



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

РЕПУБЛИКА СРБИЈА

**ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ
ЗА 2013. ГОДИНУ**

2014.

Садржај:

1. Становништво и услови живота	1
1.1 Демографски показатељи	1
1.2 Социјално-економски показатељи	6
1.3 Животна средина и здравље	26
1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће	26
1.3.2 Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе	29
1.3.3 Квалитет ваздуха	34
2. Умирање и оболевање становништва	41
2.1 Смртност становништва	41
2.2 Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем	41
2.2.1 Болести система крвотока	43
2.2.2 Малигне болести	44
2.2.3 Шећерна болест	49
2.3 Оболевање и умирање од заразних болести	51
3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите	61
3.1 Здравствено стање деце	61
3.2 Здравствено стање школске деце	64
3.3 Здравствено стање одраслог становништва	69
3.4 Здравствено стање жена	73
3.5 Стоматолошка здравствена заштита	75
3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце	76
3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце	78
3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва	81
4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите	84
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама	84
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите	86
5. Здравствене установе и кадрови	90
6. Закључци	91
7. Предлог мера	95

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.

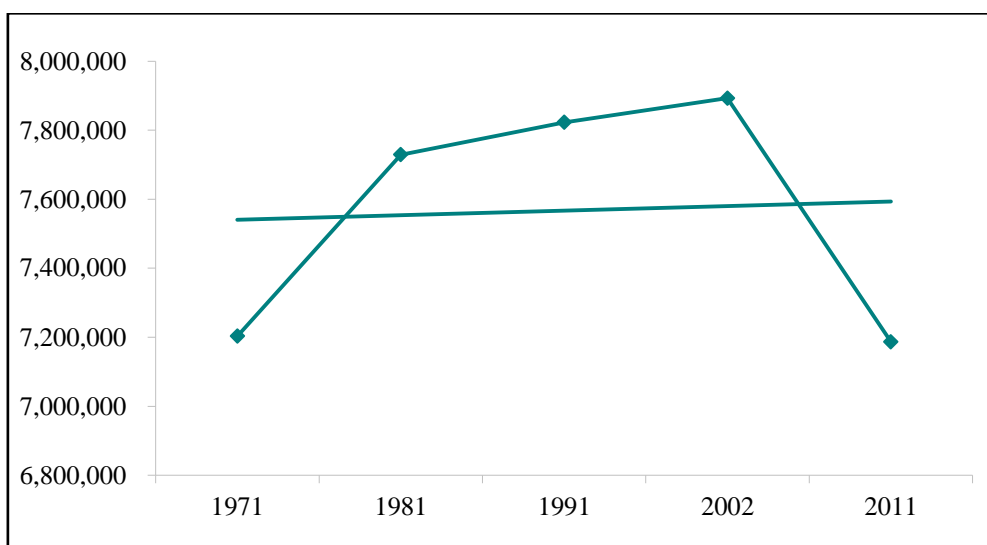
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953–1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији, бележи тренд смањења (графикон 1).

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

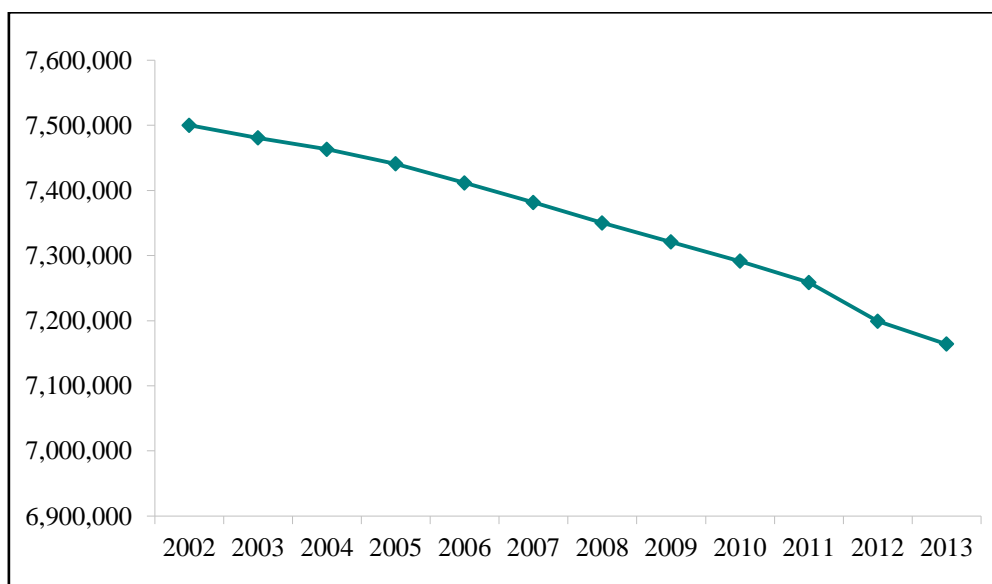
Графикон 1. Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2013 година (графикон 2).

Графикон 2. Процењен број становника, Србија, 2002–2013.



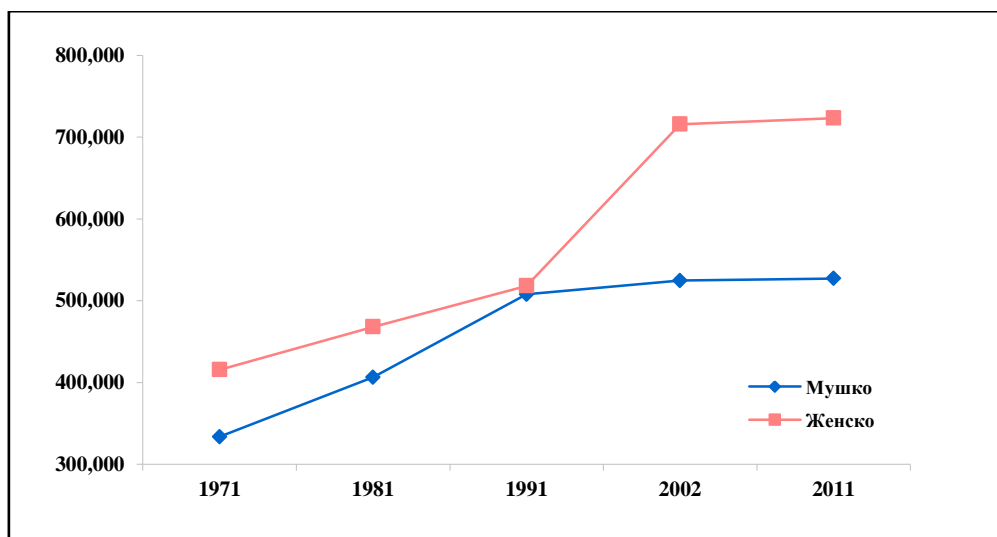
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

Када се посматра учешће становништва старијег од 65 година у укупној популацији у пописним годинама у периоду 1971–2011. 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.



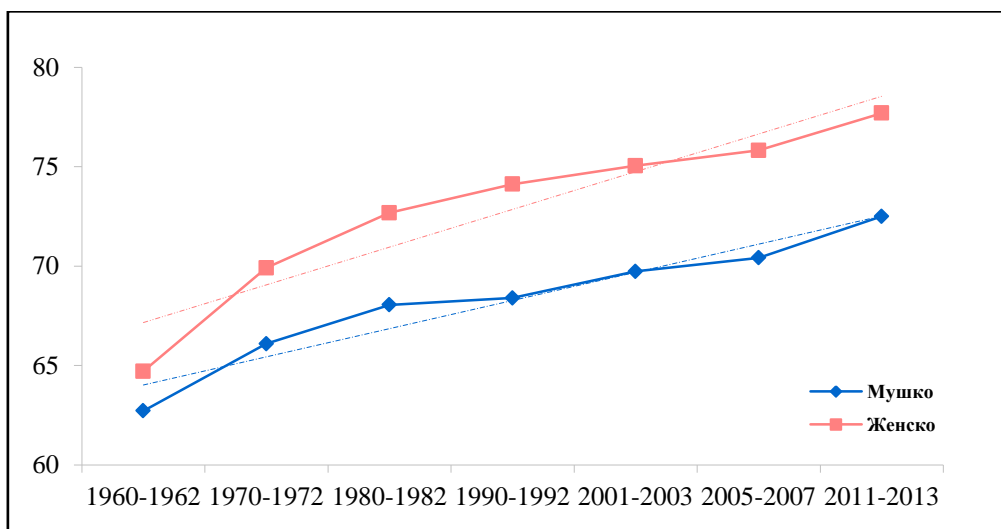
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Такође, старосна структура становништва према подацима Пописа из 2011. године потврђује чињеницу да је становништво Србије у тренду прогресивног старења.

