, а мањи су и посматрано у еврима. У наредној, 2016. години укупни расходи за

здравствену заштиту поново показују раст и већи су него претходне године у свом динарском износу за 0,7 процентних поена, али опадају индексирано у еврима. У последњој посматраној години за коју су нам доступни подаци (2017.) укупни расходи за здравствену заштиту већи су у односу на претходну годину за 2,2 процентна поена у динарском износу, али су повећани и посматрано у еврима, с обзиром да износе 459 евра по становнику. Расходи Републичког фонда за здравствено осигурање такође су у порасту и износили су 249 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту повећани на 265 евра по становнику. Приватни расходи за здравствену заштиту у читавом посматраном периоду расту по вишој стопи раста од укупних расхода за здравствену заштиту и та стопа је позитивна у свакој години. У 2013. години њихов раст износио је 10%, а најнижи је био на средини посматраног периода (0,6%). У последњој посматраној години они су остварили раст од 3% и износили су 194 евра по становнику (графикон 11).

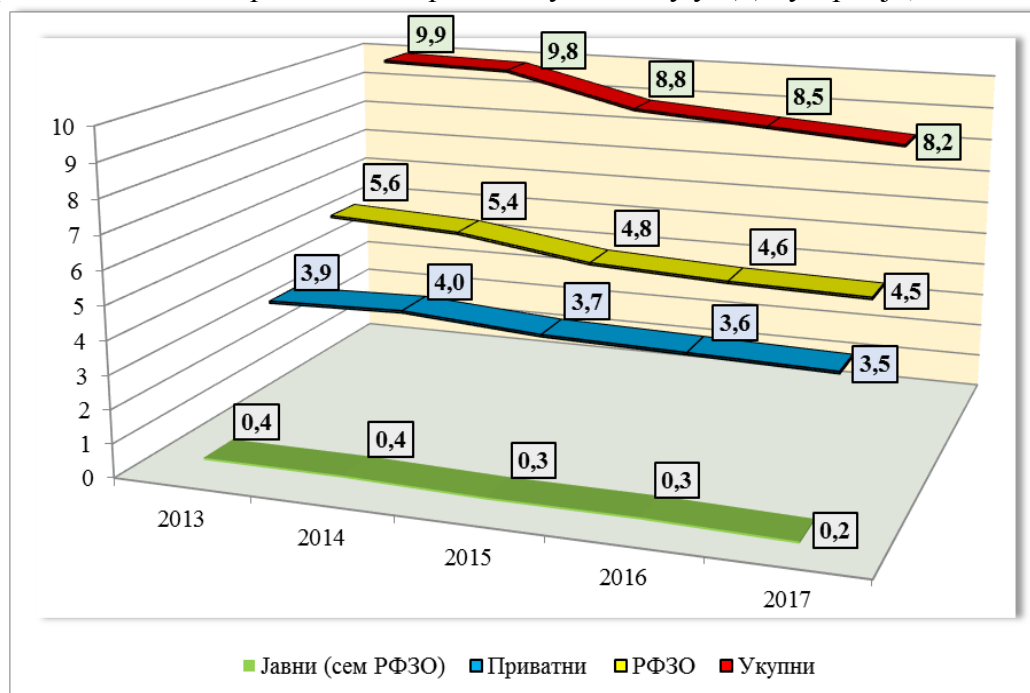
Графикон 11. Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2013–2017.



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

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу показује пад у посматраном периоду за 1,7 процентних поена, тако да у 2017. години оно износи 8,2% (графикон 12). Овај пад нарочито је приметан од средине посматраног периода. Опадање свог учешћа у бруто домаћем производу у посматраном периоду показују и све компоненте расхода за здравствену заштиту, према изворима финансирања. Расходи за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање смањују своје учешће у бруто домаћем производу са почетних 5,6% на 4,5% у 2017. години. Учешће приватних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу благо је смањено, за 0,2 процентна поена, као и учешће јавних расхода посматраних без расхода РФЗО-а (графикон 12).

Графикон 12. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2013–2017.

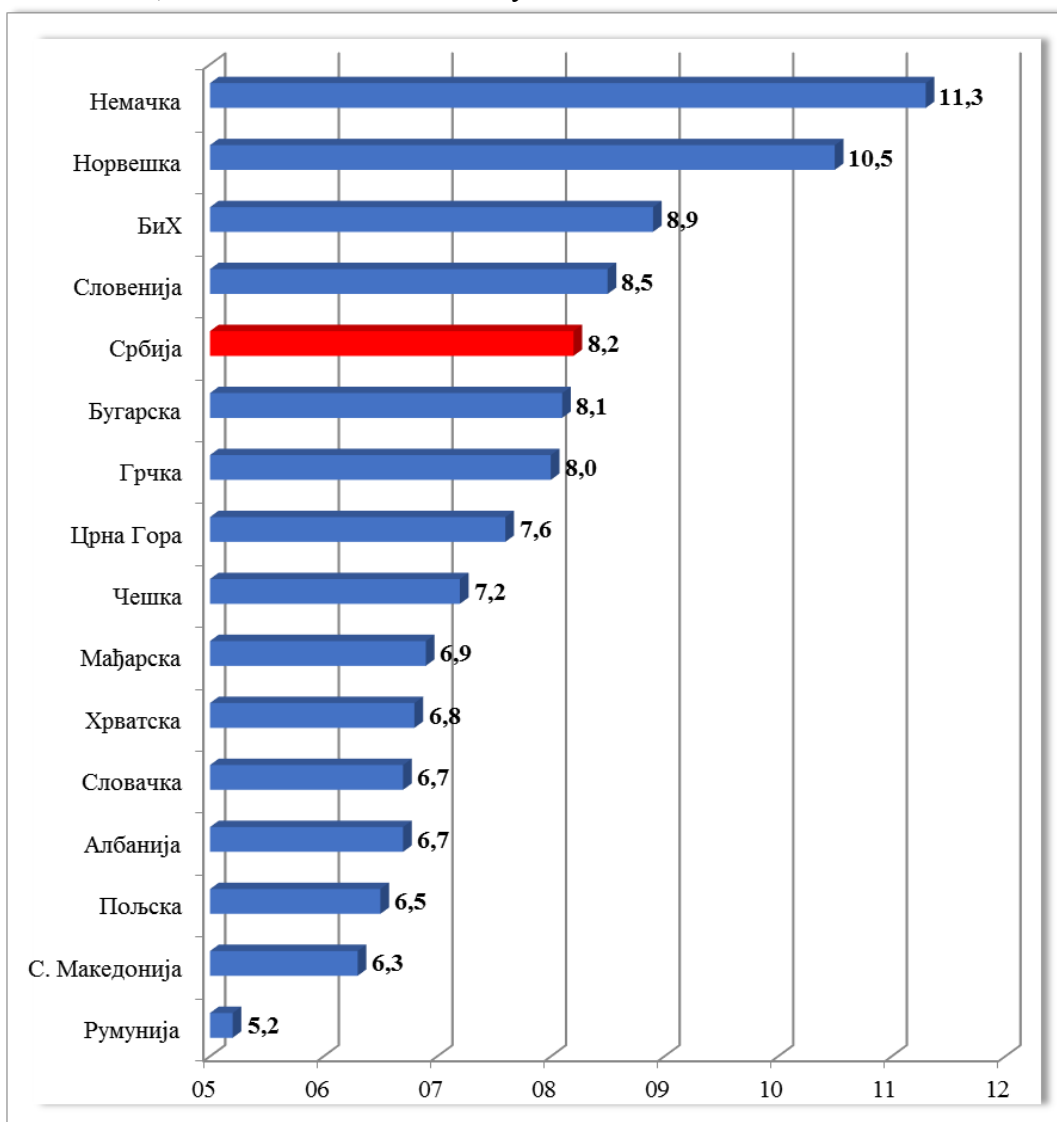


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 8,2% у 2017. години изнад низа европских земаља (графикон 13). На приближно једнаком нивоу као и Србија, према процентуалном

издвајању БДП-а за здравствену заштиту у Европи су: Словенија, Бугарска и Грчка. Већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат БДП-а, у 2017. години у Европи имају: Италија, Шпанија, Босна и Херцеговина, Португалија, Финска, Велика Британија, Холандија, Данска, Белгија, Аустрија, Норвешка, Шведска, Немачка, Француска и Швајцарска, са издвајањем за здравствену заштиту од 12,4% у 2017. години.

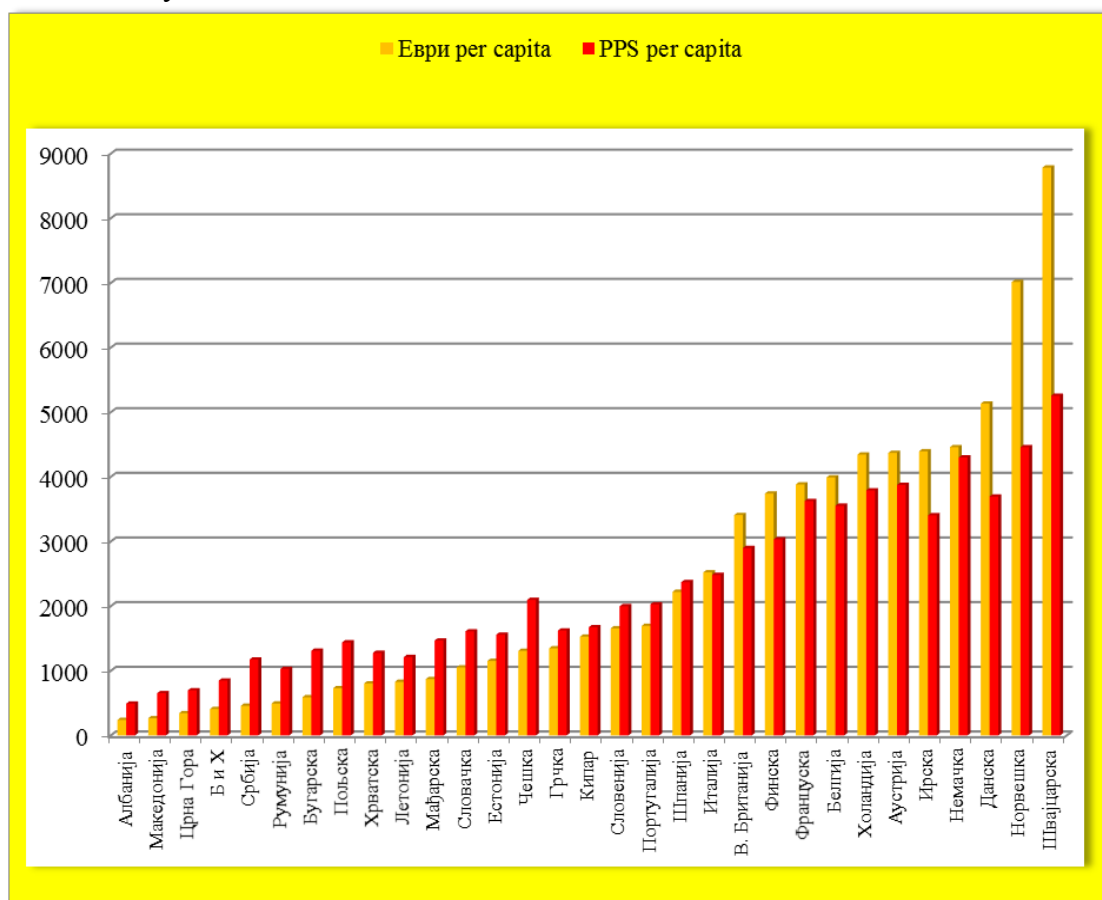
Графикон 13. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП, Србија и изабране европске земље, 2017. или последња доступна година



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Светска банка, <http://data.worldbank.org>

Међутим, у поређењу са земљама Европске уније и неким другим европским земљама, Република Србија издваја у апсолутном износу мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа Србије. Ова позиција апсолутно малог издвајања донекле је компензована вредностима куповне моћи националне валуте (графикон 14).

Графикон 14. Укупни расходи за здравствену заштиту, у еврима по становнику и у еврима по куповној моћи по становнику, Србија и изабране европске земље, 2017. или последња доступна година



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Светска банка, <http://data.worldbank.org>

1.3. Животна средина и здравље

1.3.1. Здравствена исправност воде за пиће

У 2018. години на територији Републике Србије у 25 области укупно је контролисано 2534 јавних водовода и водних објеката. Од укупног броја контролисана су 154 јавна водовода градских насеља, 1043 јавна водовода сеоских насеља и 1337 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката на физичко-хемијску исправност испитан је укупно 88.761 узорак воде за пиће од којих је 18.135 или 20,4% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 90.724 узорака воде за пиће од којих је 6317 или 7% било неисправно.

У 2018. години на територији Републике Србије у 25 области укупно је контролисано 154 јавних водовода градских насеља и то: 42 у региону Војводине, 74 у региону западне Србије и Шумадије, 31 у региону источне и јужне Србије и 7 у региону Београда.

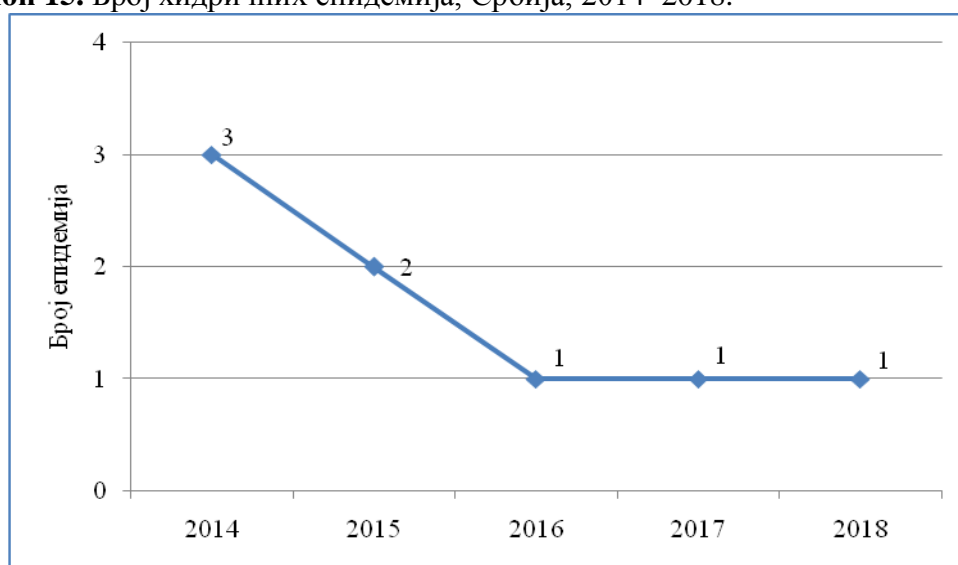
На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 62.737 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6152 или 9,8% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 63.689 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља од којих је 1980 или 3,1% било неисправно.

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

У 2018. години у Републици Србији регистрована је једна хидрична епидемија (графикон 15) са 36 оболелих особа (графикон 16). Епидемија је последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из локалног извора за водоснабдевање.

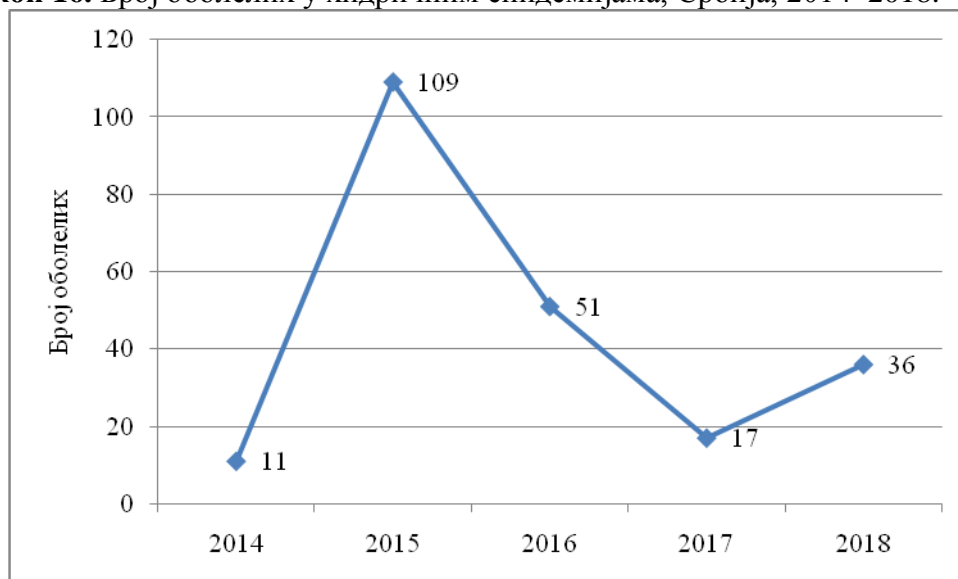
Хидричне епидемије, у протеклом петогодишњем периоду, настале су као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из индивидуалних водних објеката сеоских домаћинстава, као и нетретиране површинске воде која се користила као вода за пиће.

Графикон 15. Број хидричних епидемија, Србија, 2014–2018.



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

Графикон 16. Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2014–2018.



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

1.3.2. Здравствена исправност намирница

У складу са Законом о безбедности хране („Сл. гласник РС”, бр. 41/2009), прописима који произилазе из Закона о безбедности хране, Закона о санитарном надзору („Сл. гласник РС”, бр. 125/2004), као и Законом о здравственој заштити („Сл. гласник РС”, бр. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010), у мрежи института и завода за јавно здравље Републике Србије се, током 2018. године, континуирано испитивала здравствена безбедност/исправност тринаест група намирница (почетне и прелазне формуле за одојчад, храна за одојчад и малу децу, храна за особе на дијети за мршављење, храна за посебне медицинске намене, храна за особе интолерантне на глутен, замене за со за људску употребу, додаци исхрани – дијететски суплементи, соли за људску исхрану и производњу намирница, адитиви, ароме, ензимски препарати за прехранбене производе, помоћна средства у производњи прехранбених производа).

Физичко-хемијска испитивања, која су обухватила 7523 узорка намирница, показала су да је од укупног броја испитаних 2,2% (176) узорака било неисправно. Од тог броја је 2,6% (130) припадало узорцима намирница домаћег порекла, а 1,5% (46) узорцима пореклом из увоза. Структура физичко-хемијске контроле и кореспондирајуће неисправности, обављене/утврђене у мрежи института и завода за јавно здравље у 2018. години, приказана је према пореклу намирница у табели 3.

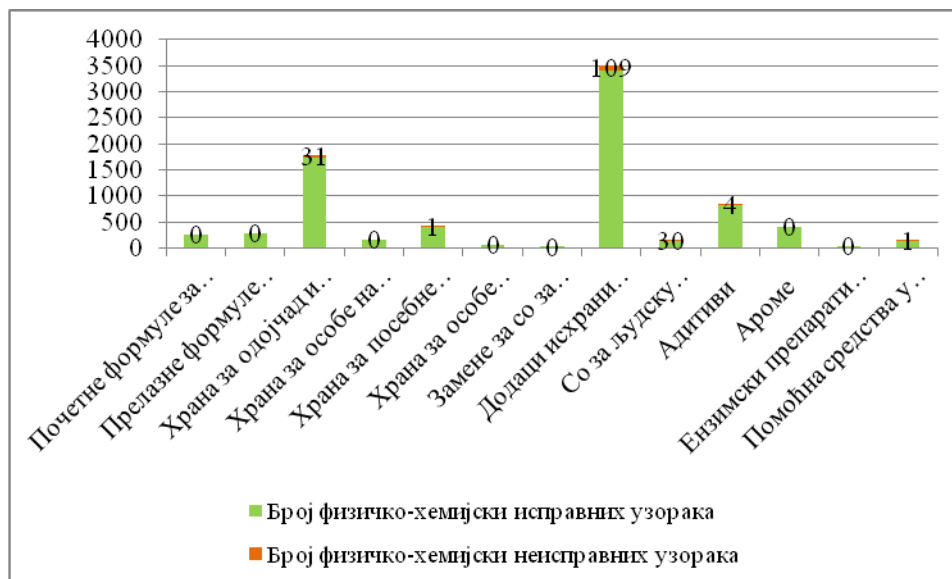
Табела 3. Структура физичко-хемијске контроле и кореспондирајуће неисправности обављене/утврђене у мрежи института и завода за јавно здравље, Република Србија, 2018. година

Порекло намирница	Број испитаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака
Домаћег порекла	3014	46	1,53
Пореклом из увоза	4962	130	2,62
Прегледани узорци – укупно	7976	176	2,21

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

Удео неисправних узорака у групама намирница контролисаним на физичко-хемијску исправност у 2018. години приказан је на графикону 17.