Наиме, становништво старије од 65 година чинило је 17,40% целокупне популације Републике Србије.

Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва и квалитета његовог живота. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2013. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2006. године достигло 70,81 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2006. години оно бележи пораст за 11,49 година (76,19 године).

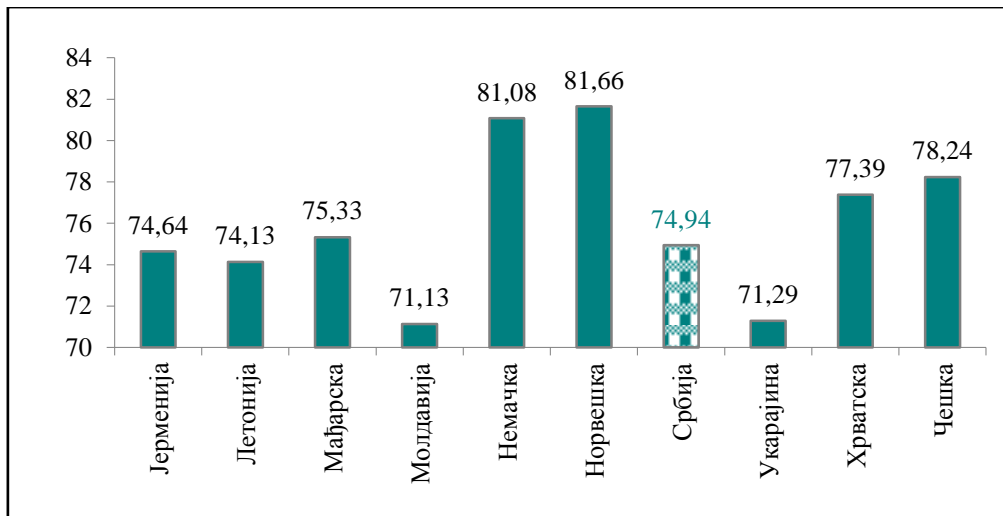
Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2013.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У 2013. години долази до пораста овог показатеља када је он износио 75,05 година (72,46 мушкарци и 77,68 жене).

Графикон 5. Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2013) и изабраним европским земљама, 2012.



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

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

- смањење наталитета – стопа наталитета (на 1000 становника) је са 10,5 у 2004. години смањена на 9,2 у 2013. години;
- уједначена стопа општег морталитета – стопа опште смртности (на 1000 становника) је и у 2004. и у 2013. години износила 14,0;
- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -3,5 у 2004. години на -4,8 у 2013. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – од 2003. године стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 8,1 на 7,0, колико је износила у 2009. години (табела 1), да би у 2013. години било забележено смањење вредности овог показатеља на 6,3.

Табела 2. Витални догађаји, Србија, 2004–2013.

ПОКАЗАТЕЉ	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	10,5	9,7	9,6	9,2	9,4	9,6	9,4	9,0	9,3	9,2
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	14,0	14,3	13,9	13,9	14,0	14,2	14,2	14,2	14,2	14,0
Стопа природног прираштаја (на 1000 становника)	-3,5	-4,6	-4,3	-4,7	-4,6	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9	-4,8
Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)	8,1	8,0	7,4	7,1	6,7	7,0	6,7	6,3	6,2	6,3

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

1.2 Социјално-економски показатељи

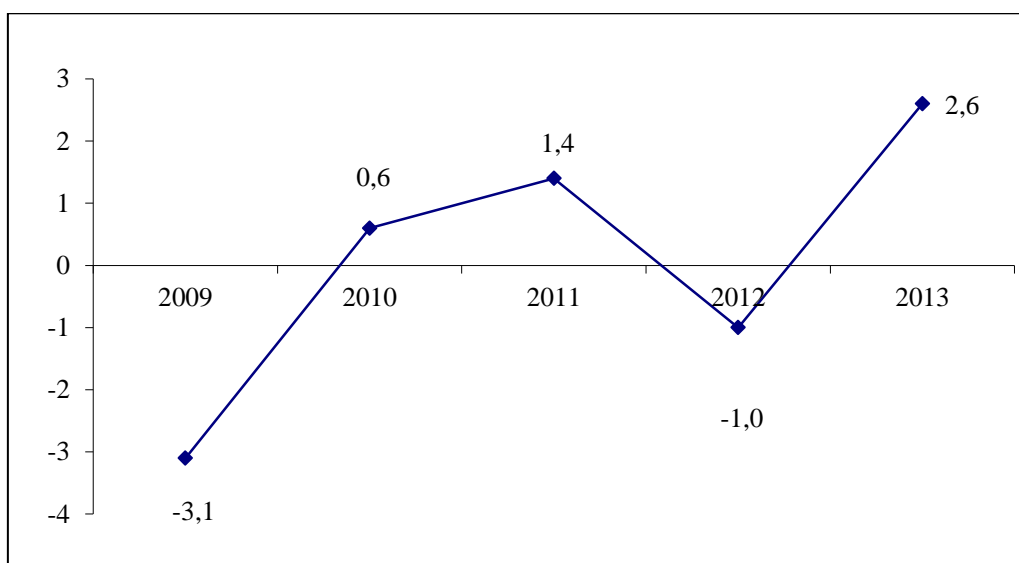
Након оштре финансијске кризе из претходних година, 2013. године остварен је благи раст на глобалном економском тржишту, скромни опоравак привреде земаља евро зоне и охрабрујући раст динамике привредних активности у економији Србије. Иако су рецесиона кретања и даље карактеристична за велики део привреде, укупна економска активност бележи раст. Натпросечан је раст индустријске производње, а као кључни генератор оживљавања привредних токова издваја се извоз са својим двоцифреним растом. Инфлаторни притисци су попустили, а домаћа валута је релативно стабилна. Међутим, незапосленост је релативно висока. Недостатак сопствених извора, у склопу финансијских активности намеће потребу за даљим задуживањем, тако да се већ достигнути високи ниво задужености, у току 2013. године додатно благо увећава. Привредно пословање карактерише висока неликвидност и нагомилани губици. Негативан допринос расту бруто домаћег производа у 2013. години потиче првенствено од ниских инвестиција државе и ниске приватне потрошње, а што је резултат усвојених мера штедње у оквиру програма фискалне консолидације, као и ниске куповне моћи становништва.

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. У 2009. години под утицајем кризе, већина привредних сектора забележила је значајан пад активности, а бруто домаћи производ по становнику пао на 4187 евра док је укупна стопа привредног раста негативна (-3,1%). Стопа раста бруто домаћег производа у 2010. години у Србији бележи скромних 0,6%, да би у 2011. години био настављен започети раст и остварена стопа од 1,4%. Након двогодишњих позитивних кретања, у 2012.

години бруто домаћи производ поново показује негативну стопу раста односно смањење за 1,0% у односу на претходну годину (графикон 6). Бруто домаћи производ у 2013. години бележи значајнији позитиван раст од 2,6% и тако достиже 4783 евра (6353 US\$) по становнику. Укупан бруто домаћи производ процењен је на 34,263 милиона евра. Највећи допринос расту бруто домаћег производа, на нивоу делатности, дали су сектори: пољопривреда, шумарство и рибарство; информисање и комуникације и снабдевање електричном енергијом, гасом и паром. Насупрот томе, највећа рецесиона кретања испољили су сектори грађевинарства и остале услужне делатности. Нешто мање од две трећине бруто домаћег производа остварили су тзв. неразмљиви сектори. Индустијска производња је, за разлику од негативне динамике у претходној години, у 2013. години остварила стопу раста изнад раста укупне економије (5,5%).

Неопходно је истаћи да је у складу са Планом имплементације SNA 2008/ESA 2010, Република Србија званично прешла на нову методологију националних рачуна ESA 2010, упоредо са земљама чланицама Европске уније, од септембра 2014. године. У том циљу извршена је ревизија података о бруто домаћем производу у читавој временској серији 1997–2012. година, као и обрачун претходних резултата за 2013. годину. Иначе, потребу за дефинисањем нове методологије система националних рачуна SNA 2008 условило је ново економско окружење, са структурним променама у светској економији (ESA је Европски систем рачуна, као одговарајући методолошки оквир прилагођен специфичним потребама земаља чланица ЕУ, па је као такав такође доживео ревизију). Захваљујући методолошким и статистичким променама, бруто домаћи производ је повећан у односу на вредности пре ревизије, у целој временској серији у просеку за 7%, од чега је 1 процентни поен директно условљен применом нових методолошких решења.

Графикон 6. Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2009–2013.

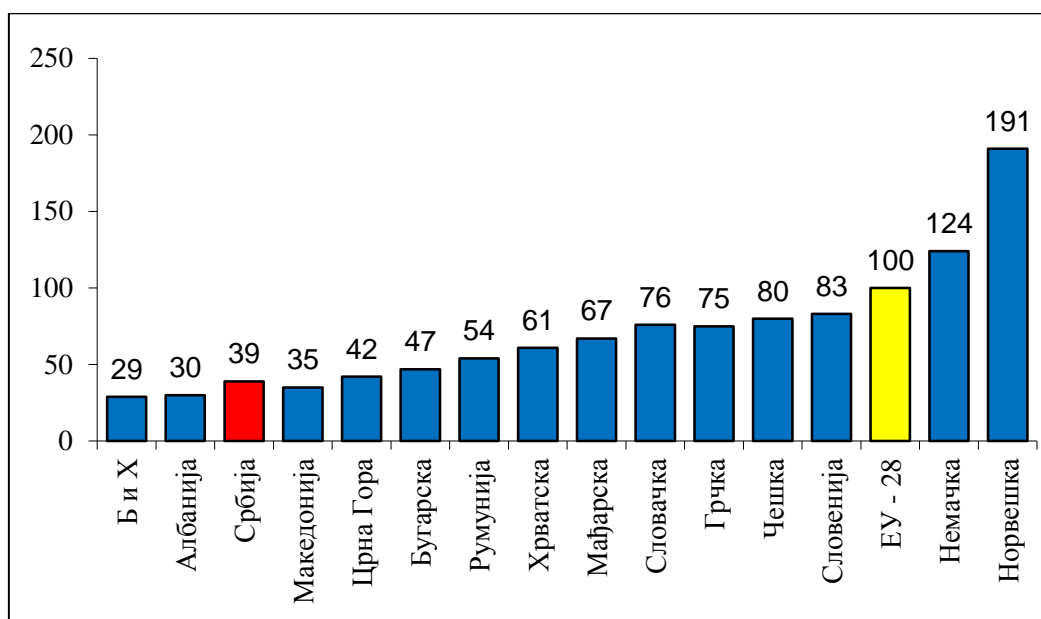


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

Након читаве деценије, са малим изузецима позитивних стопа раста, под утицајем светске економске кризе у 2009. години све земље Европе, изузев Пољске, забележиле су негативну стопу раста реалног бруто домаћег производа (просек Европске уније је -4,5%). Ове стопе раста у 2010. години поново постају позитивне (просек ЕУ 2,0%). У 2011. години, негативну стопу раста реалног бруто домаћег производа у Европи бележе само Грчка, Португал и Хрватска, док је просек Европске уније 1,6%. Међутим, 2012. године просечна стопа раста бруто домаћег производа 28 земаља Европске уније поново постаје негативна и износи -0,4%. У 2013. години ова стопа је благо позитивна 0,1%. Лошије перформансе стопе раста од Србије (поред просека ЕУ) у Европи су исказале практично све земље, са ретким изузецима као што су: Летонија, Румунија, Литванија, Исланд, Малта и Македонија.

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2013. години износи свега 39 индексних поена просека Европске уније. То представља повећање од 3 индексна поена у односу на 2009. годину, уз све ограде проистекле из промењене методологије његовог обрачуна (графикон 7).

Графикон 7. Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2013. (ЕУ-28 = 100)



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

Према извештају Светског економског форума за 2013. годину, Србија је рангирана на 95. позицији на листи од 144 земље, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 3,77. Овај композитни индекс конкурентност дефинише као скуп институција, политика и фактора који одређују ниво продуктивности једне земље и степен развоја који може бити остварен. У односу на претходну годину, вредност GCI је опала за 0,10, а до померања ранга Србије није дошло.

У односу на претходну годину дошло је првенствено до промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену макроекономског окружења забележен је пад у односу на извештај из претходне године. У домену здравства и основног образовања, као једном од 12 стубова конкурентности, дошло је до незнатног пораста вредности GCI са 5,73 у 2012. на 5,75 у 2013. години.

Према вредности GCI Србија се 2013. године нашла на идентичној позицији као и 2009. године (3,77). У 2010. години вредност GCI порасла је на 3,84, да би у 2011. наставила благи раст (3,88) и следеће 2012. године била 3,87. До опадања GCI дошло је

у највећој мери услед негативних очекивања привредника, која су и иначе кључна за формирање GCI.

Највећу вредност GCI од 5,67 у 2013. години забележила је Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земље из окружења Србија се налази иза свих: Албанија (3,85), Грчка (3,93), Босна и Херцеговина (4,02), Словачка (4,10), Румунија (4,13), Хрватска (4,13), Македонија (4,14), Црна Гора (4,20), Мађарска (4,25), Словенија (4,25), Бугарска (4,31), Чешка (4,43), Пољска (4,46).

Према званичним подацима Министарства финансија, јавни дуг на крају 2013. године износио је 20,1 милијарду евра, односно 63,8% БДП-а. Јавни дуг је тако знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему (45% БДП-а). Такође је неповољна и његова валутна структура, с обзиром да је око 80% дуга деноминовано у иностраној валути. Присутан је константни и изражени раст у току посматраног периода (2009. године ово учешће било је 34,7%). Дакле, изразито су неповољни не само висина, него и динамика јавног дуга. Према подацима ММФ-а, учешће јавног дуга у БДП-у на крају 2013. године је нешто веће и износи 65,7% (разлика се може објаснити и укључивањем дугова локалних самоуправа и доцњи, односно акумулираних неплаћених обавеза државе на свим нивоима власти). Овде је међутим неопходна једна методолошка напомена: наиме, приказани подаци морају се кориговати наниже када се доследно примени нова методологија националних рачуна SNA 2008/ESA 2010 (процењено учешће јавног дуга у БДП-у било би 58,66%).

Крајем 2013. године спољни дуг Србије износио је 25,8 милијарди евра, односно 80,8% БДП-а. Током године дошло је до успоравања његовог раста, тако да је повећан за 0,1 милијарду евра у односу на претходну годину, а његово учешће у БДП-у је смањено у односу на претходну годину. Међутим, с обзиром да је изнад границе од 80% која је критеријум Светске банке, и даље смо у области високе задужености, према овом основном индикатору екстерне солвентности. Важи иста методолошка напомена,

тако да је процењено учешће спољног дуга у БДП-у 75,3%, применом нове методологије националних рачуна.

Свакако да је на ово успоравање раста спољног дуга највећи утицај имао пад дефицита текућег рачуна платног биланса, са 10,0% БДП-а у 2012. години на 4,6% у 2013. години. Пад дефицита текућег рачуна платног биланса резултат је доминантно раста извоза, али и успореног раста увоза због пада домаће тражње. Извозна индустрија је 2013. године била покретач раста, а највећи допринос расту извоза дале су аутомобилска и нафтна индустрија. Стопа раста извоза је 25,8%, за разлику од негативне стопе на почетку посматраног периода 2009. године, односно 3,5% у претходној години. При томе стопа раста увоза износи 5,1%. На тај начин смањује се дефицит текућих трансакција.

Нето стране директне инвестиције у 2013. години су готово двоструко веће у поређењу са претходном годином, али су и даље релативно ниске и готово двоструко мање од дефицита текућег рачуна платног биланса.