Графикон 17. Удео физичко-хемијски неисправних узорака у групама намирница контролисаним у мрежи института и завода за јавно здравље, Република Србија, 2018. година



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

Посматрано у односу на пул који чине сви физичко-хемијски неисправни узорци намирница, највише неисправних у 2018. години идентификовано је у групама додаци исхрани (61,9%), храна за одојчад и малу децу (17,6%), со за људску исхрану и производњу намирница (17,1%), као и у групама адитиви, храна за посебне медицинске намене и помоћна средства у производњи прехранбених производа (све групе заједно мање од 5%). Најчешћи разлози неисправности били су одступање од декларисаног састава (налаз у 31,2% испитаних узорака), одступање испитиваних параметара од декларисаних вредности/произвођачке спецификације (29,8%), садржај адитива у количини већој од прописане (8,3%), повећан садржај олова (7,8%), повећан садржај резидуа пестицида (4,9% узорака).

Микробиолошка испитивања, која су у 2018. години обухватила 7523 узорка намирница, показала су да је од укупног броја испитаних 0,5% (38) узорака било неисправно. Притом је 0,3% (25) неисправних узорака припадало намирницама

домаћег порекла, а 0,2% (13) узорцима пореклом из увоза. Структура микробиолошке контроле и кореспондирајуће неисправности обављене и утврђене у мрежи института и завода за јавно здравље у 2018. години приказана је према пореклу намирница у табели 4.

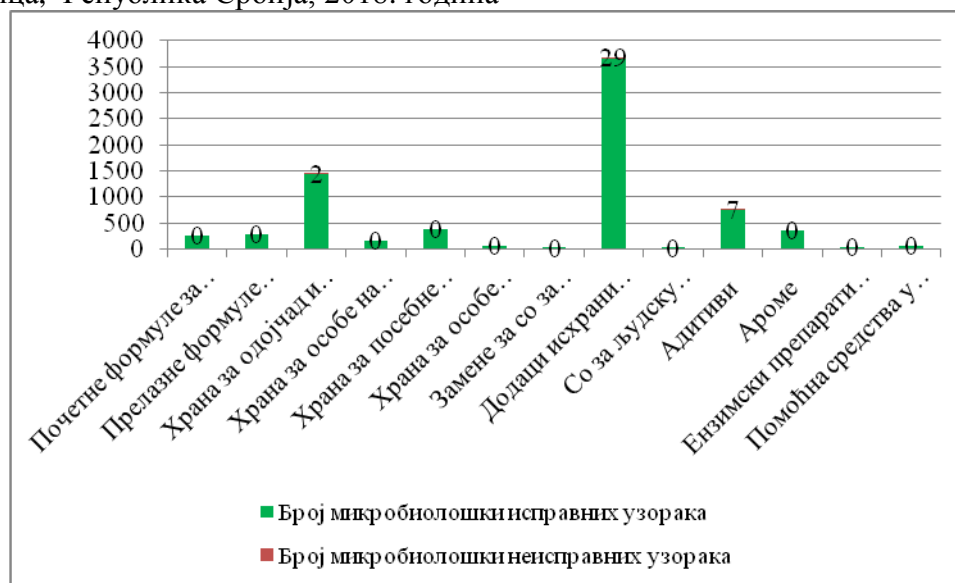
Табела 4. Структура микробиолошке контроле и кореспондирајуће неисправности обављене/утврђене у мрежи института и завода за јавно здравље, Република Србија, 2018. година

Порекло намирница	Број испитаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака
Домаћег порекла	3270	13	0,17
Пореклом из увоза	4253	25	0,33
Прегледани узорци – укупно	7523	38	0,51

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

Удео неисправних узорака у групама намирница контролисаним током 2018. године на микробиолошку исправност приказан је на графикону 18.

Графикон 18. Удео микробиолошки неисправних узорака у групама намирница контролисаним у мрежи института и завода за јавно здравље према пореклу намирница, Република Србија, 2018. година



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

Посматрано у односу на пул узорака који чине сви микробиолошки неисправни узорци, највише неисправних у 2018. години идентификовано је у групама додаци

исхрани (76,3%), адитиви (18,4%) и храна за одојчад и малу децу (5,3%). Најчешћи разлози неисправности били су повећан број плесни и квасаца (налаз у 52,4% испитаних узорака), налаз бактерија *Enterobacteriaceae* (у 9,5% узорака), бактерије *Enterobacter sakazakii* (налаз у 4,8% испитаних узорака).

Табела 5. Број физичко-хемијски и микробиолошки узорака намирница контролисаних у мрежи института и завода за јавно здравља, Република Србија, 2014–2018. година

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака
2014.	1228	1124	4329	3897	5557	5021
2015.	1059	1044	4249	3766	5308	4810
2016.	1781	1882	4127	3627	5908	5509
2017.	1752	1944	4857	4158	6609	6102
2018.	3014	3270	4962	4253	7976	7523
Index 13/14	54,41	62,86	103,81	106,56	86,46	92,21
Index 14/15	86,24	92,88	98,15	96,64	95,52	95,80
Index 15/16	168,18	180,27	97,13	96,31	111,30	114,53
Index 16/17	98,37	103,29	117,69	114,64	111,86	110,76
Index 17/18	172,03	168,21	102,16	102,28	120,68	123,29

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

Укупан број узорака намирница контролисаних и на физичко-хемијску и на микробиолошку исправност у мрежи института и завода за јавно здравље, порастао је у протеклом петогодишњем периоду (2014. до 2018. година). Поредићи са 2017. годином, број физичко-хемијски испитаних узорака је у 2018. години био већи за 20,7%, а број микробиолошки испитаних већи за 23,3%. У односу на 2014. годину, укупан број

узорака контролисаних у мрежи института и завода за јавно здравље на физичко-хемијску исправност у 2018. години већи је за 43,5%, а број микробиолошки контролисаних већи је за 49,8% (табела 5).

Посматрано у односу на укупан број испитаних узорака, током протеклих пет година уочава се тренд пораста опште неисправности контролисаних намирница (табела 6).

Табела 6. Број физичко-хемијски и микробиолошки неисправних узорака намирница идентификованих у мрежи института и завода за јавно здравље, Република Србија, 2014–2018. година

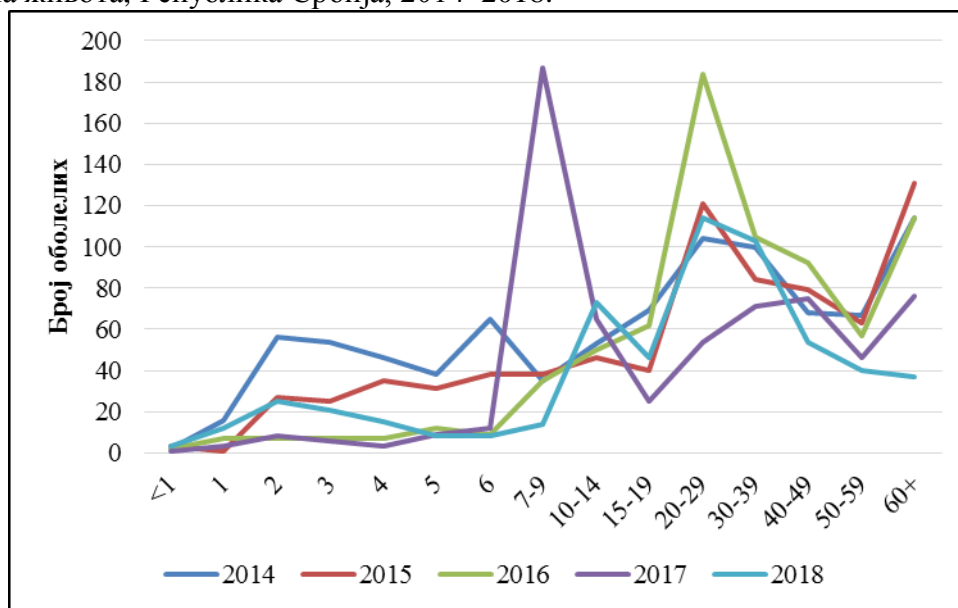
Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко-хемијски неисправних узорака	Број микробиолошки неисправних узорака	Број физичко-хемијски неисправних узорака	Број микробиолошки неисправних узорака	Број физичко-хемијски неисправних узорака	Број микробиолошки неисправних узорака
2014.	30	16	63	24	93	40
2015.	26	14	92	20	118	34
2016.	50	17	52	6	102	23
2017.	56	57	114	20	170	77
2018.	46	13	130	25	176	38

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

Процент физичко-хемијски неисправних узорака намирница растао је у укупном броју испитаних узорака намирница међу узорцима увозног и опадао међу узорцима домаћег порекла, а проценат микробиолошки неисправних узорака намирница, у периоду од 2014. до 2018. године, опадао је у укупном броју испитаних узорака намирница и међу узорцима домаћег и међу узорцима увозног порекла.

Узрасна дистрибуција оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења у периоду од 2014. до 2018. године приказана је на графикону 19.

Графикон 19. Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења, према годинама живота, Република Србија, 2014–2018.



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

Контрола здравствене исправности тринаест група намирница се у појединим институтима и заводима за јавно здравље у 2018. години обављала у скромном обиму, што је био случај и у 2017. години. У неким заводима на испитивању физичко-хемијске и/или микробиолошке безбедности/исправности није било ниједног узорка намирница.

У овом тренутку институције/лабораторије изван ресора здравства, које се баве испитивањем здравствене безбедности/исправности намирница, немају обавезу да податке о обављеном испитивању доставе институтима и заводима за јавно здравље, што онемогућава стицање слике о здравственој исправности намирница на територији Републике Србије на свеобухватан начин.

1.3.3. 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 две мреже мерних станица. Прва је Државна мрежа аутоматских мерних станица (40), постављених од стране Агенције за животну средину Србије, а друга, Локална мрежа, под ингеренцијом је локалне самоуправе. Услед вишегодишње праксе неодржавања аутоматских мерних станица, с временом је дошло до све мање територијалне покривености мониторинга квалитета ваздуха које врши Агенција за животну средину Србије. Вредности индикатора за 2018. годину показују:

- Сумпор-диоксид је током 2018. године праћен у 33 насеља на 76 мерних места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2018. години била су Горњи Милановац, Краљево и Лесковац, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били Зрењанин, Елемир и Бор. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2018. годину забележен је у Београду, Ваљеву, Зајечару, Звечану, Косовској Митровици, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Лазаревцу, Прибоју, Смедереву, Ужицу и Чачку, док је у Бору, Врању, Елемиру, Јагодини, Обреновцу, Сеојну, Туприји и Шапцу загађеност била већа него претходне године.

- Чађ је током 2018. године праћена у 31 насељу на 70 мерних места. Најмање загађене урбане целине у 2018. биле су Сента и Кикинда. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Зрењанин и Елемир. Пад загађености ваздуха димом у односу на претходну 2017. годину забележен је у Горњем Милановцу, Елемиру,

Зајечару, Краљеву, Крушевцу, Обреновцу, Панчеву, Ужицу, Чачку и Шапцу, док је у Бору, Ваљеву, Врању, Звечану, Ивањици, Косовској Митровици, Лесковцу, Нишу, Прибоју и Смедереву забележен пораст загађења.

- Таложне материје су током 2018. године праћене у 30 насеља на 63 мерна места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2018. била су Нишка Бања и Обреновац.

- Специфичне загађујуће супстанције током 2018. године праћене су у 31 насељу на 71 мерном месту.

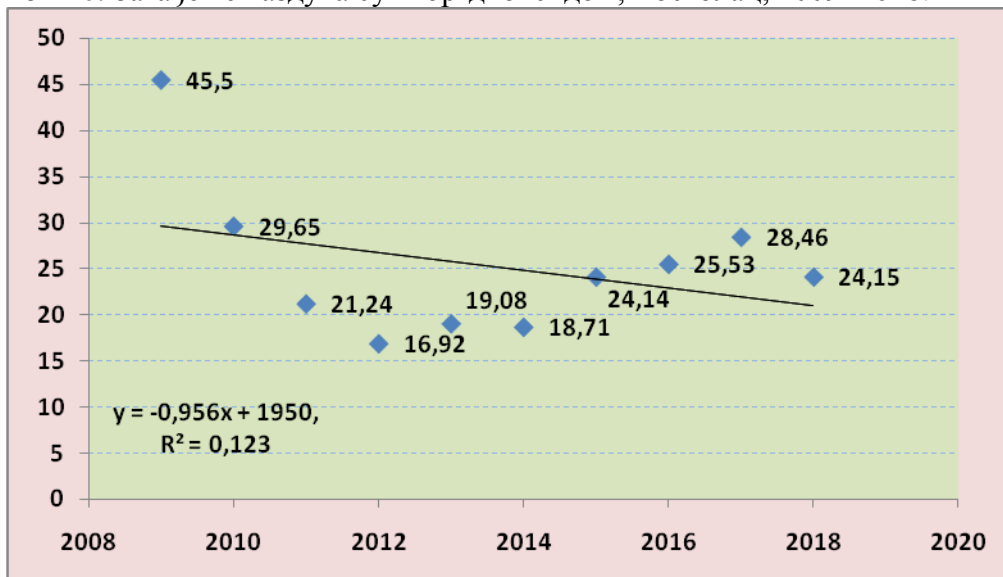
- Мерења честица промера мањег од 10 микрона (PM_{10}) вршена су у 17 урбаних целина у Србији, од стране лабораторија ЗЈЗ/ИЈЗ. У 11/17 средња годишња вредност емисије прелазила је ГВ од $40,0\mu\text{g}/\text{m}^3$ за насељена места.

Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање некавалитетног 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 РТБ Бор, рафинерије нафте у Панчеву и Новом Саду, цементаре у Беочину, Косјерићу и Поповцу и хемијски комбинати у Панчеву, Крушевцу, Шапцу и железара у Смедереву.

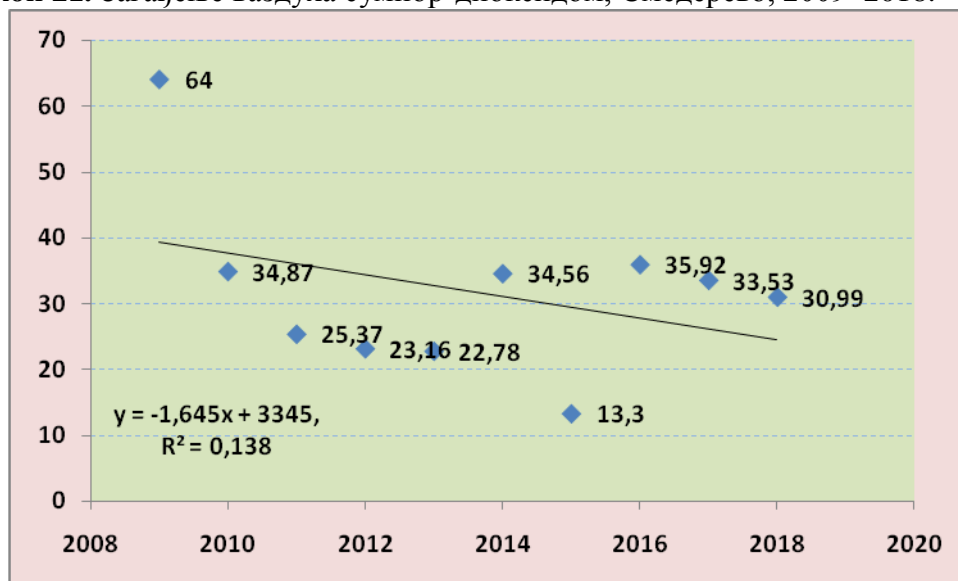
Поред саобраћаја и индивидуалних кућних ложишта као најчешће присутних извора загађења, у значајне стационарне изворе загађења спадају и погони за прераду руде и метала у Бору и Смедереву.

Графикон 20. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2009–2018.



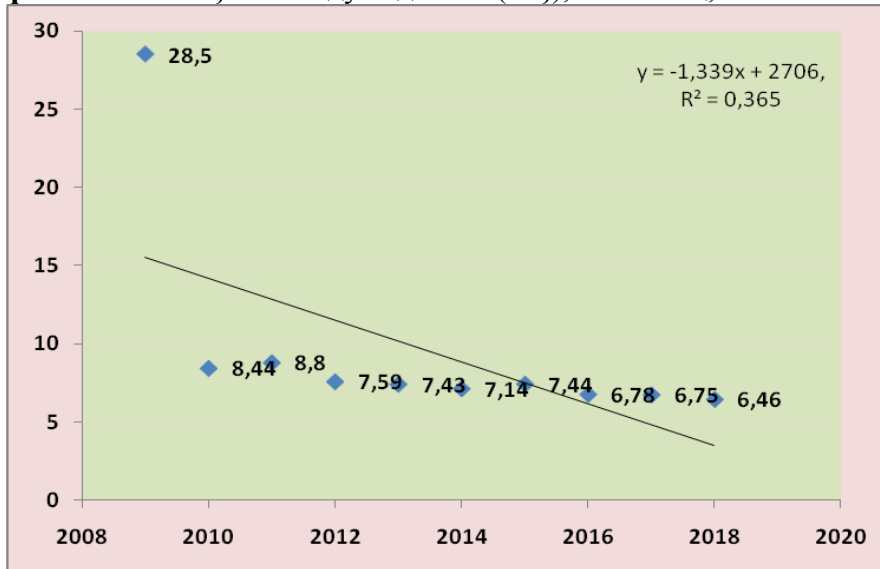
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 21. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2009–2018.



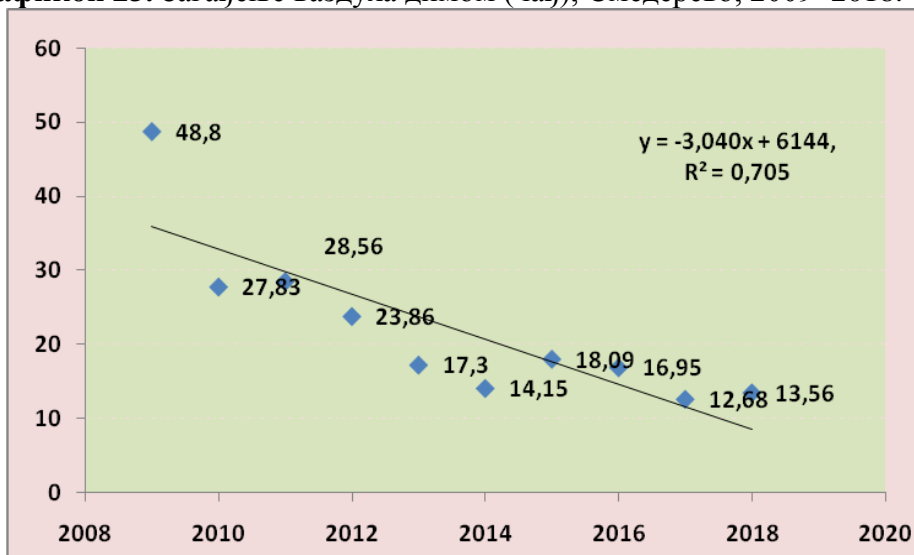
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 22. Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2009–2018.



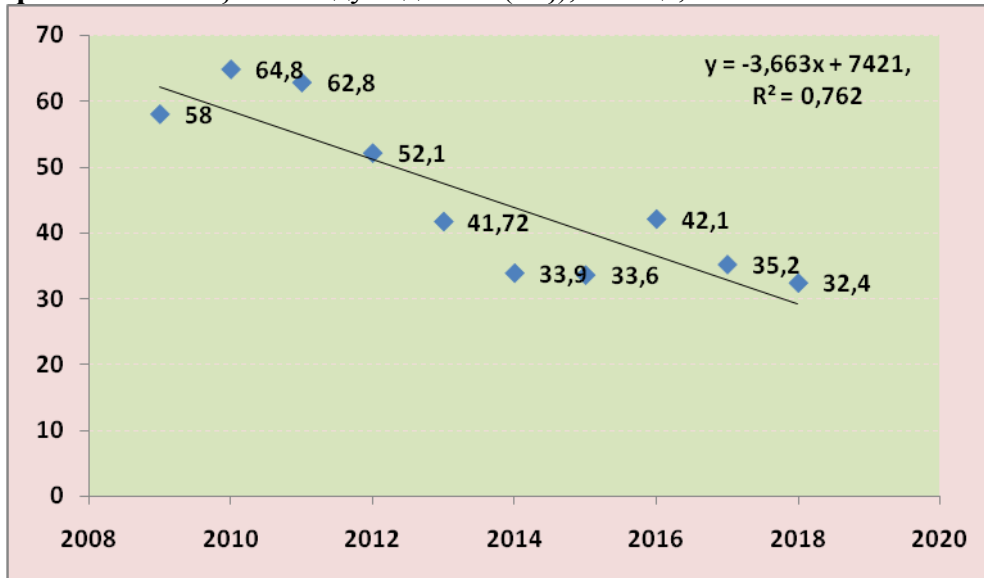
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 23. Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2009–2018.