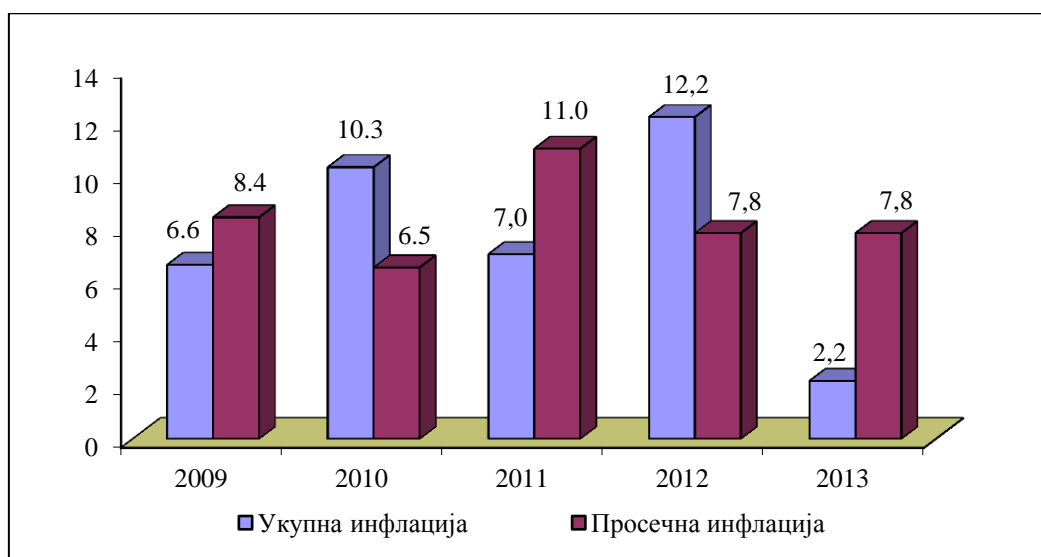
Током 2013. године инфлаторни притисци су били веома ниски, чему су допринеле адекватне мере монетарне политике, повољна пољопривредна сезона, ниска агрегатна тражња и релативно стабилан девизни курс. Основни дезинфлаторни фактор је ниска домаћа тражња, са својим негативним стопама раста од 2009. године. Курс динара према еврџу био је током 2013. године релативно стабилан. У првих пет месеци динар је јачао, да би крајем маја ослабио, а на нивоу целе године динар је номинално депресирао за 0,8%. Народна банка Србије је током 2013. године интервенисала на девизном тржишту у оба смера, и продајом и куповином евра (била је нето купац у износу од 180 милиона евра), како би смањила прекомерне краткорочне осцилације девизног курса, очувала ценовну и финансијску стабилност и одржала адекватни ниво девизних резерви. За привреду Србије карактеристична је висока финансијска евроизација. У таквим условима, изражене флукуације девизног курса утичу не само

на инфлацију, већ и на билансе реалног и јавног сектора због валутне неусклађености њихових обавеза и потраживања.

У посматраном петогодишњем периоду, 2009–2013. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз изражену осцилацију стопе инфлације. Умеренијем расту инфлације у односу на претходни петогодишњи период значајно су допринеле рестриктивна фискална и монетарна политика, као и кредитни аранжмани Србије са Међународним монетарним фондом. У складу са „Споразумом о циљању (таргетирању) инфлације”, којим су утврђени основни принципи сарадње и координације монетарне и фискалне политике, Влада РС и Народна банка Србије сачињавају „Меморандум о утврђивању циљане стопе инфлације”.

Инфлаторна кретања из претходног периода сасечена су током 2013. године да би, за разлику од претходне године, стопа укупне инфлације била знатно испод циљане инфлације ($4\% \pm 1,5\%$ до краја 2016. године). У 2013. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је свега 2,2%, што је за 10 процентних поена мање у односу на 2012. годину. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2013. години износио је 7,8% што је на нивоу претходне године (графикон 8).

Графикон 8. Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2009–2013.

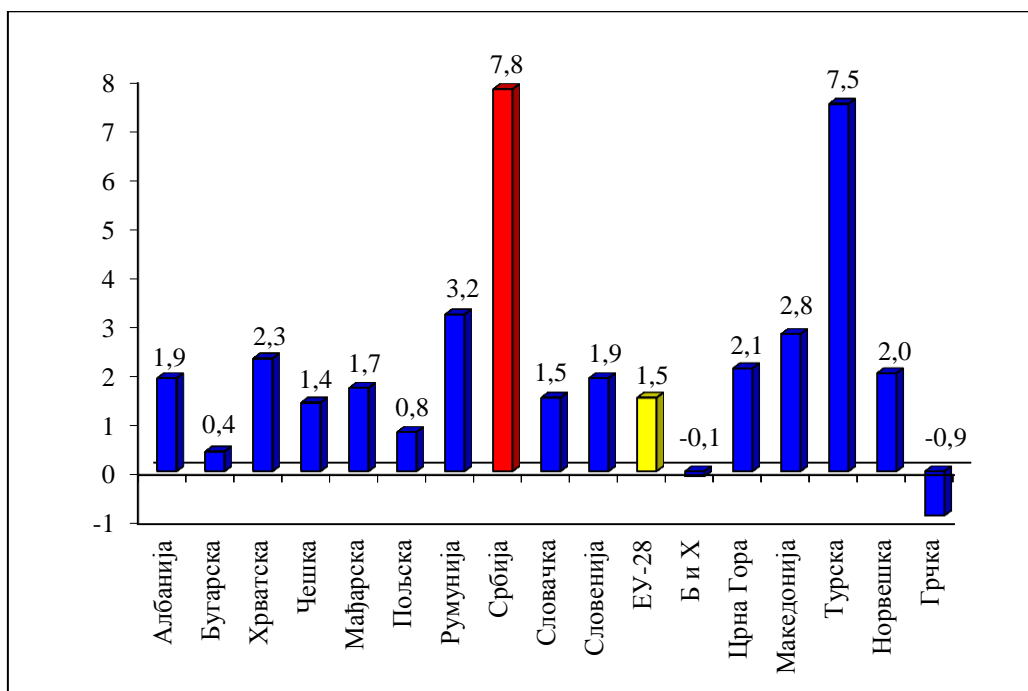


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (1,5%, што представља пад у односу на претходну 2012. годину за 1,1%). Међутим, постоје и значајне разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У односу на земље из окружења, Србија такође има знатно вишу стопу инфлације (графикон 9).

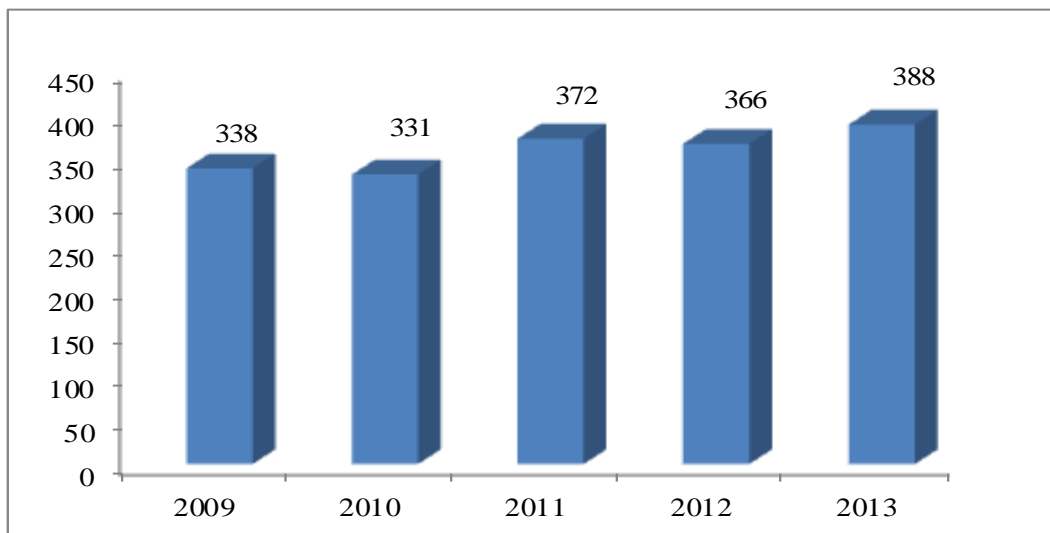
Графикон 9. Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2013.



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

У посматраном петогодишњем периоду (2009–2013), просечне нето зараде бележе пораст, од 338 евра у 2009. на 388 евра у 2013. години, уз осцилацију по годинама. Међутим, реална стопа раста је са 0,2% на почетку периода опала на -1,5% у 2013. години. Реална стопа раста нето зарада је само у претходној 2012. години прешла један проценат, када је износила 1,1%. Раст зарада је на тај начин следио рестриктивну фискалну политику Владе (која је укључила мере замрзавања плата у јавном сектору, као и пензија, што је обезбедило и смањење јавне потрошње). Реалне стопе раста пензија негативне су од 2010. године и у 2013. години ова стопа је -3,4%. У 2013. години просечна нето зарада у Србији износила је 43.932 динара, што је номинални пораст у динарима и индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 10). Просечна пензија износила је 23.378 динара, односно 53% просечне нето зараде што значи наставак тренда пада и опадање за један процентни поен у односу на претходну годину.