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

Графикон 24. Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2009–2018.



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

Ужице: Први пут у последњих 10 година праћења загађења ваздуха овим параметром, тренд загађења димом има оштрији пад. 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, и то нарочито на вишим теренима, одакле је, због природних услова, омогућено седиментирање честица чађи ка дну котлине.

2. УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

2.1. Смртност становништва

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 2017. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1477,3 на 100.000 становника, у 2018. години стопа смртности је опала на 1445,8 на 100.000 становника (табела 7).

Табела 7. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (МКБ-10: А00-Т98), Србија, 2014–2018.

Стопа морталитета	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Општа	1419,7	1461,2	1428,6	1477,3	1445,8
Стандардизована*	550,5	557,3	539,8	549,3	537,3

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 2014. до 2018. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ-10: I00-I99), малигни тумори (МКБ-10: C00-C97) и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ-10: S00-T98) смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ-10: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ-10: J40-J47) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 8).

Табела 8. Водећи узроци умирања, Србија, 2014. и 2018. година

Групе узрока смрти (МКБ-10)	Процент (%)	
	2014.	2018.
Болести система крвотока (I00-I99)	53,3	51,8
Малигни тумори (C00-C97)	21,1	21,3
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	4,7	4,2
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,5	2,8
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,0	2,7
Остали узроци	15,4	17,4
Укупно	100,0	100,0

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

2.2. 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 од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи. Сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ-10: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ-10: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ-10: S00-T98), дијабетеса (МКБ-10: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ-10: J40-J47). Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.

2.2.1. 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 2018. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 24.182 мушкарца (45,9%) и 28.481 жена (54,1%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2014. до 2018. године износила је 756,1 на 100.000 становника (табела 9). У односу на 2017. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 764,4 на 100.000 становника, у 2018. години стопа смртности се смањила на 754,2 на 100.000 становника.

Табела 9. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2014–2018.

Стопа морталитета	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Општа	757,1	766,4	738,2	764,4	754,2
Стандардизована*	251,4	250,0	238,0	243,5	238,6

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. АКС представљају акутни инфаркт миокарда и нестабилна ангина пекторис.

Према подацима регистра за АКС, у Србији је у 2018. години са дијагнозом АКС евидентирано 22.134 случаја. Инциденција АКС у Србији износила је 317,0 на 100.000 становника.

У Србији су од овог синдрома у 2018. години умрле 4652 особе. Морталитет од АКС у Србији износио је 66,6 на 100.000 становника.

2.2.2. 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 18 милиона и умре 10 милиона људи. Исти извор процењује да ће број новооболелих и умрлих и даље расти, 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 299,0 у 2014. години, на 309,4 на 100.000 становника у 2018. години. У односу на 2017. годину када је смртност од рака износила 305,9 на 100.000 становника, у 2018. години стопа смртности се незнатно повећала (табела 10).

Табела 10. Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ-10: С00-С97) на 100.000 становника, Србија, 2014–2018.

Стопа морталитета	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Општа	299,0	301,2	305,0	305,9	309,4
Стандардизована*	136,0	135,7	135,7	133,7	133,4

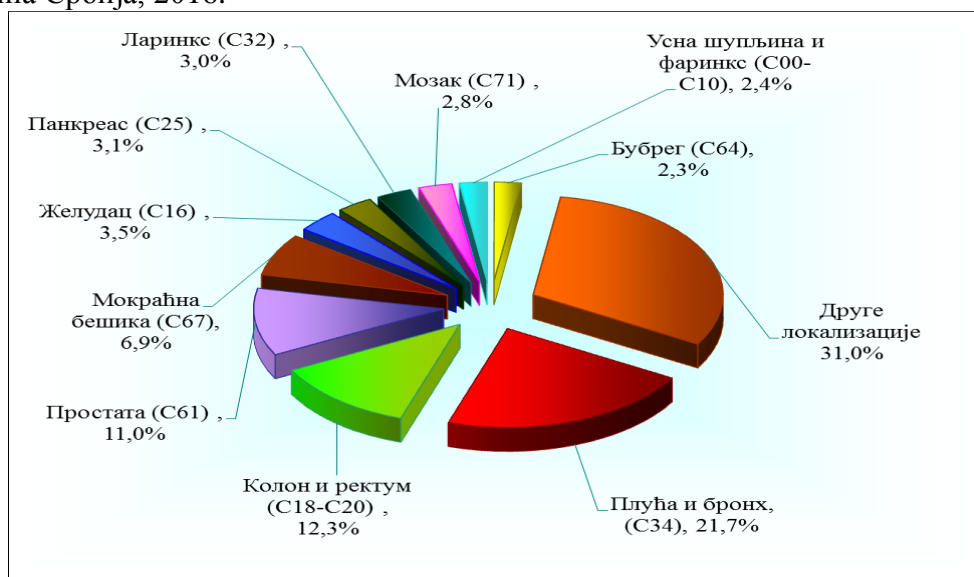
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2016. години од малигнух тумора оболело је 28.640 особа (15.084 мушкарца и 13.556 жена), док је 15.286 особа (8722 мушкарца и 6564 жена) умрло од рака.

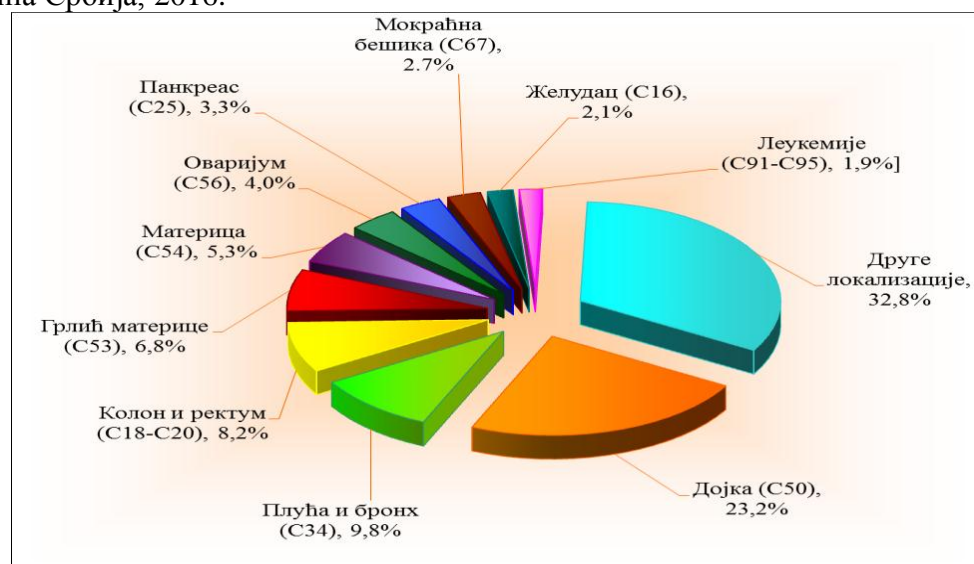
У централној Србији у 2016. години мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 25), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, плућима, колону и ректуму и грлићу материце (графикон 26).

Графикон 25. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 26. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2016.

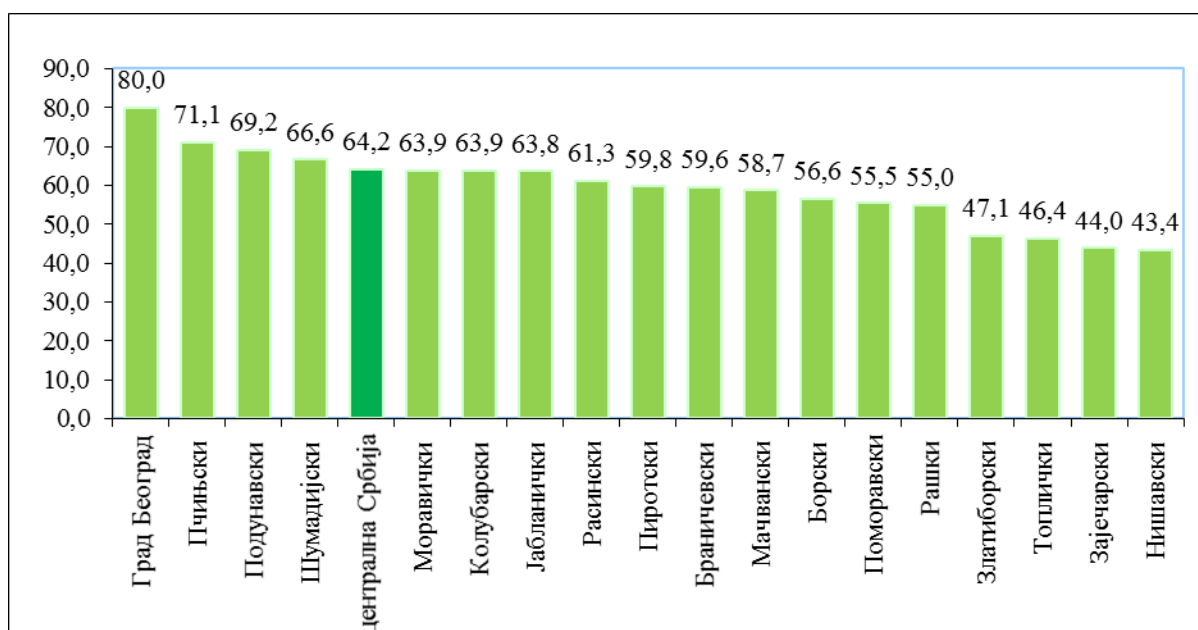


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 27), у односу на просечну стопу у централној Србији (64,2/100.000), регистроване су код мушкараца у Граду Београду (80,0/100.000), Пчињском округу (71,1/100.000) и Подунавском округу (69,2/100.000), а најниже у Златиборском округу (47,1/100.000) и Зајечарском округу (44,0/100.000) .

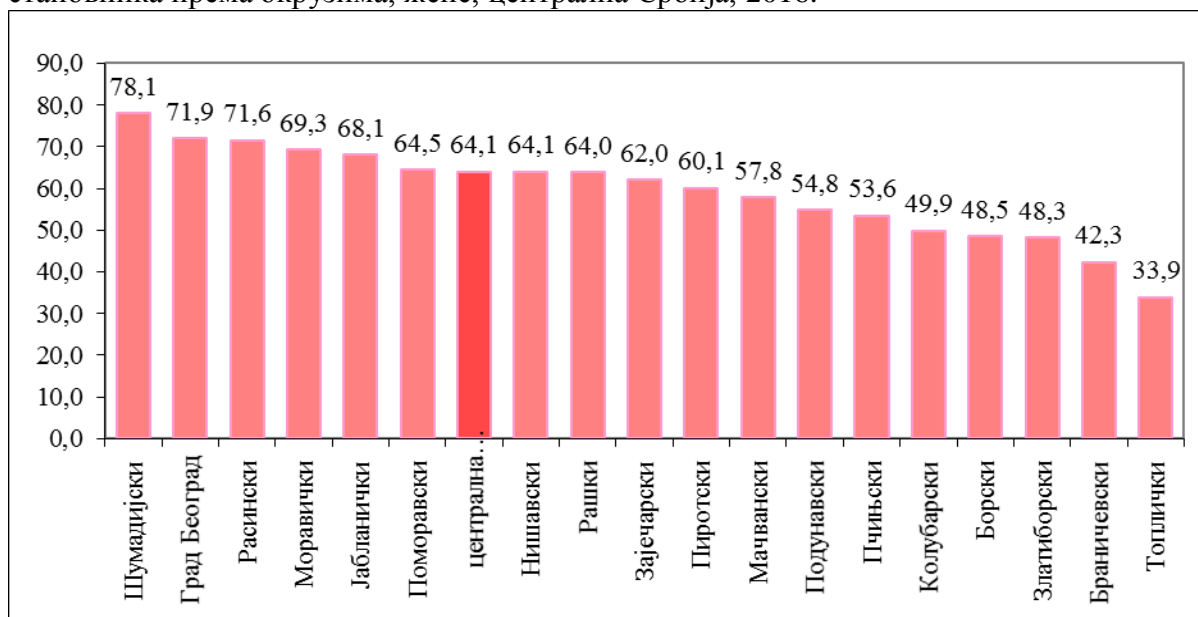
Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 28), у односу на просечну стопу у централној Србији (64,1/100.000), регистроване су код жена у Шумадијском округу (78,1/100.000), Нишавском округу (72,7/100.000) и Граду Београду (71,9/100.000), а најниже у Браничевском округу (42,3/100.000) и Топличком округу (33,9/100.000).

Графикон 27. Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

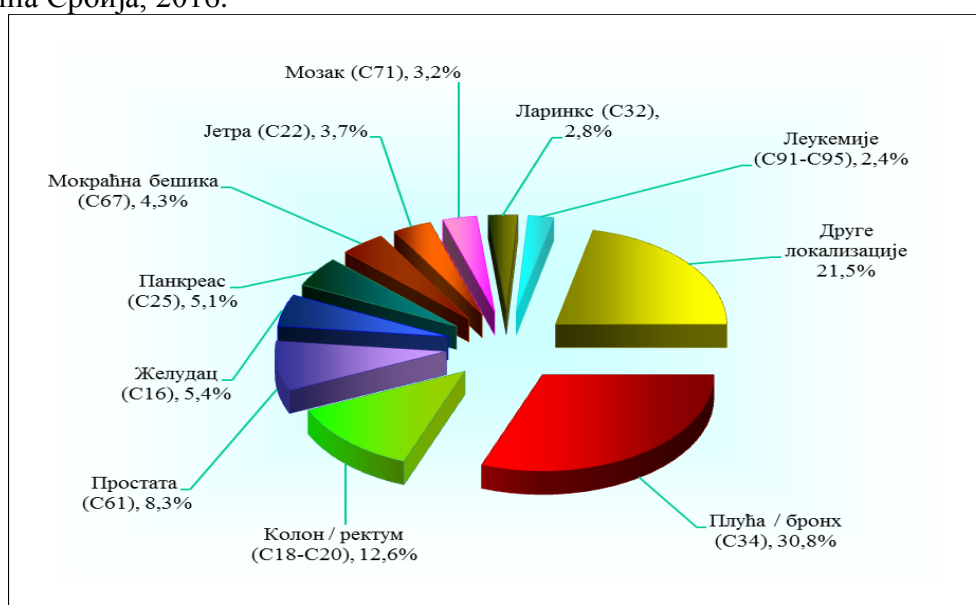
Графикон 28. Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

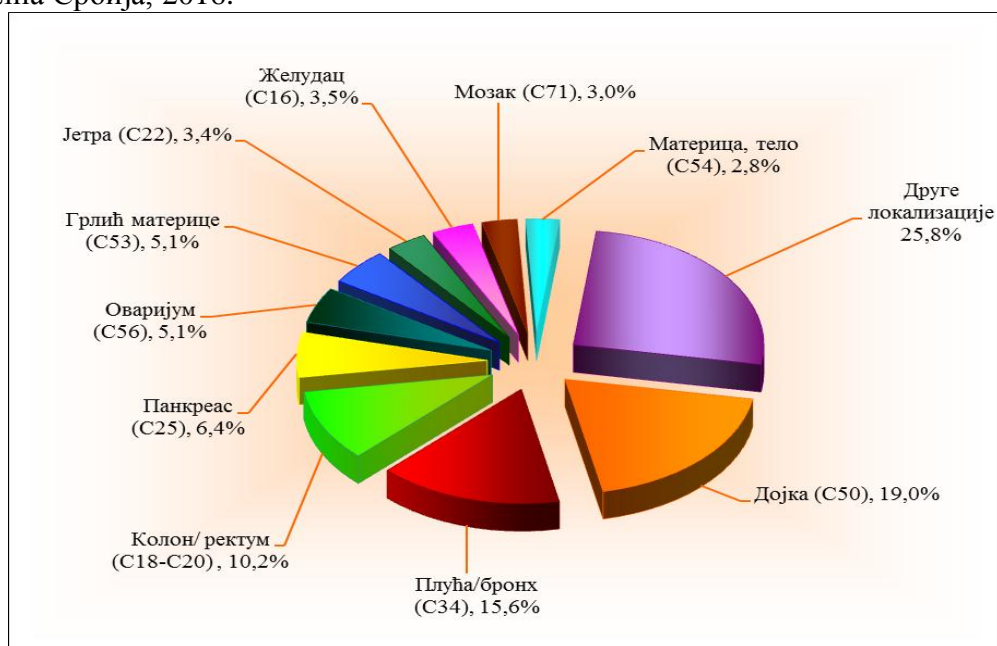
Мушкарци у централној Србији, током 2016. године најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и желуца (графикон 37), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 29).

Графикон 29. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 30. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2016.

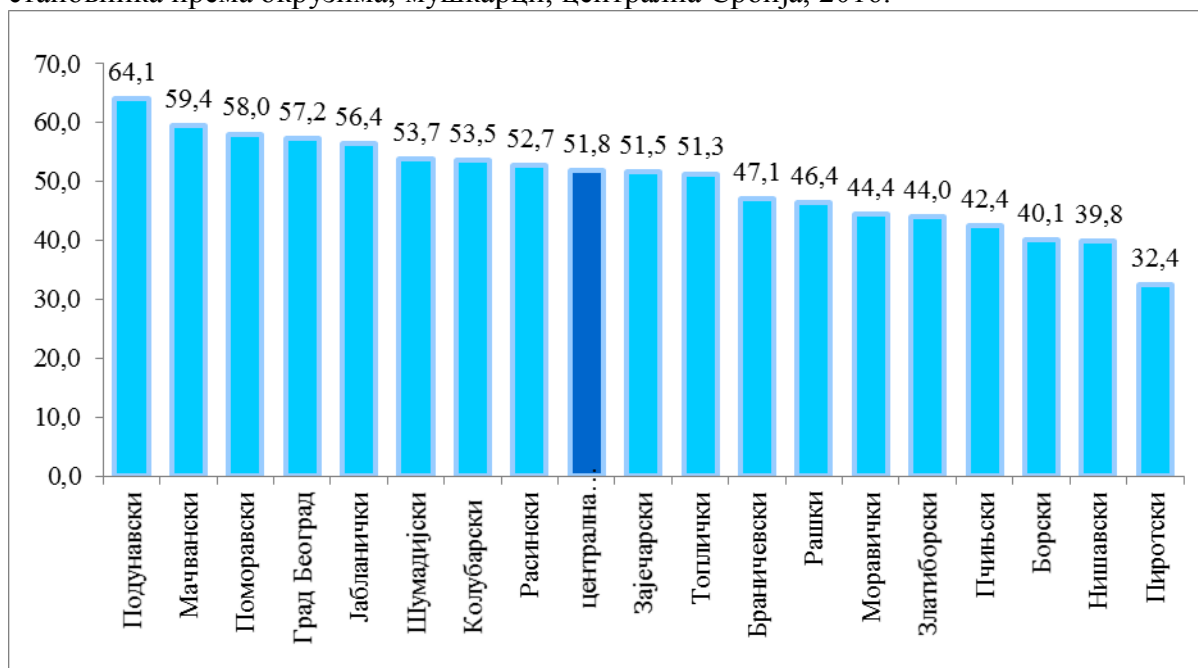


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 31), у односу на просечну стопу у централној Србији (51,8/100.000), регистроване су код мушкараца у Подунавском (64,1/100.000) и Мачванском округу (59,4/100.000), а најниже у Нишавском (39,8/100.000) и Пиротском округу (32,4/100.000).

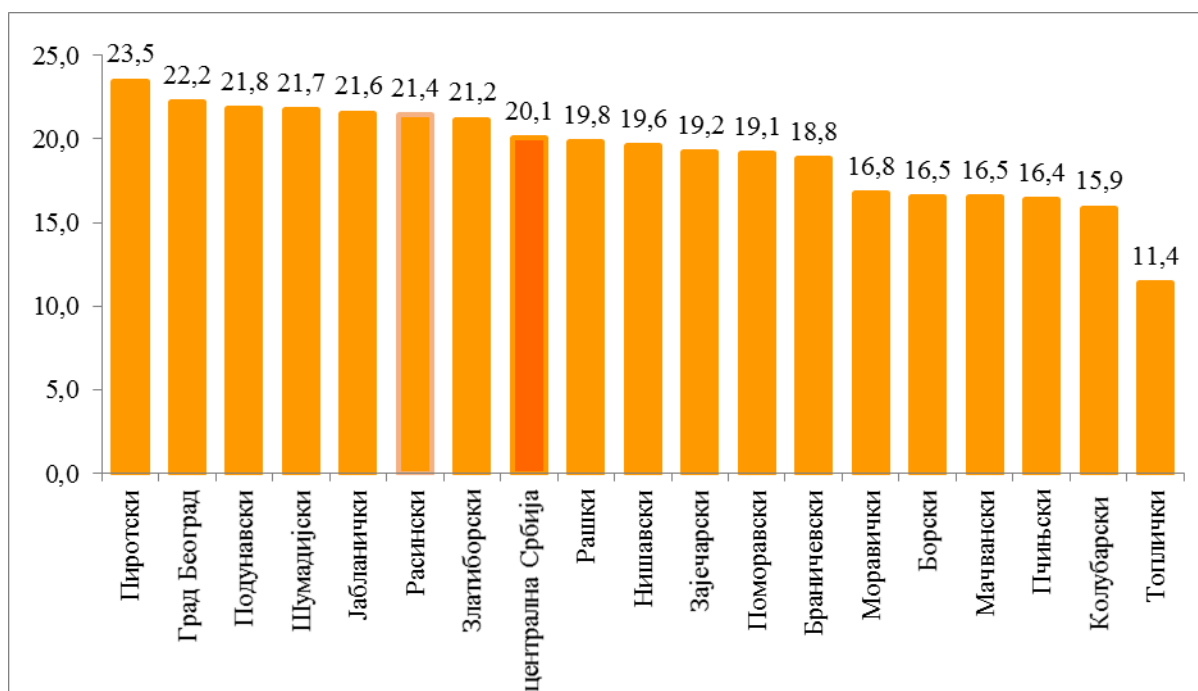
Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 32), у односу на просечну стопу у централној Србији (20,1/100.000), регистроване су код жена у Пиротском округу (23,5/100.000) и Граду Београду (22,2/100.000), а најниже у Колубарском (15,9/100.000) и Топличком округу (11,4/100.000).

Графикон 31. Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

Графикон 32. Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2016.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2016. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване на популацију света

2.2.3. 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.

Процењује се да данас у свету са дијабетесом живи 425 милиона људи. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих до 2045. године повећати на 629 милиона људи.

Највише људи са дијабетесом (80%) живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих. У Србији око 710.000 особа или 12,4% становништва има дијабетес, 465.000 или 8,1% одраслог становништва зна за своју шећерну болест и још 245.000 особа нема постављену дијагнозу болести и не лечи се. 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 последњих година све чешће детектује и код млађих људи. Ризик оболевања је приближно исти код оба пола.

Код половине особа које живе са дијабетесом болест није дијагностикована. Симптоми типа 2 дијабетеса су благи, болест често протиче неопажено и открива се 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 35,2 у 2014. години, на 45,6 на 100.000 становника у 2018. години (табела 11).

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

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији су у 2018. години евидентиране 234 новооболеле особе узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 13.820 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса.

У односу на 2017. годину када је морталитет од дијабетеса износио 49,7 на 100.000 становника, у 2018. години стопа смртности је опала на 45,6 на 100.000 становника.

Табела 11. Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (Е10-Е14) на 100.000 становника, Србија, 2013–2017.

Стопа морталитета	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Општа	35,2	42,7	44,8	49,7	45,6
Стандардизована*	12,6	15,2	15,7	17,1	15,5

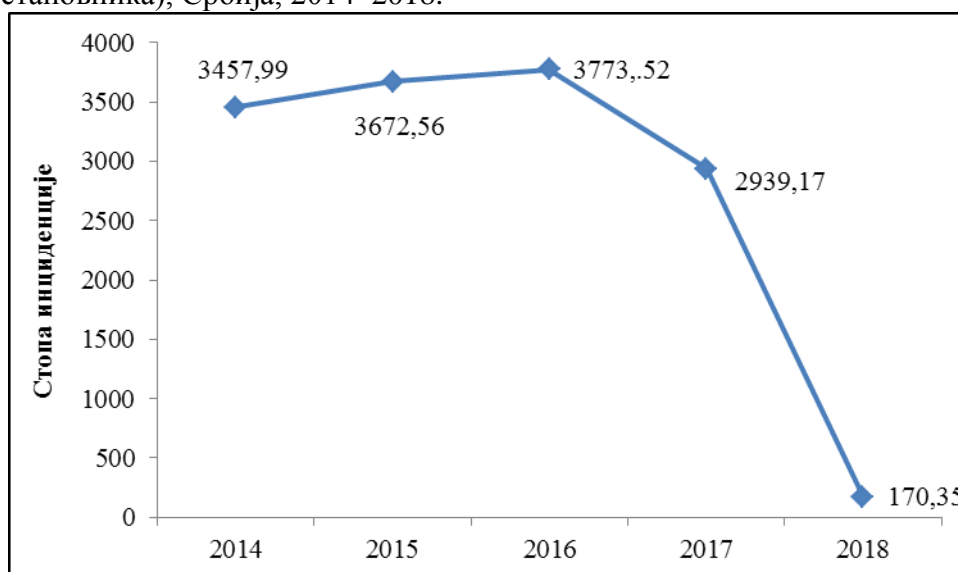
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

*на популацију света

2.3. Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије, без података из Косова и Метохије, у 2018. години пријављено је укупно 11.960 лица оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 170,35 на 100.000 становника. Број пријављених случајева оболевања од заразних болести у 2018. години је нижи у поређењу са 2017. годином, када је стопа инциденције износила 2939,17/100.000 становника. Мањи број оболелих у 2018. години последица је промена у листи заразних болести које подлежу обавезном пријављивању, у складу са новим Законом о заштити становништва од заразних болести („Сл. гласник РС”, бр. 15/2016) и Правилником о пријављивању заразних болести и посебних здравствених питања („Сл. гласник РС”, бр. 44/2017), који је на снази од 17. маја 2017. године. У Републици Србији, у 2018. години, од последица акутних заразних болести умрло је 128 лица. Морталитет је износио 1,82/100.000, што је двоструко нижа вредност него претходне године.

Графикон 33. Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2014–2018.



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

Сезонска инфлуенца

Сезонски грип је акутна респираторна инфекција узрокована вирусима инфлуенце који циркулишу у свим деловима света. Постоје четири типа сезонских вируса грипа, и то: тип А, Б, Ц и Д. Вируси инфлуенце А и Б циркулишу и изазивају сезонске епидемије болести.

Грип се јавља сваке сезоне од октобра до маја и процењује се да у свету од тешких форми болести годишње оболи око 3–5 милиона људи, са 290–650 хиљада смртних исхода.¹ Преноси се путем ситних капљица, али је могућ и индиректни пренос путем заражених руку и предмета.

Сезонском gripом годишње се зарази око 5% до 10% становништва, док је у пандемијама оболевало 30% до 50% становништва. Грип је вирусно обољење великог епидемијског потенцијала које се у одређеним временским интервалима (10 до 40 година) појављује у пандемијском облику.

На основу препорука Светске здравствене организације (СЗО) и Европског центра за контролу болести (ECDC) неопходно је спроводити више врста надзора коришћењем одређених показатеља како би се омогућило праћење епидемиолошких и клиничких карактеристика обољења, праћење циркулације вируса и процењивала тежина епидемије у популацији. Епидемиолошки надзор над gripом у сезони спроводи се у складу са Стручно-методолошким упутством за спровођење епидемиолошког надзора над gripом Института за јавно здравље Србије кроз: *Рано откривање неуобичајених, сигналних догађаја, Популациони надзор над обољењима сличним gripу, Сентинел надзор над обољењима сличним gripу и Сентинел хоспитал надзор над тешком акутном респираторном инфекцијом.*

У 2018. години није било пријављених неуобичајених, сигналних догађаја, а година је била уобичајена што се тиче активности вируса грипа и није било регистровано повећање тешких форми болести.

Популациони надзор над обољењима сличним gripу

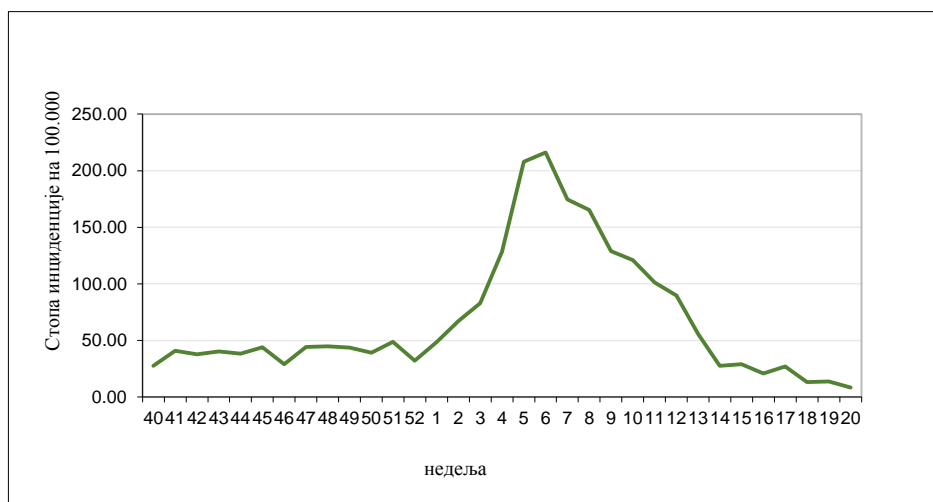
Од почетка надзора у сезони 2017/2018, тј. од 1. до 20. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 127.300 случајева обољења сличних gripу.

¹ WHO, Fact sheet on seasonal influenza, [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

Највиша стопа инциденције од 216,18 на 100,000 становника региструје се у шестој извештајној недељи. У овом периоду у циркулацији су били подтип вируса грипа А(Н1)рdm09 и тип Б вируса грипа.

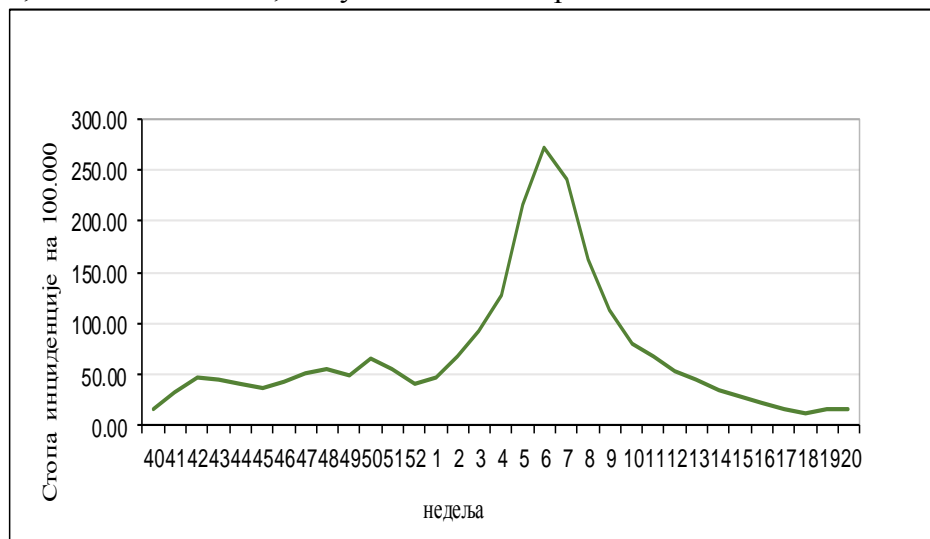
На графикону 34 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2017/2018.

Графикон 34. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, сезона 2017/2018, популациони надзор



Од почетка надзора у сезони 2018/2019, тј. од 40. до 52. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 44.601 случај обољења сличних грипу. На графикону 35 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2018/2019, од 40. недеље.

Графикон 35. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, сезона 2018/2019, популациони надзор



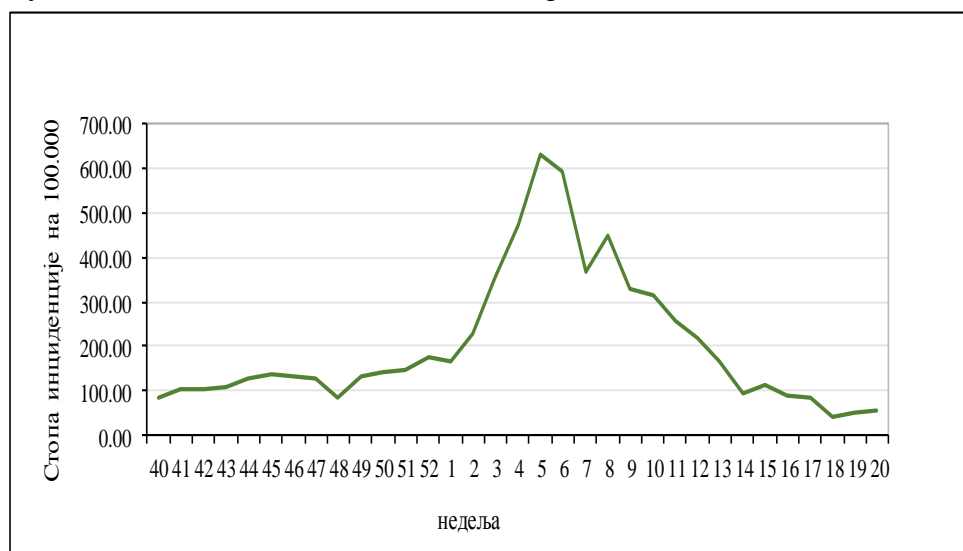
У Републици Србији, у 2018. години, кроз популациони надзор над gripом је пријављена 171.901 оболела особа од обољења сличних gripу са инциденцијом 2388/100.000. Највећи број оболелих у 2018. години од обољења сличних gripу је регистрован у узрасној групи од 0 до 4, а затим у узрасној групи од 5 до 14 година.

Сентинел надзор над обољењима сличним gripу

У сезони 2017/2018, тј. од 1. до 20. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 23.339 случајева обољења сличних gripу. Највиша стопа инциденције од 631,82 на 100,000 становника региструје се у петој извештајној недељи. Највиша узрасно специфична стопа у сезони 2017/2018, бележи се у узрасној групи од 0 до 4 године.

На графикону 36 су приказане стопе инциденције обољења сличних gripу, према извештајним недељама, у сезони 2017/2018.

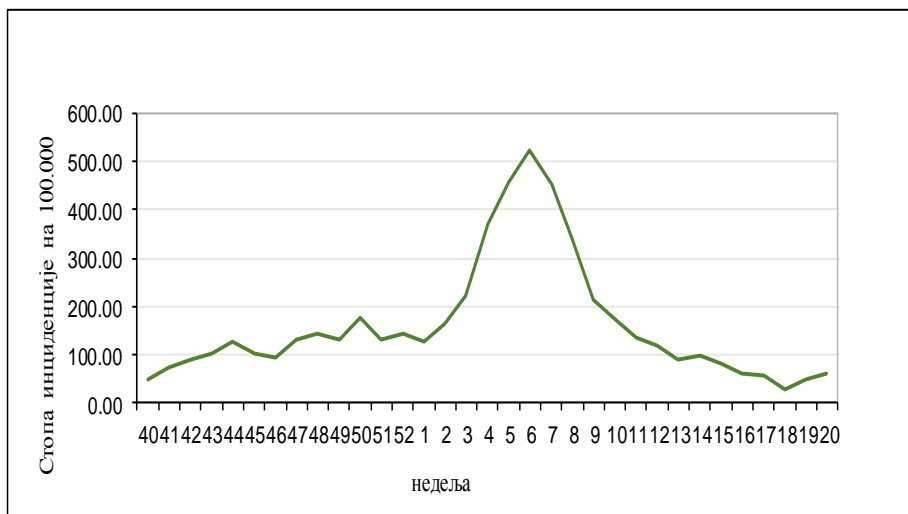
Графикон 36. Стопа инциденције обољења сличних gripу, према извештајним недељама у сезони 2017/2018, сентинелни надзор



Од почетка надзора у сезони 2018/2019, тј. од 40. до 52. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 7328 случајева обољења сличних gripу.

На графикону 37 су приказане стопе инциденције обољења сличних gripу, према извештајним недељама, у сезони 2018/2019, од 40. недеље.

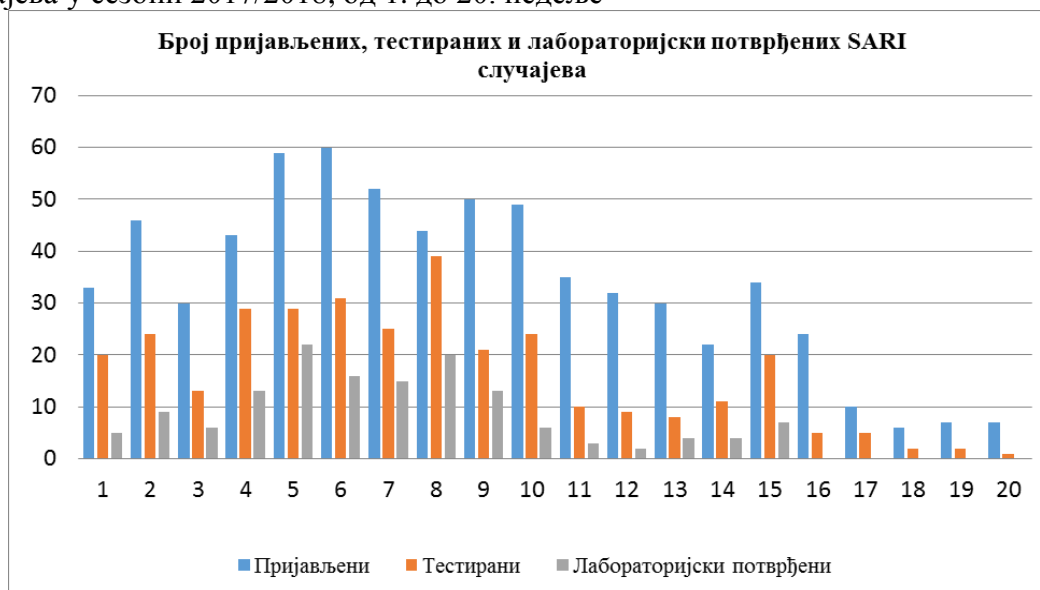
Графикон 37. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама у сезони 2018/2019, сентинелни надзор



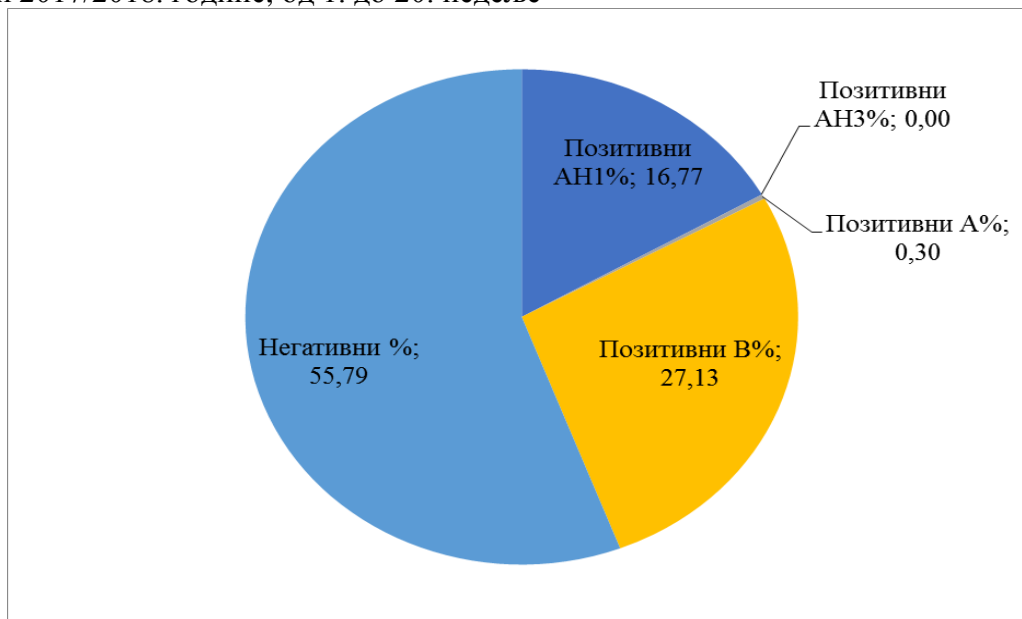
Сентинел хоспитал надзор над тешком акутном респираторном инфекцијом

У 2018. години, у периоду од 1. до 20. извештајне недеље, сезона 2017/2018, путем овог вида надзора пријављено је 673 случаја тешке акутне респираторне инфекције. Од тога 328 (48,7%) случајева је лабораторијски тестирано, а 145 (44,2%) случајева је било лабораторијски позитивно на вирус грипа (графикони 38 и 39). Највећи проценат позитивности, од 76%, регистрован је у петој извештајној недељи.