Графикон 10. Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2009–2013.



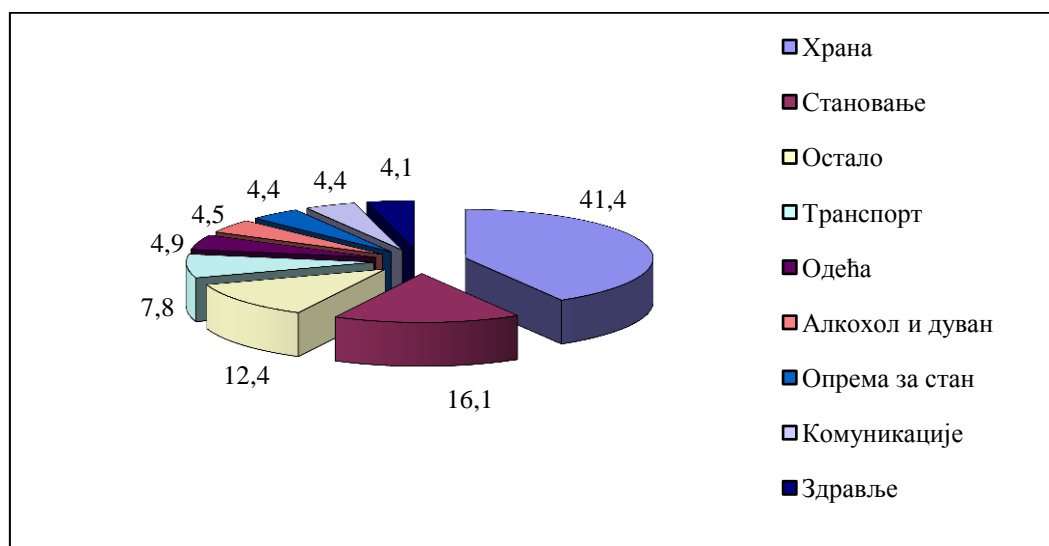
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У поређењу са земљама у региону зараде у Србији су међу нижима. У 2013. години у Србији је просечна месечна бруто зарада износила 713 US\$, а зараде мање од Србије имало је неколико земаља у региону: Бугарска – 543, Македонија – 670 и Румунија – 673 US\$. Насупрот томе, више зараде имале су: Босна и Херцеговина – 878, Црна Гора – 964, Мађарска – 1122, Словачка – 1287, Чешка – 1287, Хрватска – 1391, Грчка – 2047, Словенија – 2394 US\$.

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинстава, као и пензије као основни социјални трансфер становништву продукују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинстава, као и њену структуру по намени. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2013. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 52.819 динара (47.536 динара у 2012. години). У структури личне потрошње домаћинстава у 2013. години највеће учешће имају као и сваке године издаци за исхрану (41,4%), што представља пад њиховог учешћа у структури укупне личне потрошње за 2,8% у односу на претходну годину. Следе их трошкови становања (16,1%), који су се повећали за 1,2 процентна поена у односу на претходну годину. Издаци за транспорт, одећу, алкохол и дуван и

опрему за стан смањили су своје учешће у структури личне потрошње, док је учешће издатака за комуникације повећано. Расходи за здравље чине 4,1% укупне личне потрошње домаћинства, што је за 0,3 процентних поена веће учешће у односу на 2012. годину (графикон 11).

Графикон 11. Лична потрошња домаћинства у Србији (%), 2013.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

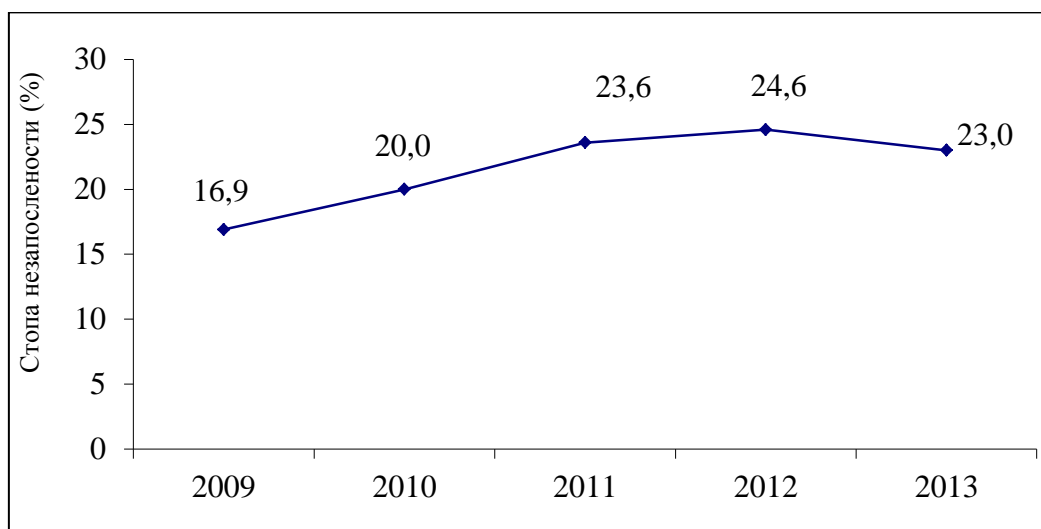
Негативна тенденција пада броја запослених, која је присутна у читавом посматраном периоду, прекида се тек 2013. године, када је укупан број запослених према Анкети о радној снази 2.310.718 лица. Од тог броја формално запослених је 1.715.164, што представља пад у односу на 2012. годину. Формална запосленост је у паду у читавом посматраном периоду. Остатак до укупног броја запослених чине неформално запослени, односно лица која раде „на црно”. Рад „на црно” обухвата запослене у нерегистрованој фирми, запослене у регистрованој фирми, али без формалног уговора о раду и без социјалног и пензионог осигурања, и неплаћене помажуће чланове домаћинства. У периоду 2009–2013. година стопа запослености осцилира, смањивши се са 41,2% (2009. године) на 37,7% становништва старости 15 и више година у 2013. години. Стопа запослености становништва радног узраста (15–64) године износи 47,5% у 2013. години.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у становништву старости 15 и више година такође осцилира у посматраном периоду, па је тако у 2009. години износила 49,1%, да би уз присутно колебање у 2013. години била 48,4%. Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у укупном становништву радног узраста (15–64 године) износи у 2013. години 61,6%.

Стопа незапослености, као базични индикатор тржишта рада, у континуираном је порасту у посматраном периоду (графикон 12), све до последње посматране године, када опада на 23%, што је и даље знатно више у односу на почетну 2009. годину. У 2012. години стопа незапослености становништва радног узраста достигла је највиши ниво од 24,6%. Незапосленост у Србији је знатно виша у односу на просек Европске уније (10,8%) и у односу на већину земаља у окружењу (графикон 13). Укупан број незапослених у 2013. години повећан је тако на 656.120 лица, односно 655.045 лица радног узраста. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво

радног узраста и износи 24,6%. Стопа незапослености је највећа код најмлађе старосне групе (15–24 године) где, изражена као процентуално учешће незапослених младих у активном становништву посматране старосне групе, износи 49,4%, што је такође благо смањење у односу на претходну годину.

Графикон 12. Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2009–2013.



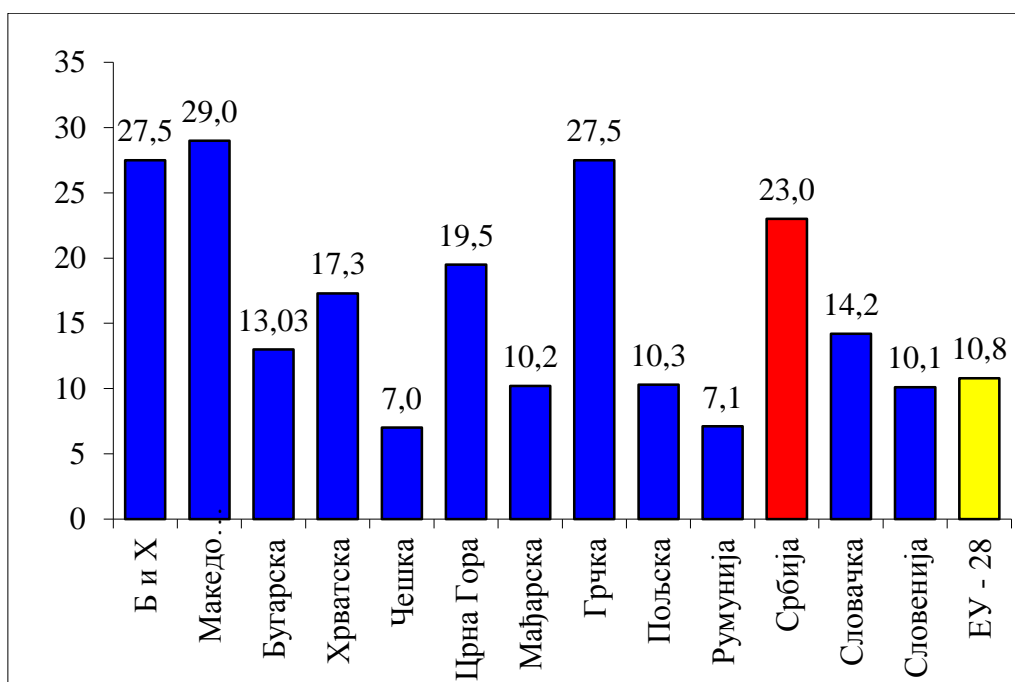
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2013. години, кроз њене три димензије:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста, која износи 17,4%. То је пад у односу на претходну годину (за 1,8 процентних поена), али и даље указује на висок степен социјалне искључености.
2. Учешће дугорочне незапослености у укупној смањило се за два процентна поена у односу на претходну годину, али је и даље на изузетно високом нивоу и износи 76%.

3. Укупна стопа веома дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 24 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста је чак 13,1%, што је ипак смањење у односу на претходну годину, за 1,7 процентних поена. Ова стопа далеко је важнија од стопе укупне незапослености, са социјалног и психолошког аспекта, јер указује на ризик од западања у стање безизлазности и обесхрабрености за даље тражење запослења и ситуације социјалне искључености.

Графикон 13. Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2013.



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

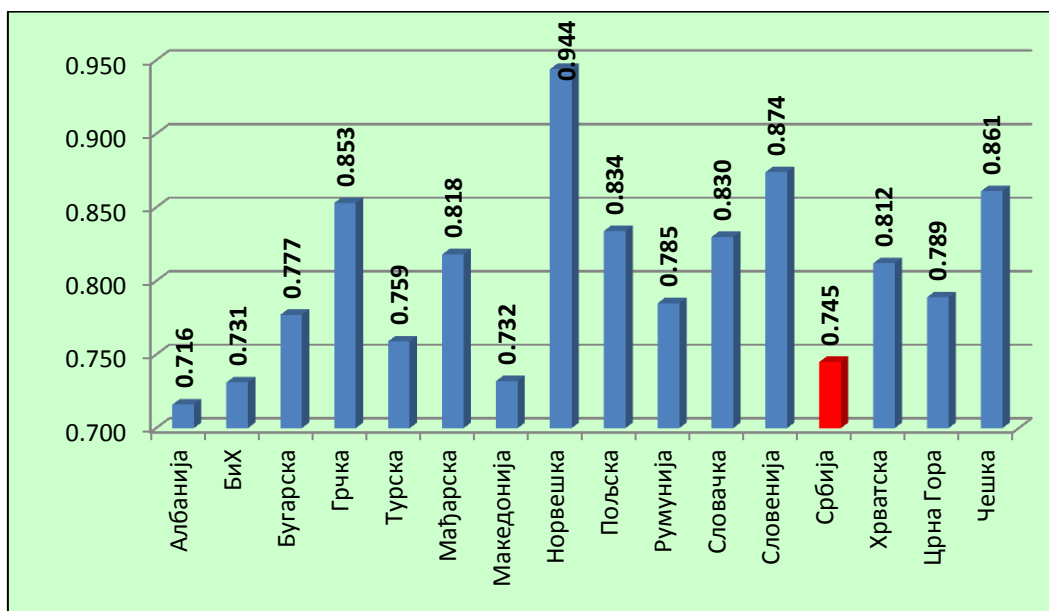
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја. Индекс хуманог развоја (HDI) је сложени показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја и изражава просечна достигнућа земље у домену здравља, образовања и животног стандарда – мереног величином бруто националног дохотка по

становнику по куповној моћи (распон индекса је 0 до 1, а вредности ближе јединици показују виши квалитет живота). У посматраном временском периоду он је у благом порасту у Србији, да би у 2013. години износио 0,745.

Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI индекса су следеће: очекивани животни век 74,1 година (здравствени индекс 0,832), просечна дужина школовања 9,5 година и очекивана дужина школовања 13,6 година (образовни индекс 0,756) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 11.301 (доходни индекс 0,714).

Према вредности индекса хуманог развоја Србија је на 77. месту у свету, што је пад за пет места у односу на почетак посматраног периода. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља, што је резултат, пре свега, релативно ниске вредности доходног подиндекса (графикон 14).

Графикон 14. Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2013.



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

Према подацима Анкете о приходима и условима живота, стопа ризика сиромаштва (учешће лица чији је доходак по потрошачкој јединици мањи од 60% медијане еквивалентног дохотка у укупној популацији) у Србији је у 2012. години била

24,6%, што је највиша стопа у поређењу са земљама Европске уније. Посматрано у односу на 2010. годину (према подацима Анкете о потрошњи домаћинстава), дошло је до раста стопе ризика сиромаштва. При томе, потребно је напоменути да, у поређењу са земљама Европске уније (изузев Румуније), Србија има најнижи праг ризика од сиромаштва или релативну линију сиромаштва (израчунава се као 60% медијане еквивалентног дохотка). Када се изрази у PPS праг ризика сиромаштва за једночлано домаћинство износи 227 евра на месечном нивоу. Низак интензитет рада има стопу од 13,6%. Стопа материјалне депривације, која се односи на неспособност појединаца или домаћинстава да задовоље потребе и приуште добра која се у њиховом друштву сматрају типичним, у Србији је у 2012. години износила 44,3% (у ЕУ је била 19,7%), а изразите материјалне депривација 26,8% (у ЕУ је била 9,9%).

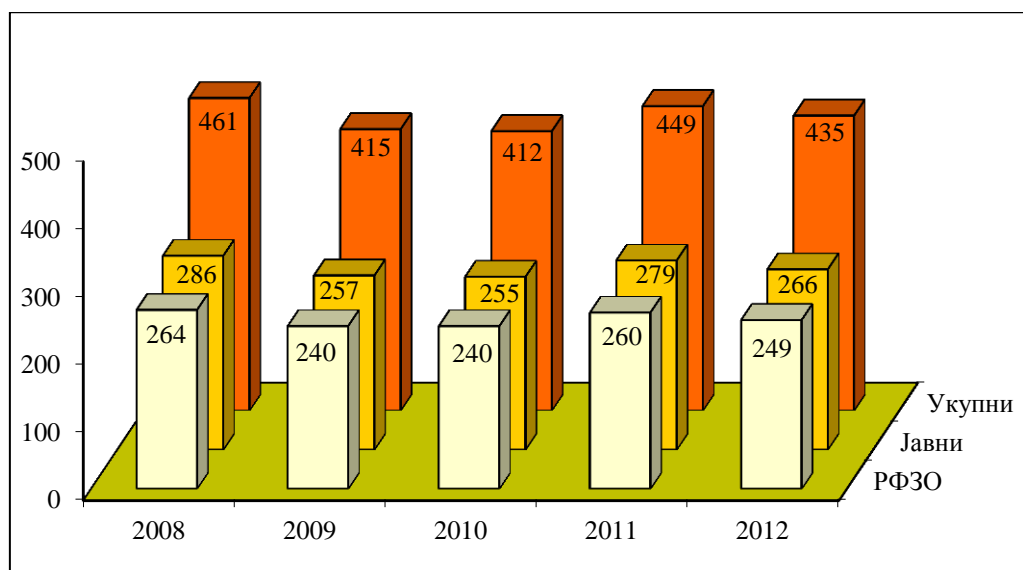
Ризик сиромаштва или социјалне искључености интегрише сва три фактора ризика: стопу ризика сиромаштва, низак интензитет рада и изразиту материјалну депривацију и њему је изложено 42,1%, односно три милиона становника Србије у 2012. години. Та вредност је знатно изнад просека земаља чланица Европске уније (24,8%), док вишу вредност имају само Бугарска и Румунија. Посматрано према старосним групама, ризику сиромаштва највише су изложена деца до 18 година старости и млади (18–24 године).