Графикон 38. Број пријављених, тестираних и лабораторијски потврђених SARI случајева у сезони 2017/2018, од 1. до 20. недеље

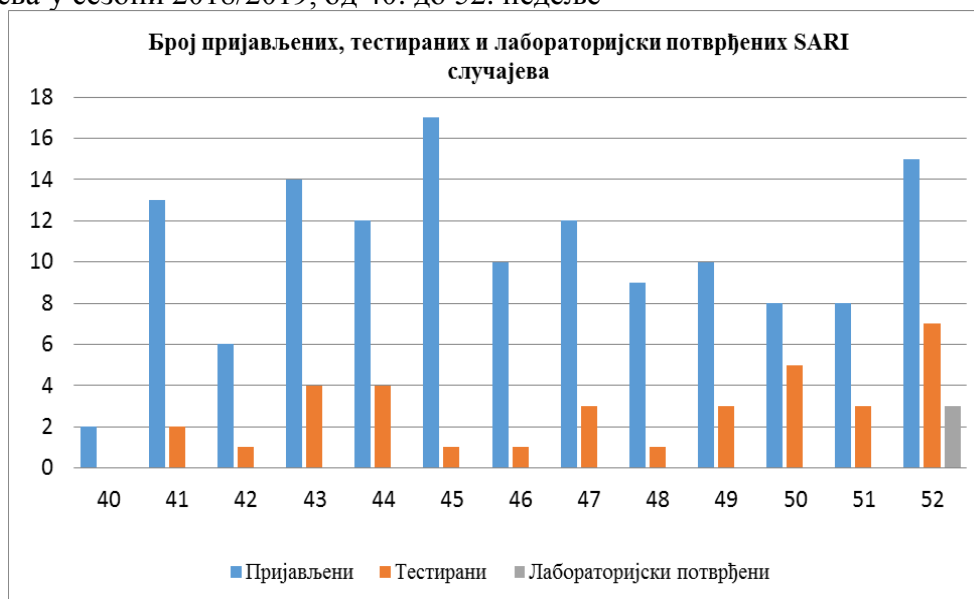


Графикон 39. Процент позитивних и негативних узорака у односу на тестиране у сезони 2017/2018. године, од 1. до 20. недеље



У 2018. години, у периоду од 40. до 52. извештајне недеље, сезона 2018/2019, путем овог вида надзора пријављено је 136 случајева тешке акутне респираторне инфекције. Од тога 35 (25,7%) случајева је лабораторијски тестирано, а 3 (8,6%) случаја је било лабораторијски позитивно на вирус грипа (графикон 40).

Графикон 40. Број пријављених, тестираних и лабораторијски потврђених SARI случајева у сезони 2018/2019, од 40. до 52. недеље



Број оболелих од инфлуенце од 2009. до 2018. године је приказан у табели 12.

Табела 12. Инфлуенца у Републици Србији, у периоду од 2009. до 2018. године

Година	Број оболелих	Инц/100.000	Етиологија
2009.	117.958	1604,82	A (H1)v
2010.	42951	586,69	A (H1)v
2011.	97.699	1339,91	A (H1)v
2011.	97.699	1339,91	A (H1)*v
2012.	42.993	598,21	A (H3)
2013.	63.256	878,66	B и A (H1 pdm09)
2014. ¹	24.973	348,58	A (H3)
2015.	40.845	572,7	B, A (H3) и A (H1) pdm09
2016.	44.131	622	A (H1) pdm09, B, A (H3)
2017.	33.787	478,7	A (H3), B и A (H1) pdm09
2018.			A (H1) pdm09, B и A (H3)

¹ У 2014. години региструје се најмањи број оболелих од грипа, што корелира са спровођењем надзора над грипом у складу са Стручно-методолошким упутством у Републици Србији, када није регистрован епидемијски период на националном нивоу.

Туберкулоза

У периоду од 2014. до 2018. године забележен је тренд смањења броја оболелих од туберкулозе. Број оболелих кретао се од 1051 у 2014. години, до 695 оболеле особе, колико је регистровано у 2018. години.

Међу пријављеним случајевима оболевања, у периоду 2014–2018. доминирају новооболели са 89–90%, док се проценат раније лечених кретао од 10% до 11%, осим 2016. године када је запажен нешто мањи проценат новооболелих (87,5%) и већи проценат раније лечених случајева туберкулозе (12,5%). У периоду 2014–2018. година одржава се преминација учесталости плућног облика болести (89–90%), док је у 2017. години број плућних локализација нижи (85%) а ванплућних виши (15%). Бактериолошка потврђеност на култури се у периоду 2014–2018. одржава у оквиру вредности 80–85%, док је бактериолошка потврђеност директном микроскопијом

спутума била нешто мања у 2018. години (55%) у односу на период 2014-2017. година (60–61%).

Међу ванплућним локализацијама туберкулозе одржава се највећа учесталост туберкулозе плеуре (38–46%) и екстраторакалних лимфних жлезда (19–32%).

Табела 13. Кретање одабраних показатеља утицаја и исхода Програма контроле туберкулозе, Србија, 2014–2018.

Назив показатеља	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Нотификациона стопа свих облика туберкулозе (на 100.000)	15	13	12	11	10
Стопа успеха лечења свих пријављених случајева туберкулозе (%)	78	58	80	83	
Стопа успеха лечења лабораторијски потврђених оболелих од мултирезистентне туберкулозе (%)	54	80	72		

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

Запажа се стабилан тренд смањења стопе морталитета од туберкулозе (у 2018. години за 22% у односу на 2017, а за 52% у односу на 2014. годину).

У периоду од 2014. до 2018. године смањује се број оболелих од мултирезистентне туберкулозе (MDR TB), при чему се годишње региструје од 3 до 11 оболелих особа. Обухват тестирањем резистенције на антитуберкулотске лекове прве линије кретао се од 82% у 2014. години, док се у последње две године запажа пад вредности на 69% и 64% у 2017. и 2018. години. У истом периоду бележи се континуиран пад учесталости оболевања од туберкулозе у заводима за извршење кривичних санкција. У периоду од 2014. до 2016. године пријављено је 11–14 оболелих на годишњем нивоу, док је 2017. године пријављено осам особа, а 2018. године четири оболеле особе, што чини стопу од 14/100.000 и представља најмању учесталост оболевања у последњих 13 година.

У 2018. години регистровано је пет особа оболелих од туберкулозе међу тражиоцима азила, што је више у односу на претходне године (регистрован један

случај оболевања у 2016. години, док у 2017. години није било регистрованих случајева).

Међу особама које живе са HIV-ом у периоду од 2014. до 2016. године пријављивано је од пет до осам особа оболелих од туберкулозе, док је 2017. и 2018. године пријављено по осам случајева. Обухват тестирањем на HIV међу оболелима од туберкулозе је јако низак и у периоду од 2014. до 2018. године се кретао од 9% до 11%.

У току 2018. године на територији Републике Србије регистровано је 188 епидемија заразних болести, са 9512 оболелих особа. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину нижи за 7,8%.

У 2018. години у епидемијама заразних болести је умрло 14 лица – четири лица у епидемијама морбила, четири особе у болничкој епидемији инфекције крви узроковане бактеријом *Acinetobacter*, три особе у болничкој епидемији грипа, једна особа у болничкој епидемији ентероколитиса узрокованог бактеријом *Clostridium difficile*, једна особа у болничкој епидемији сепсе и једна особа у епидемији бактеријске алиментарне интоксикације.

Према путу ширења узрочника, најчесталије су ваздушно-капљичне (61 или 32,4%), затим следе алиментарне епидемије (60 или 31,9%), контактне епидемије (45 или 23,9%) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (21 или 11,1%). Најређе су биле епидемије са хидричним путем преноса (1 или 0,5%)

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2018. години, према расположивим подацима, оболело је 5448 особа (у 2017. години пријављено је 1022 оболелих), са учешћем од 45,5% у укупном оболевању од заразних болести (у 2017. години учешће је износило 0,49%). Велика вредност учешћа се тумачи променом у структури заразних болести које подлежу пријављивању. Морбили су обољење са

највећим учешћем у овој групи (93,1%), што је последица епидемијског јављања болести.

У 2018. години регистровано је 4935 случајева морбила у Републици (стопа инциденције 70,3/100.000), без података за Косово и Метохију. Укупно је лабораторијски потврђено 2659 случајева. Из узорака брисева случајева са територија Пчињског, Рашког, Колубарског, Јабланичког, Јужнобачког, Града Београда, Западнобачког, Златиборског и Сремског округа у регионалној референтној лабораторији у Луксембургу идентификован је генотип Б3, као и генотип Д8 (Јужнобачки и Јужнобанатски округ). У односу на територијалну дистрибуцију највећи број случајева у епидемијском јављању је пријављен у Граду Београду (31,2%), а потом Нишавском (22,6%), Пчињском (12,5%) и Рашком округу (10,8%). Стопа инциденције у централној Србији је износила 93,1/100.000, а у Војводини су регистрована 143 случаја (стопа инциденције 7,6/100 000). Највиша стопа инциденције од 319,6/100.000 је регистрована у Пчињском округу, као и Нишавском (315,5/100.000), а потом следи Рашки са 179,4/100.000 и Град Београд са 93,9/100.000.

Већина оболелих особа (93%) је била невакцинисана, непотпуно вакцинисана или са непознатим вакциналним статусом. Највећи број оболелих је био у узрасним групама од 35 до 39 година (22,3%), од 1 до 4 године (13,7%), од 3 до 34 (12,1%), 25–29 година (8,6%) и млађи од једне године (7,8%). Најмлађа оболела особа је узраста 15 дана, а најстарија 71 годину. Највиша специфична стопа инциденције је у узрасту испод годину дана живота (596/100.000), а потом у узрасту 1 до 4 године (258/100.000) и у узрасту 35–39 година (223/100.000).

Од укупног броја оболелих 1659 (33,6%) је било хоспитализовано, а компликације су регистроване код 37% оболелих: у виду дијареје код 1317 особа

(26,7%), пнеумоније код 485 (9,8%), отитис медиа код 18 (0,4%) и енцефалитис код двоје (0,04%).

У 2018. години пријављено је 14 смртних исхода (стопа морталитета 0,2/100.000, Lt 0,3%). На територији Града Београд пет (узраста 29, 30, 40, 43 и 45 година), на територији Нишавског округа пет (узраста 11 месеци, 2, 21, 30 и 32 године), на територији Рашког округа две (32 и 42 године), на територији Пчињског једна (четири године) и на територији Шумадијског округа једна особа (две године). Случајеви су били лабораторијски потврђени и нису били вакцинисани, а након запаљења плућа као компликацију су развили акутни респираторни дистрес синдром. Највећа специфична стопа морталитета је регистрована код млађих од једне године (1,6/100.000), потом у узрасту 1–4 године (1,1/100.000), као и у узрасту 30–34 године (0,8/100.000).

Имајући у виду Уредбу о програму здравствене заштите становништва од заразних болести („Сл. гласник РС”, бр. 22/16), укључујући и резултате обухвата MMR на националном и окружном нивоу у последњем петогодишњем периоду, резултате индикатора активног надзора над морбилама у Републици који је потпуно пасиван и којим се сврставамо у земље у којима се ендемски одржавају морбиле са епидемијама (2007, 2009/2010, 2014/2015), имунолошки бедем маргинализованих и миграторних популационих група, заступљеност осетљиве популације, епидемиолошка ситуација морбила се процењивала претећом и сходно томе наложене су мере поштреног епидемиолошког надзора од 9.10.2017. године (пријава сумње, лабораторијска дијагностика, изолација и лечење оболелих, здравствени надзор, епидемиолошки надзор, ванредна ревизија картотека и имунизација невакцинисаних и непотпуно вакцинисаних лица узраста од 12 месеци до 14 година) које треба спроводити на

територији Републике до краја периода трајања двоструке максималне инкубације од последњег регистрованог случаја.

Одржава се одсуство дифтерије и хуманог беснила. Последњи случај полиомијелитиса изазваног дивљим полиовирусом у Србији је регистрован 1996. године. У Европи је 2002. године проглашена ерадикација дечије парализе и од тада се одржава статус региона без ове болести.

Од осталих болести превентабилних вакцинама у 2018. години пријављен је 351 случај пертусиса, 13 случајева мумпса, пет рубеле и два случаја обољења изазваних Х. инфлуенце тип б. Пријављен је један смртни исход од пертусиса.

Пријављивање болести које се могу превенирати вакцинама у 2018. години, као и претходних година, пратили су одређени проблеми. На првом месту одсуство лабораторијске потврде дијагнозе, тако да су се одређене болести пријављивале само на основу клиничке слике (нпр. пертусис, паротитис, рубела итд), односно парцијално доступна дијагностика за поједине делове Републике (програмско финансирање). Такво стање ће бити значајан проблем у процесу елиминације болести. Тешко да ће програми СЗО моћи да се реализују ако се не омогући лабораторијска потврда болести (у референтној или мрежи лабораторија по стандардним процедурама), нарочито када су у питању мале богиње, рубела, синдром конгениталне рубеле, као и пертусис.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља (DTaP), као и против дечије парализе (IPV) комбинованом петовалентном вакцином у 2018. години спроведена је са обухватом од 94,7%. Обухват ревакцинацијом против дифтерије, тетануса и великог кашља деце у другој години живота, као и против дечије парализе (IPV) комбинованом петовалентном вакцином износио је 89,3%, што је знатно испод циљних вредности обухвата овим вакцинама од 95%. Ревакцинација предшколске деце против дифтерије и тетануса

обављена је са обухватом од 94,6%, док је обухват ревакцинацијом против полиомијелитиса био 94,4%. Обухват ревакцинацијом школске деце износио је 91,2% против дифтерије и тетануса, односно 91,4% против полиомијелитиса. Обухват ревакцинацијом против дифтерије, тетануса, великог кашља и полиомијелитиса у другој и седмој години живота (без великог кашља) је био виши у односу на 2017. годину, нижи у примовакцинацији и са приближно истим вредностима у односу на обухват ревакцинацијом у завршном разреду основне школе.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (MMR) у другој години живота износио је 93,4%, што је виша вредност у односу на 2017. годину када је вакцинацијом обухваћено 85,2% обвезника. Обухват ревакцинацијом MMR вакцином у седмој години живота бележи вредност од 90,3%, што је нижа од регистрованог обухвата у 2017. години (92,4%).

У 2018. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 90,3%, што је ниже од оног забележеног у 2017. години (92,4%).

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних Хемофилусом инфлуенце тип б у 2018. години износио је 94,7% што је ниже него у 2017. години када је обухват овом вакцином износио 95,1%.

Табела 14. Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2008–2018.

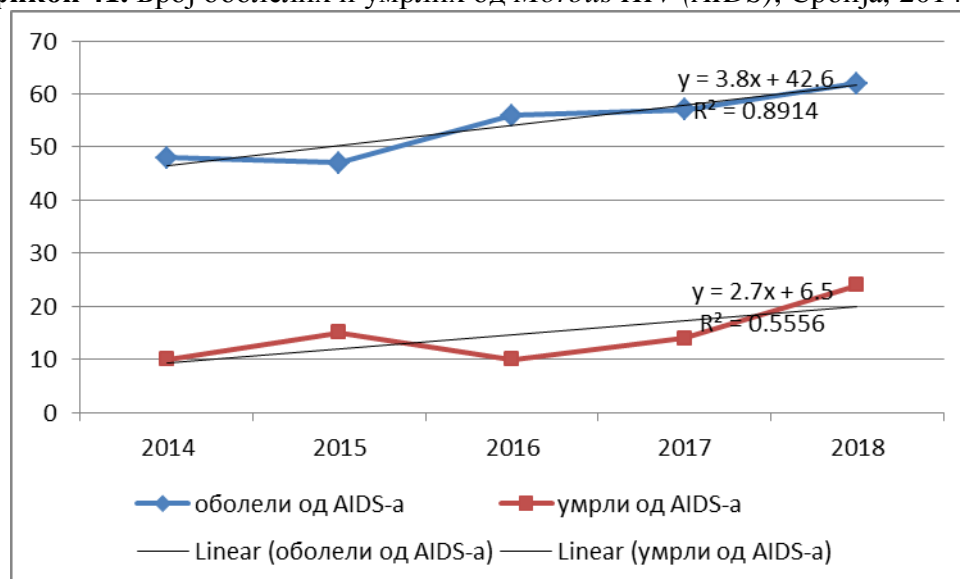
Спроведена имунизација	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
DTP3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	98	97	97	98	96	97	95	95	94	95	95
OPV3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	98	97	97	98	94	97	95	95	94	95	95
MMR вакцинација	96	96	96	97	90	93	86	84	81	85	93
НВ вакцинација 1. година	94	95	95	96	93	93	94	92	91	92	90
НВ вакцинација 12. година	78	62	76	87	83	74	78	73	64	69	
Hib/DTaP/IPV/Hib вакцинација	97	96	97	97	91	95	95	94	94	95	95

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

У 2018. години достигнуте су циљне вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације осим за ММР и хепатитис Б вакцину, а годину је обележио наставак и одржавање највеће епидемије малих богиња у последњих 25 година, са 14 смртних исхода. Она је последица ниског обухвата вакцинацијом у претходним годинама односно пада колективног имунитета, чиме су створени услови за нагомилавање осетљиве популације, оболевање и епидемијско јављање ове болести.

У периоду од 2014. до 2018. године забележен је тренд пораста броја особа оболелих и умрлих од синдрома стеченог имунолошког дефицита (AIDS, сида) узрокованог HIV-ом. У 2018. години регистрована је највиша инциденција AIDS-а (62 оболеле особе), при чему је број оболелих од AIDS-а у 2018. години био за 9% већи него 2017. године, односно за 32% већи него 2015. године када је регистровано најмање оболелих особа (47). Такође, број умрлих особа у 2018. је највећи у претходних пет година, односно морталитет у 2018. години је био за 71% виши него претходне године, односно 1,5 пута виши него 2014. и 2016. године када је регистровано најмање умрлих особа од AIDS -а (10) (графикон 41).

Графикон 41. Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV (AIDS)*, Србија, 2014–2018.



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

Слично као и претходних година, трећина оболелих и половина особа умрлих од AIDS-а у 2018. години регистрована је на територији града Београда.

Регистрован је пораст оболелих од AIDS-а међу хомо/бисексуалцима и хетеросексуалцима у 2018. у односу на претходну годину (56 особа тј. 90% свих оболелих према 39 особа тј. 68% свих оболелих од AIDS-а). Половина свих особа умрлих од AIDS-а у 2018. години регистрована је међу мушкарцима који имају секс са мушкарцима, док је још осам особа (33%) регистровано међу особама које су пријавиле хетеросексуалне односе без кондома као начин трансмисије HIV-а.

3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

3.1. 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 нездрави 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 се није мењало у периоду од 2014. до 2018. године и износи 6,5%. 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 обезбеђују службе за здравствену заштиту деце у домовима здравља.

Здравствену заштиту предшколској деци 2018. године пружало је 693 доктора медицине, од чега су 88,7% лекари специјалисти. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2018. години је износио 1,5 (табела 15).