Подаци Анкете о потрошњи домаћинстава показују да је након значајног раста стопе апсолутног сиромаштва у 2012. у односу на 2011. годину (са 6,8% на 8,8%), у 2013. години дошло до незнатног смањења ове стопе, тако да она износи 8,6%.

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2008–2012. година, како у свом укупном износу, тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког фонда за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту. Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз релативно стабилно

учешће у бруто домаћем производу. У 2009. години, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, негативне стопе раста бруто домаћег производа, а израженијег пада курса динара према еврџу, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Расходи за здравствену заштиту у 2010. години у Србији стабилизују се на достигнутом нивоу. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији поново расту. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2012. години задржавају стопу раста из претходне године и већи су за седам процената. Међутим, индексирано у еврима, они су у опадању и износе 435 евра по становнику (графикон 15). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су 249 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту износили у 2012. години 266 евра по становнику. Приватни расходи за здравствену заштиту имају у посматраном периоду вишу стопу раста од осталих, али је она у 2009. години успорена, тако да су у 2010. години такође стабилизовали на достигнутом нивоу, да би у 2011. години порасли на 170 евра по становнику и у 2012. години практично се задржали на достигнутом нивоу са 169 евра по становнику.

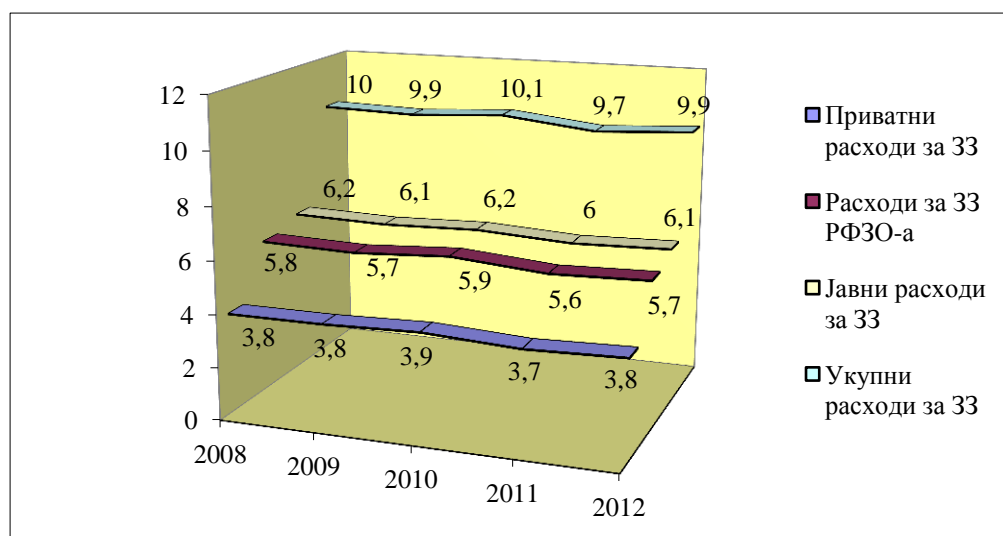
Графикон 15. Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2008–2012.



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

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу благо осцилира у посматраном периоду: од 10% у 2008. години, 9,9% у 2009. години, 10,1% у 2010. години, да би у 2011. години имало значајнији пад на 9,7%. У последњој посматраној години ово учешће повећава се на 9,9% (графикон 16). Учешће приватних расхода за здравствену заштиту карактерише износ од 3,8% БДП у посматраном периоду, изузев благог раста у 2010. години и благог пада у 2011. години за 0,1 процентни поен. Учешће расхода за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП креће се од 5,8% у 2008. години, до 5,7% у 2012. години, са кретањем које је карактеристично за кретање укупних расхода за здравствену заштиту. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6,1% у 2012. години, уз сличну динамику у посматраном периоду.

Графикон 16. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2008–2012.

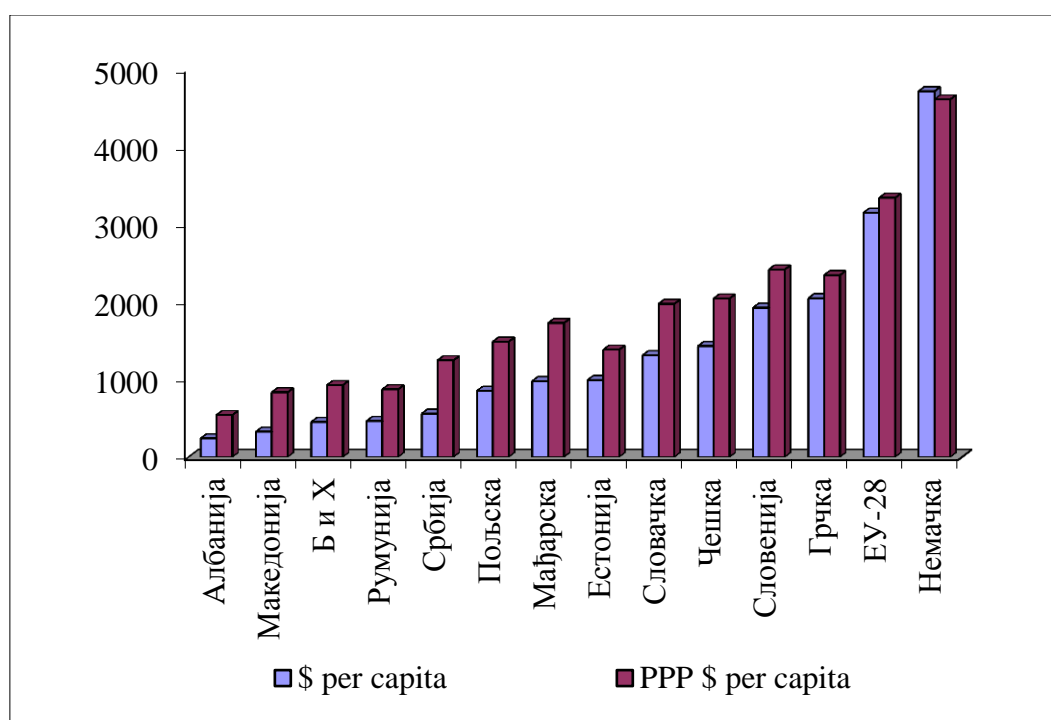


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 9,9% изнад просека Европске уније за 0,3 процентна поена у 2012. години) и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља. Заправо, већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат од БДП-а, у Европи има свега неколико земаља: Аустрија, Белгија, Данска,

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

Графикон 17. Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику и у доларима по куповној моћи по становнику, Србија, ЕУ-28 и изабране европске земље, 2012.



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

1.3 Животна средина и здравље

1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће

У Републици Србији је у 2013. години у 25 области укупно контролисан 1331 јавни водовод и водни објекат. Од укупног броја, контролисано је 154 јавних водовода градских насеља, 634 јавних водовода сеоских насеља и 543 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката, на физичко-хемијску исправност укупно је контролисано 76.758 узорака воде за пиће од којих је 14.478 или 18,86% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 81.360 узорака воде од којих је 7124 или 8,75% било неисправно.

У 2013. на територији Републике Србије у 25 области укупно су контролисана 154 јавна водовода градских насеља и то 112 у централној Србији и 42 у Војводини.