Просечан број деце узраста 0–6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду варира у опсегу од 649 колико је износио 2014. и 2016. године до 664 у 2017. години (графикон 42). У 2018. години је просечно било 659 деце од 0 до 6 година на једног доктора, што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

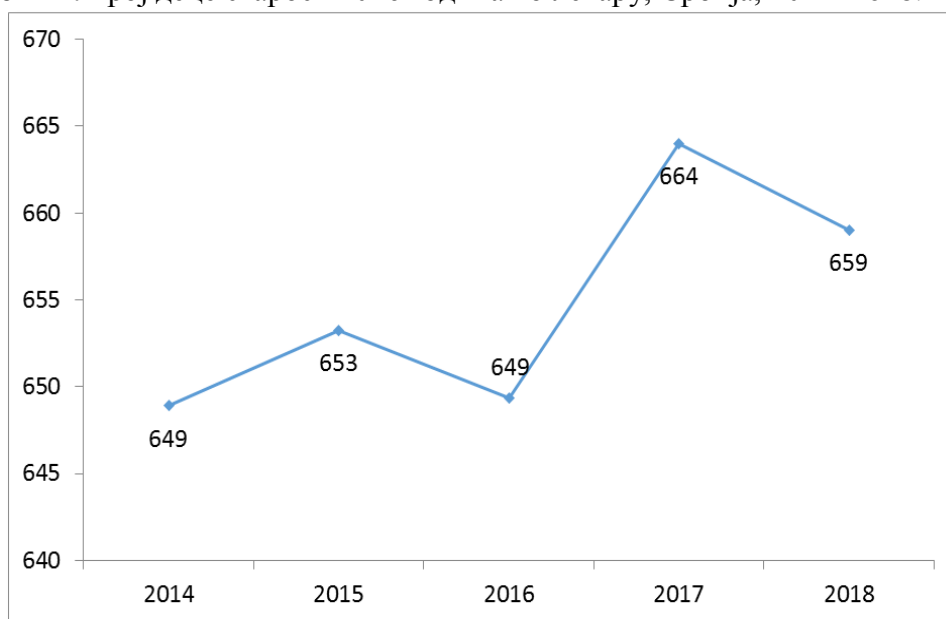
Табела 15. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2014–2018.

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
2014	714	1076	1,5	6143,3	9,5	63,4%
2015	708	1068	1,5	6139,5	9,4	64,0%
2016	709	1062	1,5	5921,9	9,1	65,7%
2017	690	1045	1,5	6535,3	9,8	56,3%
2018	693	1060	1,5	5962,3	9,1	63,7%

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

У служби за здравствену заштиту деце 2018. године регистровано је укупно 4.131.860 посета деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се у посматраном периоду кретало од 56,3% до 65,7%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2018. години износио је 5962.

Графикон 42. Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2014–2018.



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

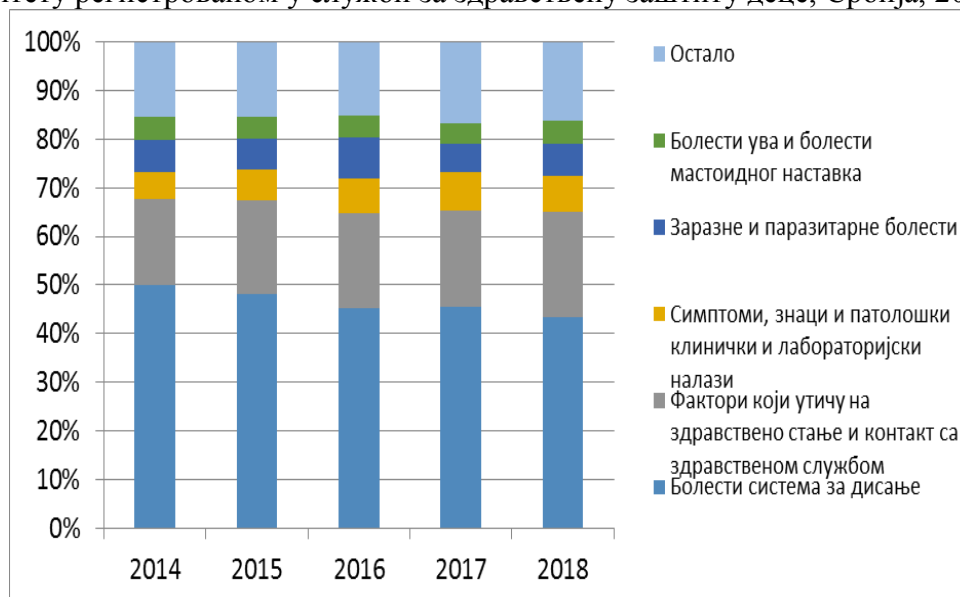
Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду се креће од 9,1 колико је износио 2016. и 2018. године до 9,8 у 2017. години.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2018. године је износио 2.569.053. Стопа оболевања у 2018. години је 5627,1 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 5,6 по детету), што је најнижа вредност у посматраном периоду, јер се ова стопа кретала од 5815,0 у 2015. години до вредности од 6522,4 у 2016. години.

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу 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), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10), заразне и паразитарне болести (I 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 43.

Графикон 43. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту деце, Србија, 2014–2018.



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

3.2 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.

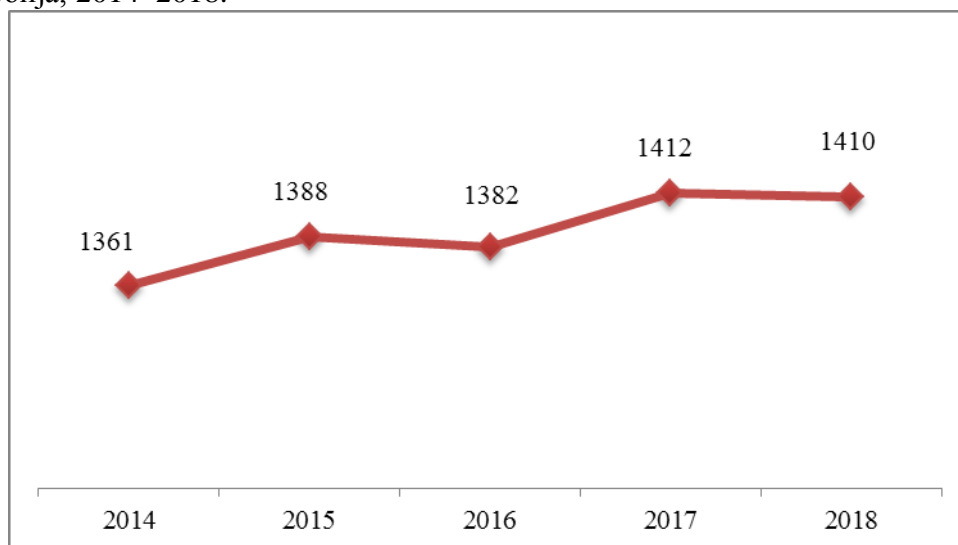
У Републици Србији у 2018. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 12,8% у укупној популацији (укупно 895.202). У 2017. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (901.152), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене.

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 2018. години пружало је 635 доктора медицине, од чега 417 специјалиста педијатрије (66%) и 83 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну годину је мањи за три, а проценат специјалиста је за један процентни поен мањи. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара је 1,2 и без промене је у односу на претходну годину (табела 16).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2018. године у Републици Србији износио је 1410 (графикон 44). Рационализација кадра у систему здравствене заштите утицала је на промене у броју здравствених радника (лекара и сестара), као и броју школске деце по лекару у овим службама.

Графикон 44. Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2014–2018.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2018. године регистровано је укупно 4.210.677 посета, од чега 3.253.960 (77%) код лекара и 23% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је виши за 93.519 у односу на претходну годину (укупно 4.117.158 посета 2017. године). У просеку, свако дете (7–19 година) је у 2018. години посетило свог лекара 3,6 пута (табела 16).

Табела 16. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2014–2018.

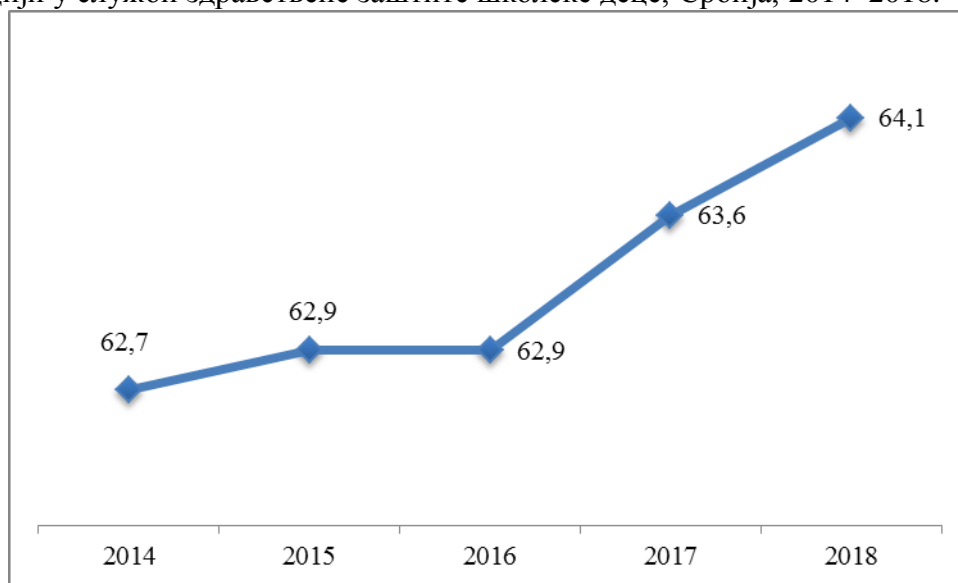
Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС	Број школске деце на једног лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Број посета по детету	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији (%)
2014	688	62,6	858	1,2	1361	5049	3,7	62,7
2015	664	64,5	849	1,3	1388	5045	3,6	62,9
2016	658	65,5	802	1,2	1382	5316	3,8	62,9
2017	638	67,0	791	1,2	1412	4919	3,5	63,6
2018	635	65,7	786	1,2	1410	5124	3,6	64,1

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 5124 посете, односно за око 4% више у односу на 2017. годину (табела 16). Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2018. години износило је 64,1% (графикон 45).

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења, стања и повреда у групи од 7 до 19 година, 2018. године је износио 2.412.938, а стопа оболевања 2695 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,6 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је виши за око 134.332, а стопа оболевања на 1000 деце је за 168 виша у односу на 2017. годину (графикон 46).

Графикон 45. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2014–2018.

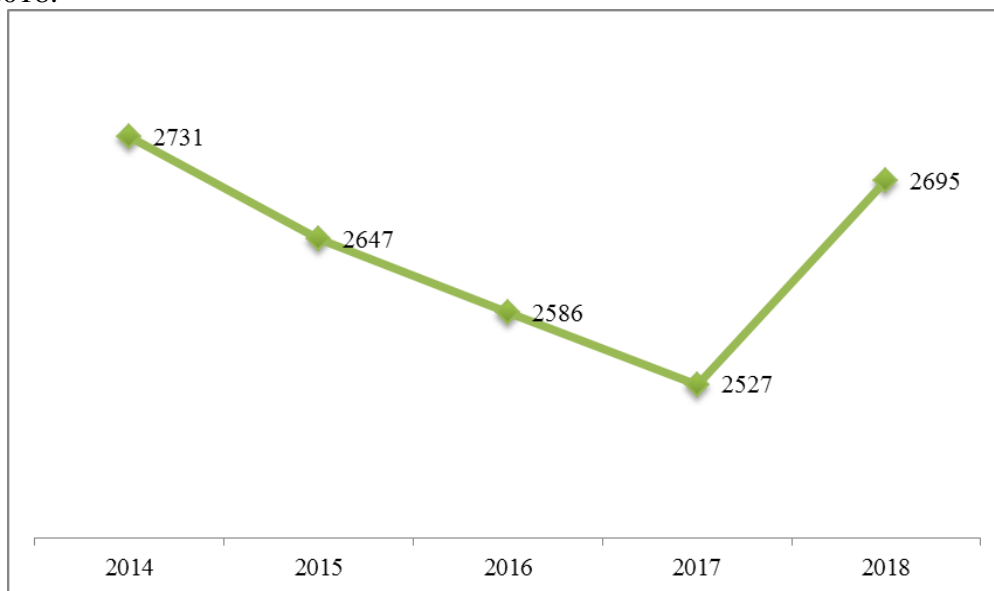


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања школске деце у периоду од 2014. до 2018. 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

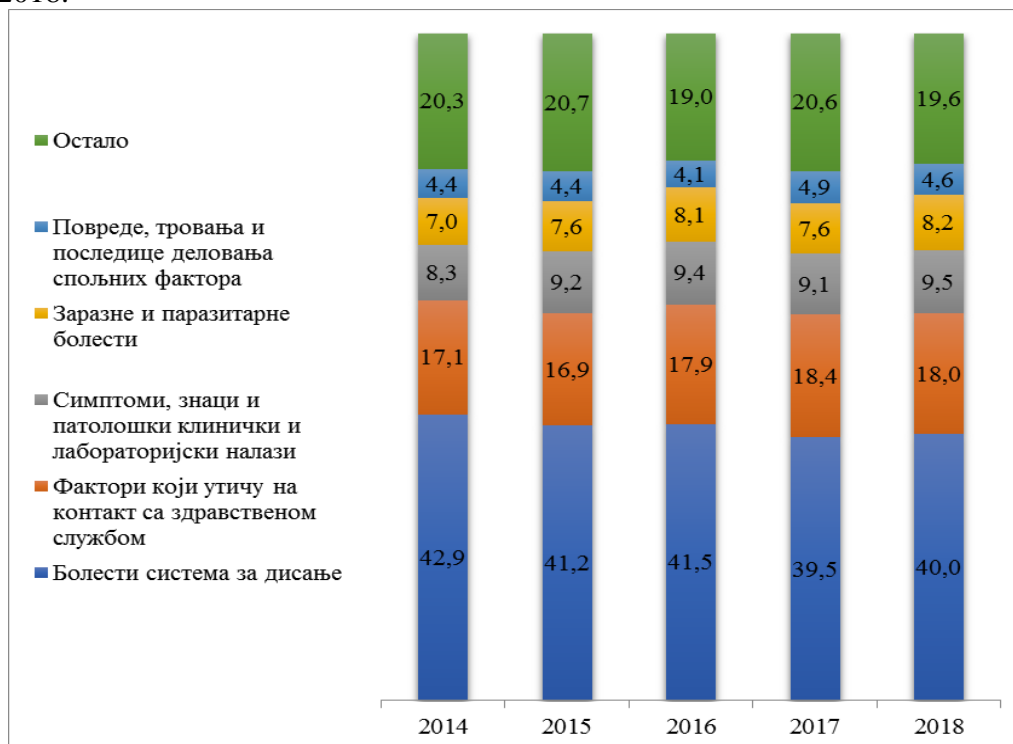
посматраним годинама (графикон 47). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих група болести.

Графикон 46. Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2014–2018.



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

Графикон 47. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2014–2018.

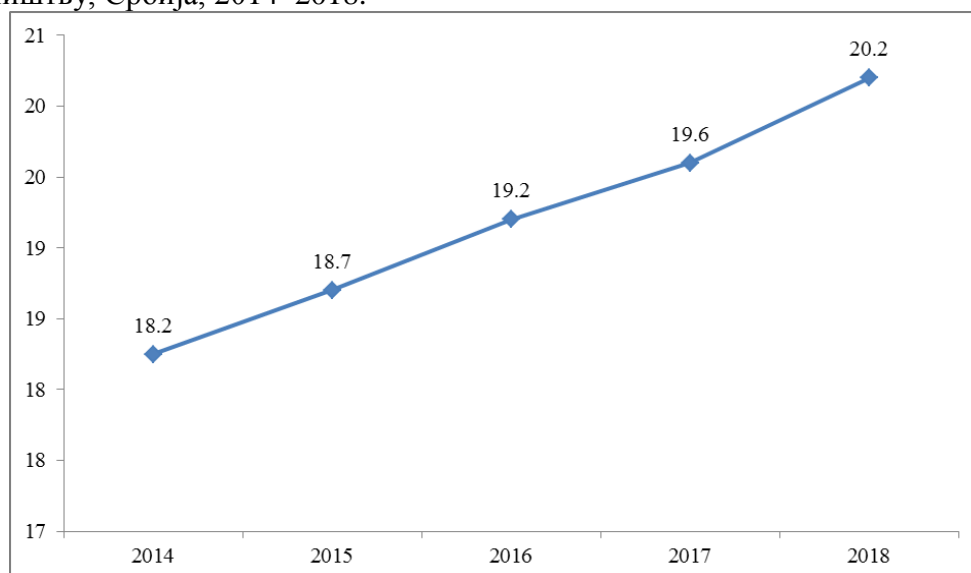


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

3.3. Здравствено стање одраслог становништва

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2014. години учествовала са 80,4% у укупном становништву. У 2018. тај проценат износи 80,6%. Пропорција старих особа (65 и више година) у укупном становништву од 2014. се константно повећава. До 2018. године повећао се за два процентна поена (графикон 48). Процент особа старости од 20 до 64 године у укупној популацији се у 2018. години износи 60,5% и смањено се у односу на 2017, када је износио 61%.

Графикон 48. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву, Србија, 2014–2018.



Извор података: Републички завод за статистику

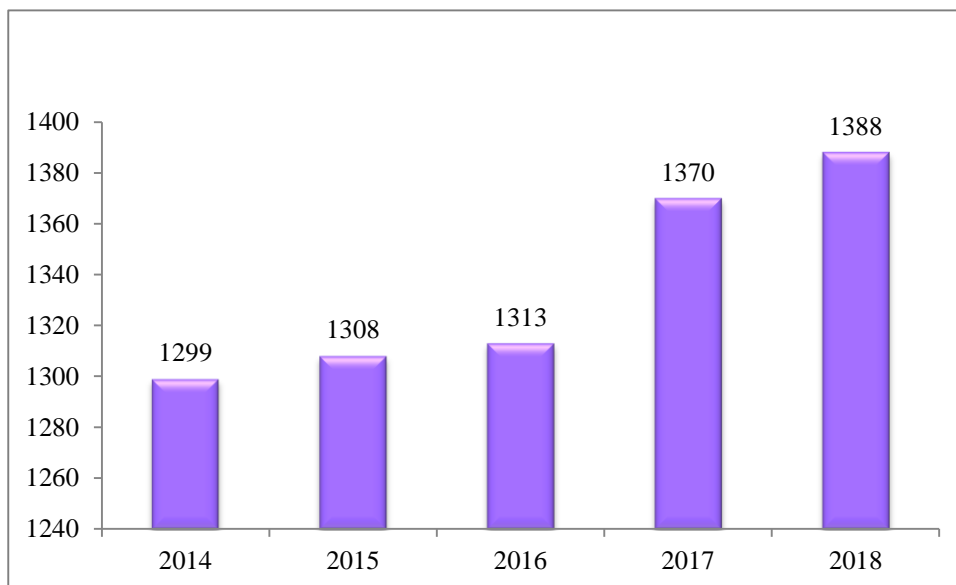
Структура одраслог становништва по полу већ је годинама непромењена и износи: 51,3% жена и 48,7% мушкараца.

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 обезбеђују специфичну здравствену заштиту радника и ванболничку примарну здравствену заштиту радноактивном становништву.

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2018. години пружало је 4058 доктора медицине. Од тог броја 1873 (46%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду износи 1,5. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада се од 2014. константно повећава и у 2018. износи 1388 (графикон 49).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2018. године регистровано је укупно 39.617.148 посета, од чега 64% код лекара и 36% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је у 2018. години износио 4,5 (табела 17).

Графикон 49. Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2014–2018.



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

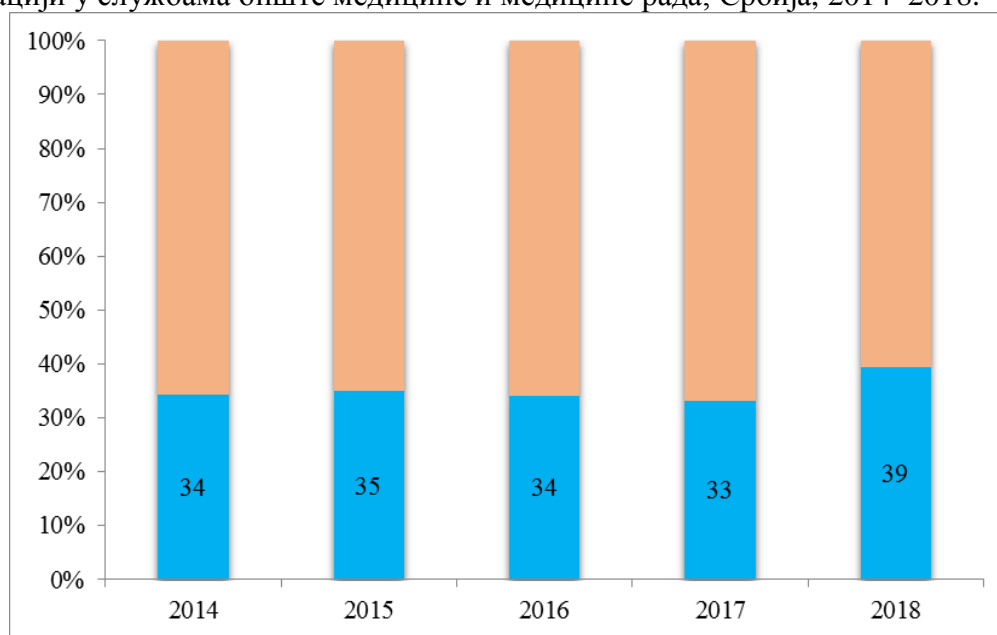
Удео првих у укупном броју посета у ординацији варира из године у годину и у 2018. износио је 39% (графикон 50).

Табела 17. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2014–2018.

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
2014	4412	46	6408	1,4	1299	6401	4,9	34,3
2015	4367	46	6525	1,5	1308	6567	5,0	34,9
2016	4332	47	6514	1,5	1313	6660	5,0	34,1
2017	4132	47	6140	1,5	1370	7060	5,1	33,1
2018	4058	46	6183	1,5	1388	6304	4,5	39,3

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

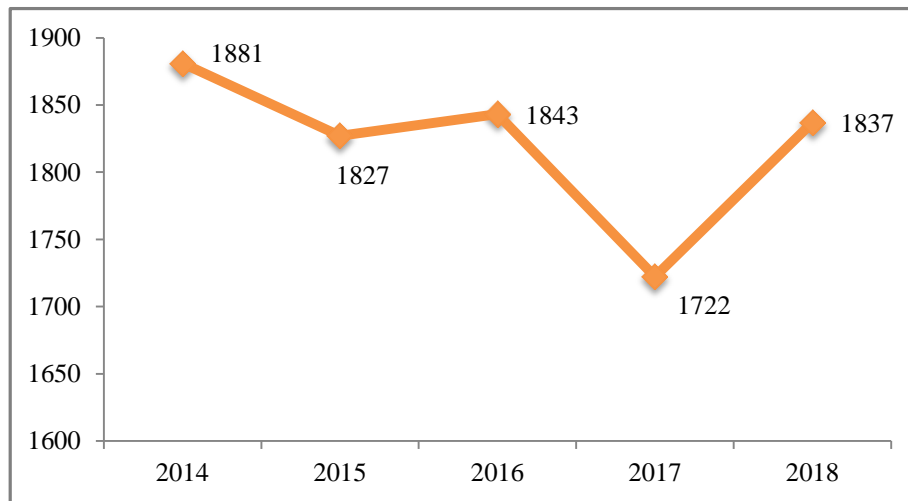
Графикон 50. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2014–2018.



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

Вредности (број и стопе) евидентираног морбидитета код одраслог становништва од 2014. варирају од године до године. Најмањи број оболелих је био 2017. године. Међутим, у 2018. стопа на 1000 одраслих становништва износи 1837 (графикон 51).

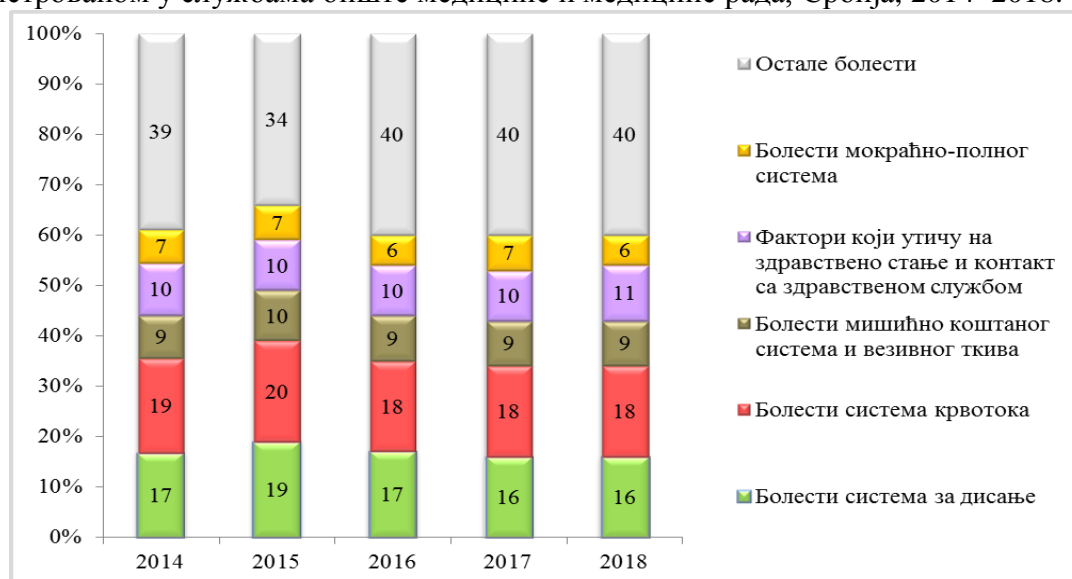
Графикон 51. Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2014–2018.



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

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2014. до 2018. године доминирају болести система крвотока и система за дисање. Следе болести мишићно-коштаног система и мокраћно-полног система. Значајно велико учешће у структури оболевања имају недефинисани *Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом*. Штавише, у 2018. години њихов удео је порастао за један процентни поен и износи 11% (графикон 52). Важно је истаћи да *Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази* такође имају велики удео у структури – 7%.

Графикон 52. Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2014–2018.



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

3.4. 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 пружао је у 2018. години 541 лекар, што је више него претходне године. Број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом такође је повећан, тако да је њихов међусобни однос остао непромењен у односу на претходну годину и износио је 1,4 (табела 18).

Табела 18. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2014–2018.

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+	Учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
2014	565	775	1,4	3374,3	0,60	46,17%
2015	568	758	1,3	3246,0	0,59	45,31%
2016	567	766	1,4	3389,8	0,61	47,51%
2017	532	738	1,4	3293,5	0,56	46,70%
2018	541	743	1,4	3396,1	0,59	43,47%

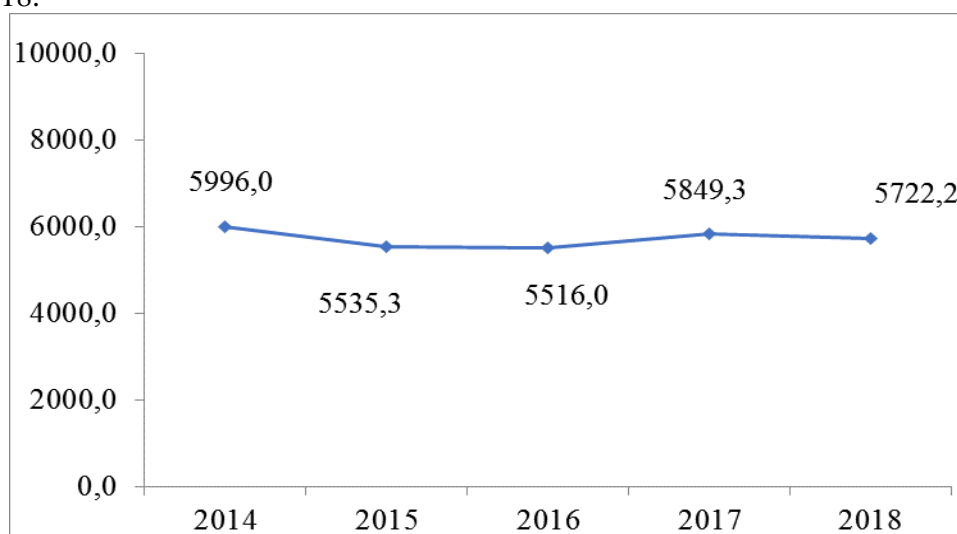
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета по једном лекару у посматраном периоду кретао се у интервалу од 3246,00 у 2015. до 3396,1 у 2018. години. Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2016. године, а најмањи у 2017. години (табела 18).

Од укупног броја посета лекару у ординацији више од две петине су чиниле прве посете, а тај проценат у посматраном периоду бележи тренд смањења, са незнатним повећањем регистрованим у 2016. години.

Обезбеђеност жена лекарима у службама здравствене заштите жена у периоду 2014–2018. година кретала се у распону од 5500 до 6000 жена старих 15 и више година на једног лекара, са најнижом обезбеђеношћу забележеном у 2014. и највишом у 2015. и 2016. години (графикон 53).

Графикон 53. Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2014–2018.

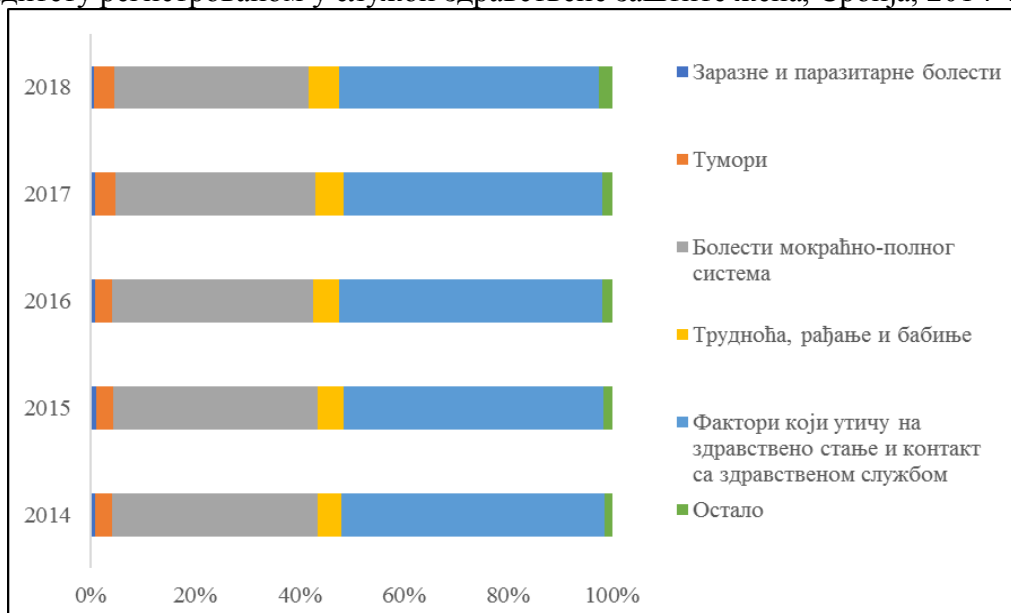


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури оболевања жена у периоду од 2014. до 2018. године примећено је незнатно али константно смањење учешћа болести мокраћно-полног система, повећано учешће трудноћа, док учешће заразних болести, тумора и фактора који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом варира. Пет најчешћих група болести

заједно су чиниле око 98% учешћа у укупном морбидитету у свим посматраним годинама (графикон 54).

Графикон 54. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2014–2018.



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

3.5. 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 до навршених 18 година живота, труднице и породиље до годину 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 доводећи до промена у обезбеђености и коришћењу стоматолошке здравствене заштите.

3.5.1. Стоматолошка здравствена заштита деце

Број посета предшколске деце стоматологу је веома значајан показатељ имајући у виду 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. У периоду од 2014. до 2018. године просечан број посета стоматологу на једно предшколско дете варирао је између 1,20 у 2016. и 1,25 у 2015. години (табела 19).

У истом периоду просечан број посета на једног стоматолога бележи повећање од 2014. до 2017. године, да би у 2018. години дошло до његовог смањења (табела 19). У периоду 2014–2017. бележи се смањење обезбеђености деце стоматолозима, да би у 2018. години дошло до побољшања овог показатеља. Важећи Правилник* предвиђа једног доктора стоматологије специјалисту дечје и превентивне стоматологије на 1500 деце старости до 18 година, те је постојећи број стоматолога недовољан.

Табела 19. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2014–2018.

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
2014	0,46	2079,7	1673	1,24
2015	0,43	2242,7	1786	1,25
2016	0,41	2292,6	1918	1,20
2017	0,58	2471,8	2046	1,21
2018	0,57	2223,0	1834	1,21

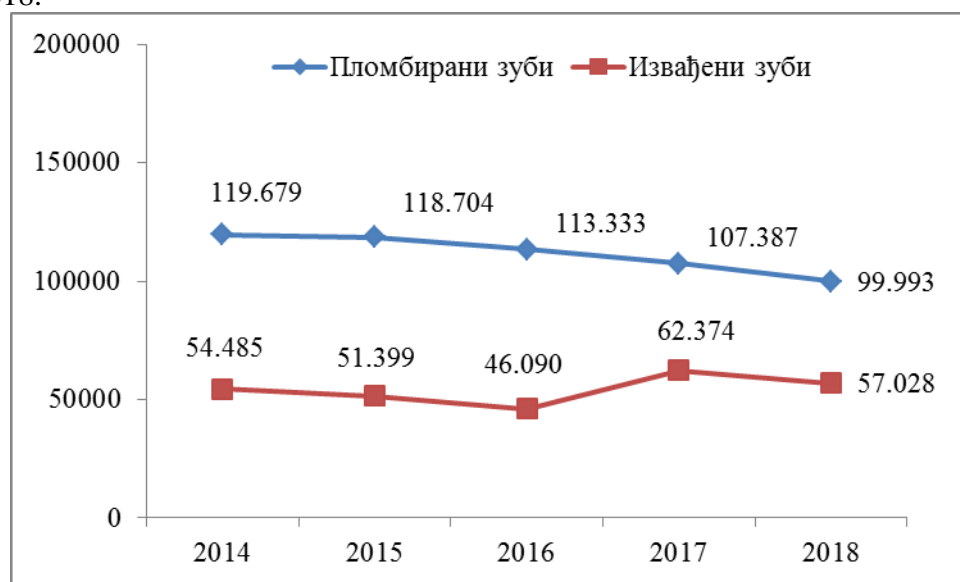
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У 2017. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било скоро четири пломбираних зуба без лечења (3,9). Код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба постоји изражен неповољан тренд (графикон 55). Током деведесетих година је тај

* 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).

однос био 3 према 1, да би се у почетку посматраног периода приближио односу 2 пломбирани зуба према 1 извађеном зубу. У 2017. и 2018. однос пломбираних и извађених зуба већ је био мањи од 2 (1,7 и 1,8).

Графикон 55. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2014–2018.



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

3.5.2. 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, показујући тренд смањења. У складу са тим, обезбеђеност школске деце стоматологом била је најповољнија у 2015. години, а најнеповољнија у 2018. години (табела 20). У периоду 2014–2015. оптерећеност стоматолога била је релативно уједначена и кретала се око 3000 посета на једног стоматолога, да би се ова вредност у периоду 2016–2018. година повећала за 10% и износила око 3300 посета по стоматологу.

Број посета школске деце стоматологу варирао је незнатно у посматраном периоду, а може се рећи да је велики број посета резултат спровођења обавезних

превентивних прегледа код школске деце, којој је потребан и намењен велики број превентивних мера и активности у области оралног здравља.

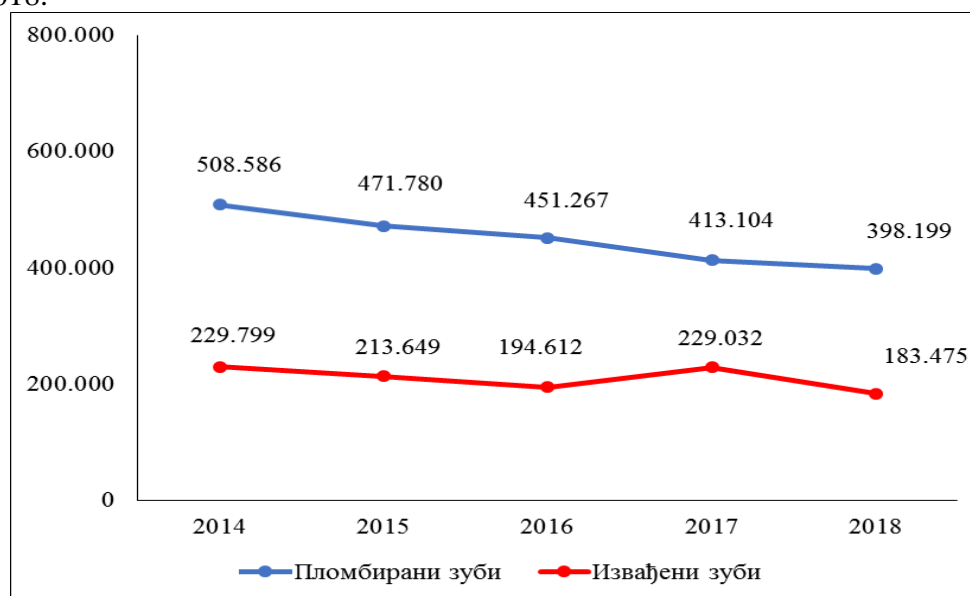
Табела 20. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2014–2018.

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
2014	0,45	3080,3	1212	2,54
2015	0,45	3003,7	1174	2,56
2016	0,43	3307,8	1276	2,59
2017	0,55	3323,8	1276	2,53
2018	0,46	3246,0	1294	2,51

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 на нивоу Републике, а да се смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса (графикон 56).

Графикон 56. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2014–2018.



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

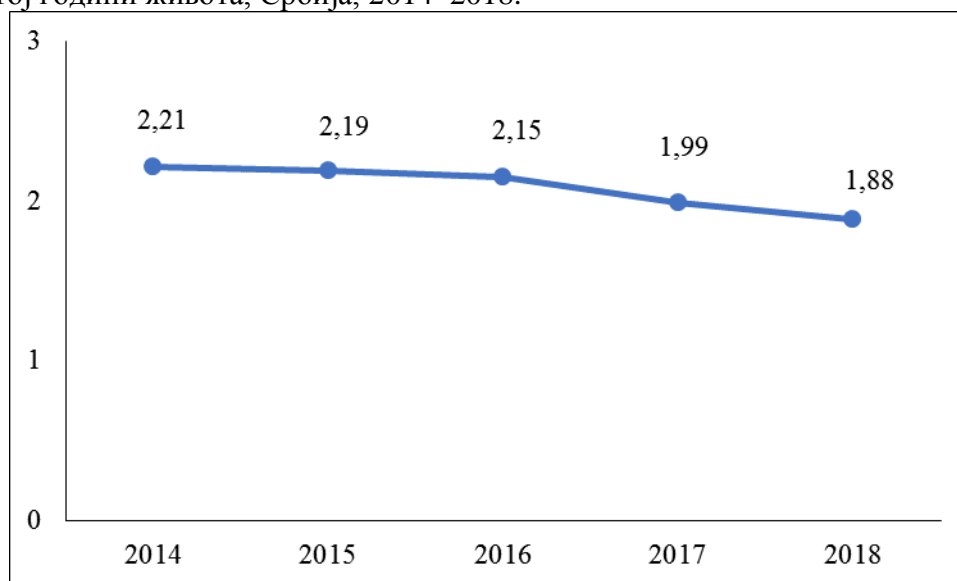
Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, а број извађених зуба у посматраном периоду континуирано опада до 2016. године да би

у 2017. години дошло до значајног повећања. Међутим, у 2018. години број извађених зуба бележи најнижу вредност у посматраном периоду.

Однос извађених зуба и пломбираних зуба у периоду 2014–2018. година кретао се од 1,8 у 2017. години, до 2,3 у 2016. години, док је у осталим годинама имао исту вредност и износио је 2,2 пломбирана на један извађен зуб (графикон 56). Овај однос екстрахираних и пломбираних зуба веома је неповољан за овако младу популацију и захтева значајно унапређење.

Један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваленције и утврђивање потреба за лечењем популационе групе деце старости 12 година је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП–12). То је кумулативни и ирреверзибилни 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 је у 2018. години износио 1,88 што је најнижа забележана вредност (графикон 57). Ова вредност је нижа у односу на земље у окружењу, али уколико се поредимо са развијеним земљама Европе, вредност овог показатеља је и даље висока.

Графикон 57. Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2014–2018.



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

3.5.3. 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.

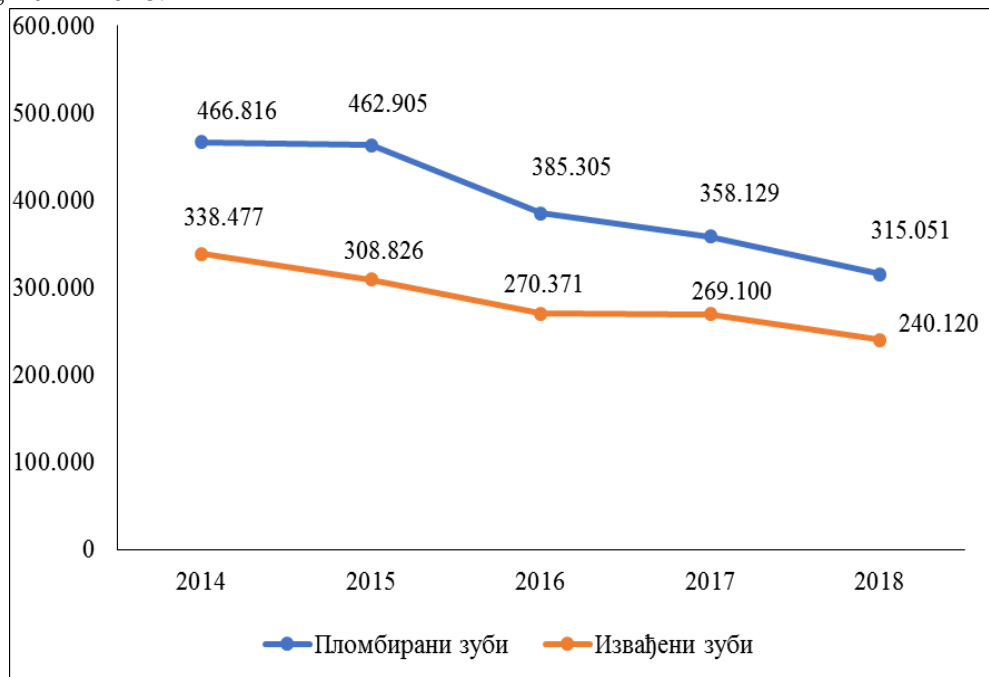
Табела 21. Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2014–2018.

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
2014	0,73	1816,6	5692	0,32
2015	0,67	1793,4	5840	0,31
2016	0,70	1890,4	6902	0,27
2017	0,75	1763,1	6800	0,26
2018	0,76	1822,1	7182	0,25

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

Однос извађених и пломбираних зуба у посматраном периоду креће се око 0,7, са најнижом вредношћу (0,67) забележеном у 2015. години, а највишом (0,76) у 2018. години (табела 21).

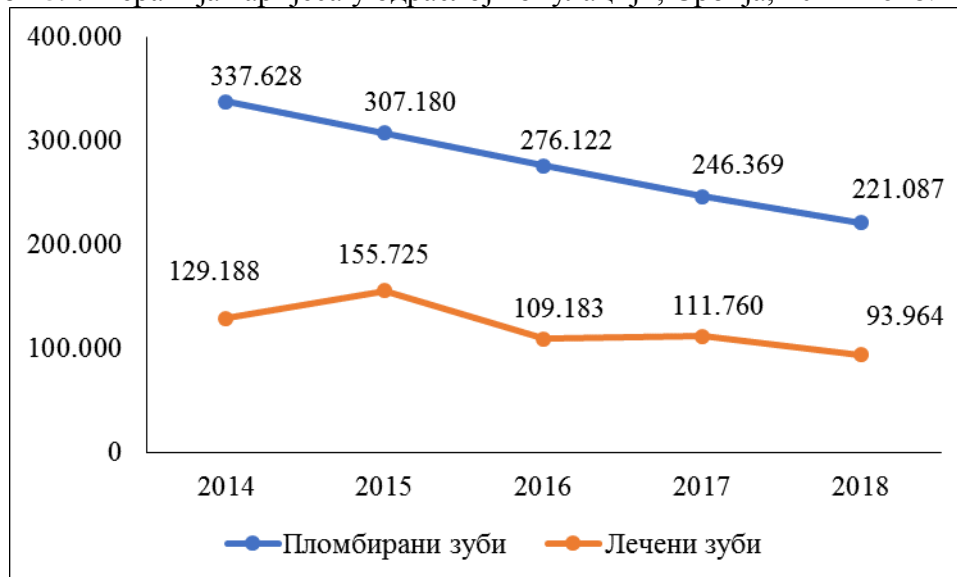
Графикон 58. Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2014–2018.



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

Показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите показују тренд погоршања и најнеповољнији су у 2018. години, када је у просеку било 0,25 посета стоматологу по једном одраслом становнику, мада ни у осталим посматраним годинама ситуација није била много боља. Када је реч о односу пломбираних и извађених зуба у посматраном периоду у просеку је на 1,4 пломбирана зуба долазио 1 извађен зуб, са највишом вредношћу у 2015. години када је овај однос износио 1,5:1 и најнижом у 2017. и 2018. години – 1,3:1 (графикон 58). Од 2014. године трендови указују на смањење броја санираних зуба током једне посете, тј. пломбираних без лечења. Број лечених зуба такође бележи тренд смањења мада су вредности неуједначене током година. У 2015. години забележена је највиша вредност од 155.725 лечених зуба, док је у 2018. години овај број био најнижи и износио је 93.964 (графикон 59).

Графикон 59. Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2014–2018.



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

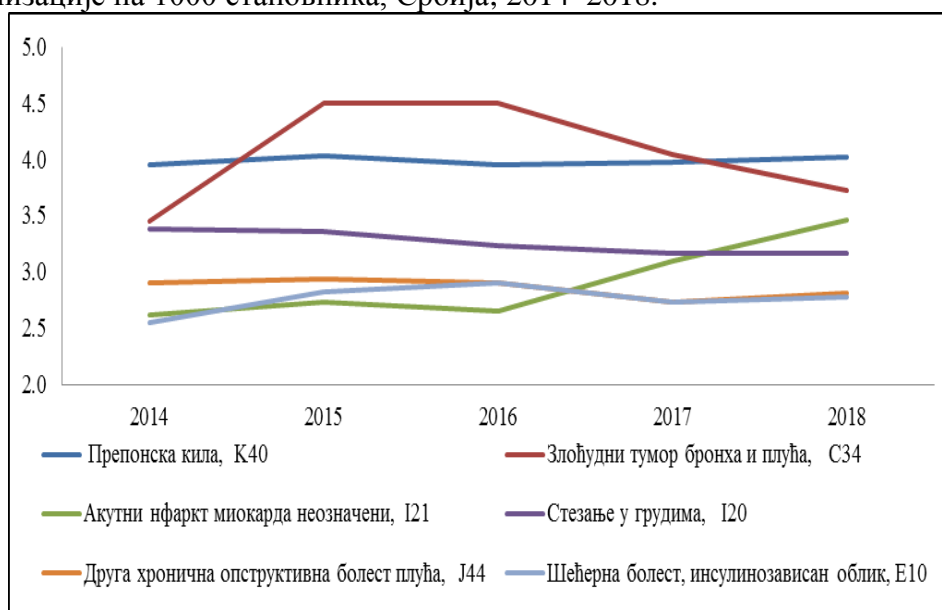
4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

4.1. 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 најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2018. години била је препонска кила (МКБ10: К40). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца био је злоћудни тумор бронхија и плућа (МКБ10: С34), трећи акутни инфаркт миокарда (МКБ10: I21), а затим следе стезање у грудима (МКБ10: I20), друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44) и шећерна болест, инсулинозависан облик (МКБ10: E10) (графикон 60).

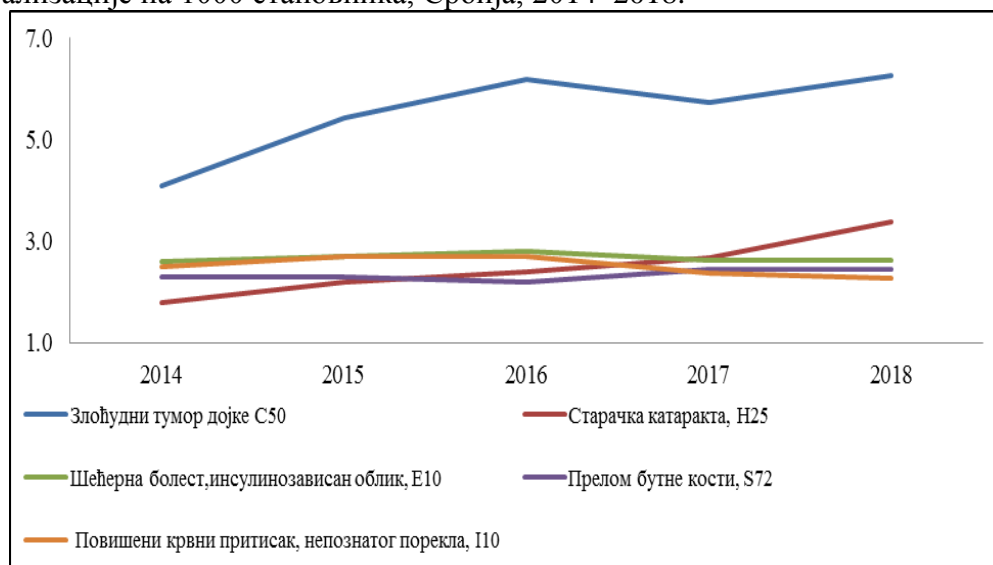
Графикон 60. Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2014–2018.



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 2018. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење се у 2000. години није ни налазило 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. је порасла на 4,4 на 1000 становника, колико је износила и 2011. године, да би у 2013. години достигла највишу вредност од чак 5,8 на 1000 становника. С обзиром на то да је у 2014. години промењен образац за извештавање о хоспитализацијама, као и методологија извештавања, не може се тврдити да је смањење стопе хоспитализације због злоћудног тумора дојке у 2014. години последица смањене заступљености ове болести, посебно имајући у виду да су у периоду 2016–2018. година забележене највише вредности ове стопе. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: старачка катаракта (МКБ10: H25), шећерна болест – инсулинозависни облик (МКБ10: E10), прелом бутњаче (МКБ10: S72) и повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10) (графикон 61).

Графикон 61. Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2014–2018.



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

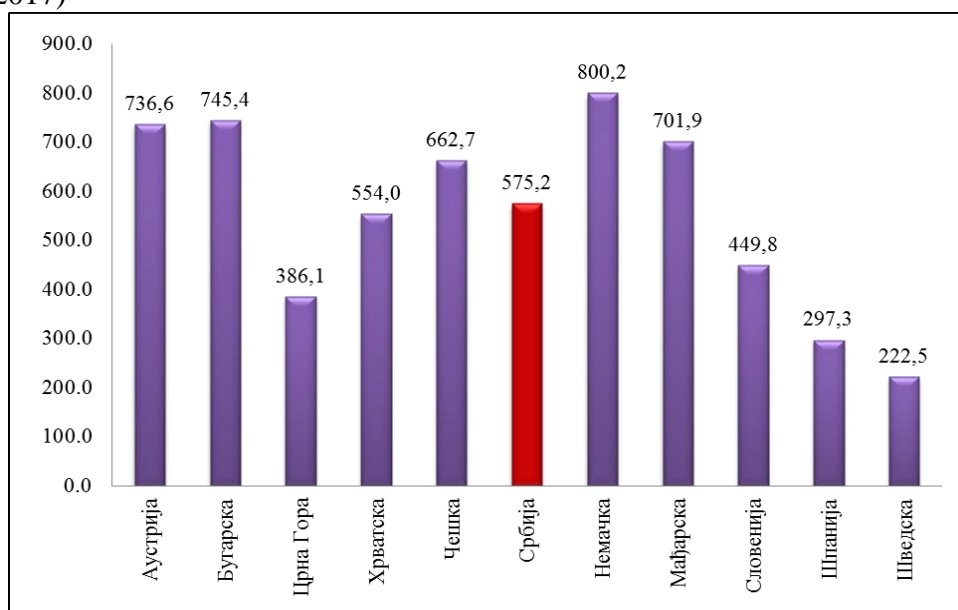
4.2. Коришћење болничке здравствене заштите

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 2018. години износио је 40.161 постељу (без постеља дневних болница) или 575,2 постеље на 100.000 становника. Укупан број постеља, који укључује и дневне болнице, износио је 41.988. Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Аустрије, Бугарске, Чешке, Немачке и Мађарске, а већа од Црне Горе, Хрватске, Словеније, Шпаније и Шведске (графикон 62).

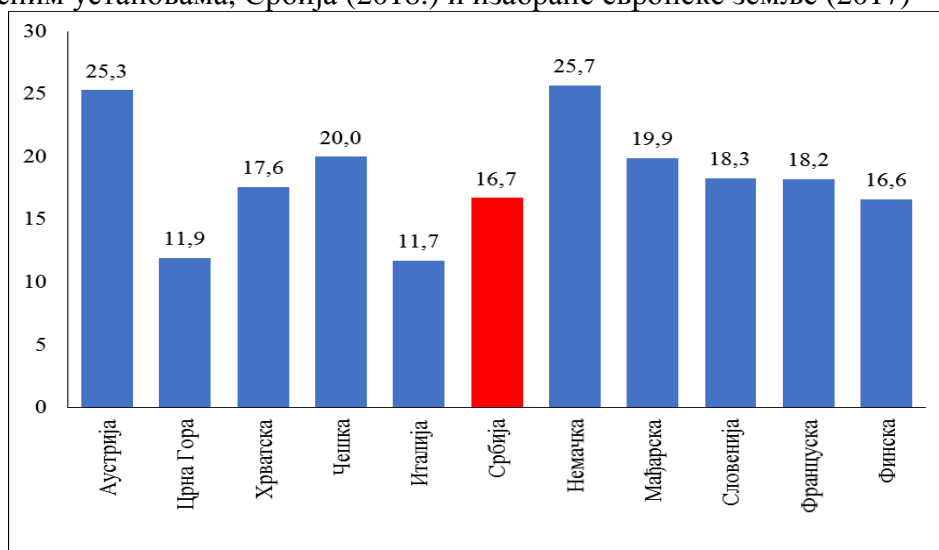
Графикон 62. Број постеља на 100.000 становника, Србија (2018) и изабране европске земље (2017)



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

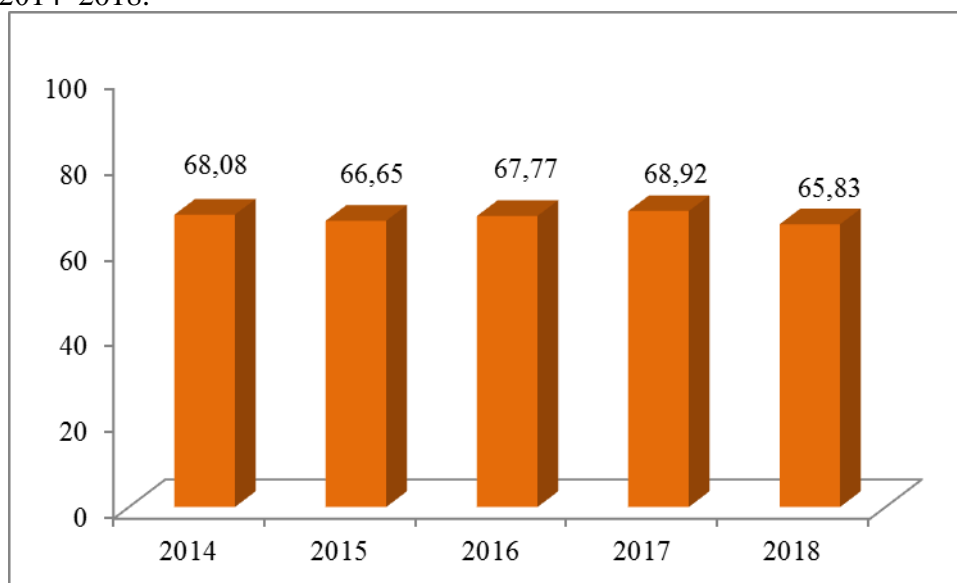
Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2018. години износила је 16,7 на 100 становника, што је мање него претходне године. Ова вредност је нижа него у Аустрији, Хрватској, Чешкој, Немачкој и Француској, док је виша у односу на Црну Гору, Чешку и Италију, а на нивоу Финске (графикон 63).

Графикон 63. Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама, Србија (2018.) и изабране европске земље (2017)



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

Графикон 64. Заузетост постеља (у %) у стационарним здравственим установама, Србија, 2014–2018.

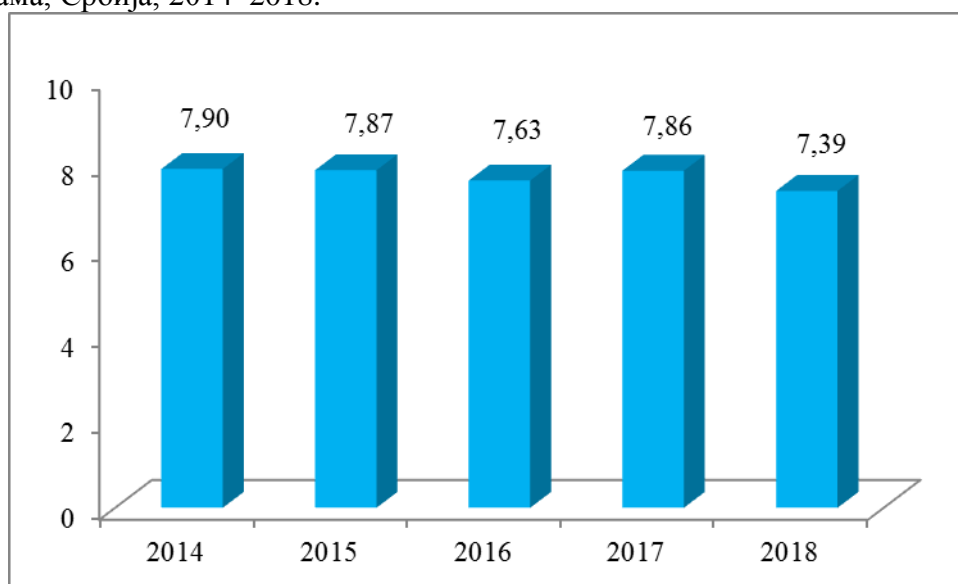


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Заузетост болничких постеља у поматраном периоду незнатно је варијала, крећући се у опсегу од 65,83% у 2018. до 68,92% у 2017. години (графикон 64).

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у посматраном петогодишњем периоду бележи константно смањење од 2014. до 2016. године, да би се у 2017. години вратила на вредност из 2015. године, а у 2018. години забележила најнижу вредност у посматраном периоду (графикон 65). Ови подаци се односе на укупну дужину хоспитализације, укључујући и дневне болнице. Уколико искључимо дневне болнице, просечна дужина хоспитализације износила је 8,05 дана.

Графикон 65. Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама, Србија, 2014–2018.

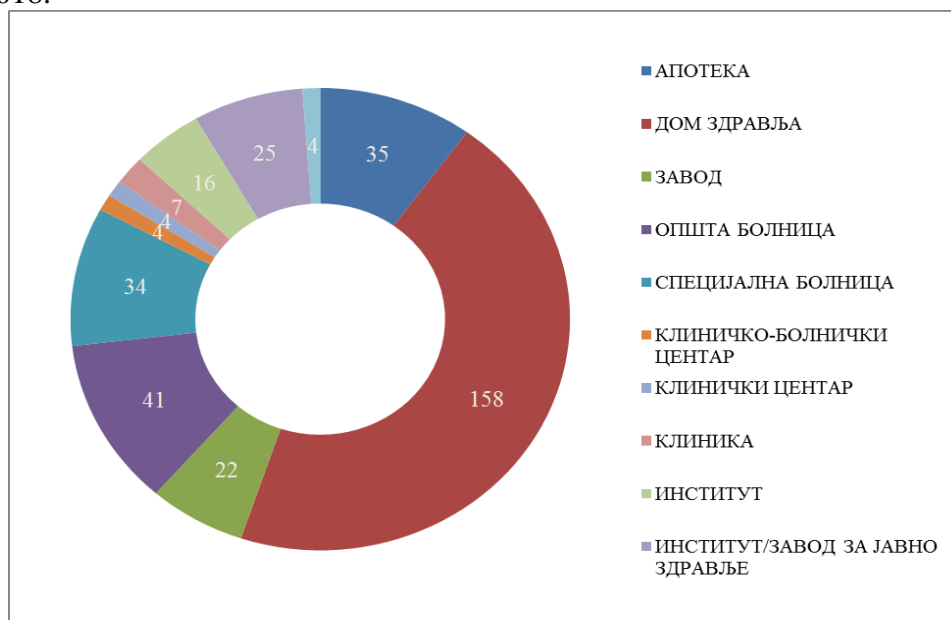


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

5. 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. 42/06, 119/07, 84/08, 71 и 85/09, 24/10, 6 и 37/12, 8/2014, 92/2015, 111, 114/2017, 13/2018 и 15/2018) у 2018. години у Србији износио је 350 (графикон 66).

Графикон 66. Здравствене установе у Републици Србији (без установа са територије КиМ), 2018.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Уредба о Плану мреже здравствених установа

На дан 31.12.2018. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 101.498 радника. Од тог броја доктора медицине било је 19.984, односно 286 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (384 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (186 на 100.000). Наведене вредности су више у односу на вредности у претходној години.