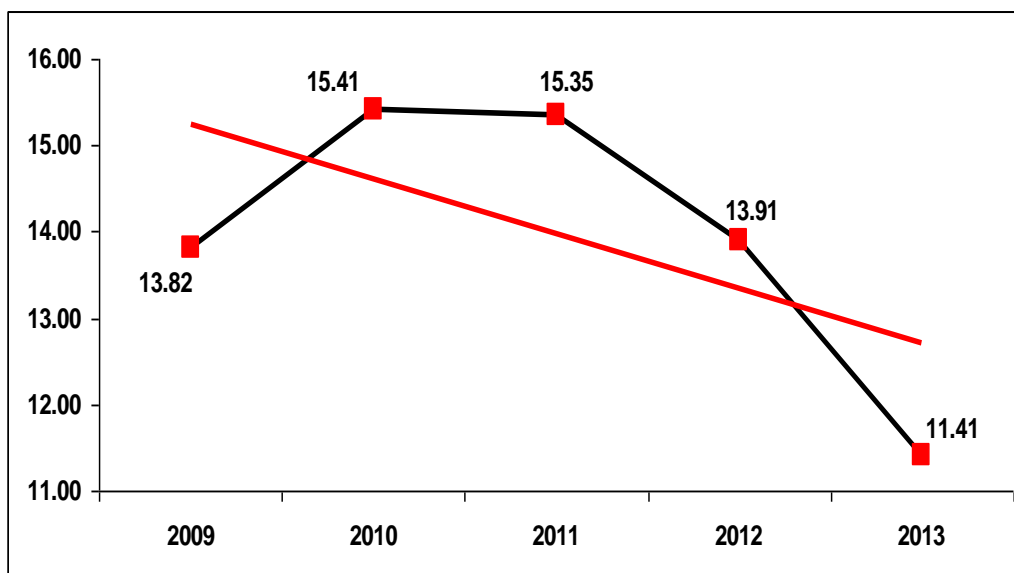
На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 60.441 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6897 или 11,41% било неисправно.

Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања физичко-хемијске исправности, за период од 2009. до 2013. године, износила је 13,98%. У наведеном периоду, физичко-хемијска неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 11,41% до 15,41% показујући благи тренд пада што указује на пораст физичко-хемијски исправних узорака воде за пиће (графикон 18).

У 2013. години на микробиолошку исправност је испитан 63.031 узорак воде за пиће из јавних водовода градских насеља, а од тог броја 2467 или 3,91% су били неисправни. Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања микробиолошке исправности, за период од 2009. до 2013. године је износила 4,29%.

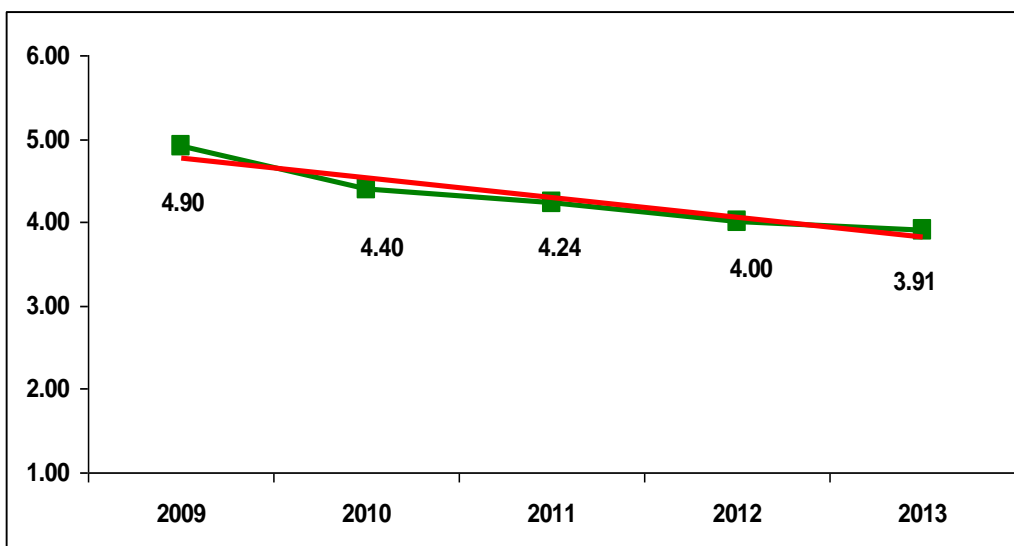
У наведеном периоду, микробиолошка неисправност контролираних узорка воде за пиће се кретала у распону од 3,91% до 4,90% са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорка воде за пиће (графикон 19).

Графикон 18. Процент физичко-хемијски неисправних узорка воде за пиће јавних водовода градских насеља, Србија, 2009–2013.



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

Графикон 19. Процент микробиолошки неисправних узорка воде за пиће из јавних водовода градских насеља, Србија, 2009–2013.



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

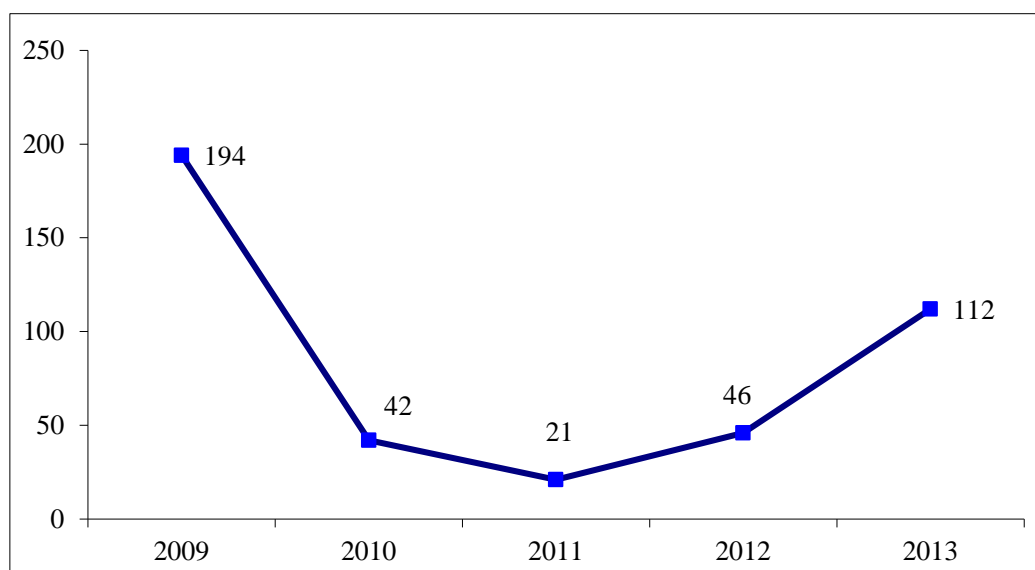
Најчешћи параметри физичко-хемијске неисправности су повећана мутноћа и боја, повишене концентрације гвожђа, мангана, амонијака, нитрата, нитрита, као и

повећан утршак калијум-перманганата, док су најчешћи узрочници микробиолошке неисправности повећан број аеробних мезофилних и укупних колиформних бактерија.

У 2013. години у Републици Србији регистроване су три хидричне епидемије са 112 оболелих особа. Епидемије су последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из једног градског и два сеоска јавна водовода.

Хидричне епидемије у протеклом петогодишњем периоду су настале као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из јавних водовода градских и сеоских насеља који су били ван здравствене контроле или нису редовно контролисани.

Графикон 20. Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2009–2013.



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

1.3.2 Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе

Прикупљање података о здравственој исправности намирница контролираних у мрежи института и завода за јавно здравље се до 2009. године обављало на основу Закона о здравственој исправности животних намирница и предмета опште употребе („Сл. лист СФРЈ”, бр. 53/1991).

Од јуна 2009. године област безбедности хране у Републици Србији уређује Закон о безбедности хране („Сл. гласник РС”, бр. 41/2009), због чега је било потребно да се прикупљање података о здравственој исправности намирница усклади са одредбама члана 12. тачка 5. наведеног Закона. Сходно томе се од 2010. године на територији Републике Србије прикупљају подаци о здравственој исправности за 13 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 – дијетески суплементи, соли за људску исхрану и производњу намирница, адитиви, ароме, ензимски препарати за прехранбене производе, помоћна средства у производњи прехранбених производа) и три групе флашираних вода (природне минералне воде, природне изворске воде и стоне воде), по методу прописаном од стране Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”.

Имајући у виду да је након ступања на снагу Закона о безбедности хране донето и неколико нових подзаконских аката који се односе на намирнице из члана 12. тачка 5. Закона, метод прикупљања података је у периоду од 2010. до 2013. године додатно усклађиван и са променама подзаконске регулативе. Отуда је у анализи података о здравственој исправности 13 група намирница обухваћен период од 2010. до 2013. године. У мрежи института и завода за јавно здравље Републике Србије се у периоду од 2010. до 2013. године бележи пораст контроле намирница на микробиолошку и физичко-хемијску исправност. Обим контроле микробиолошке исправности намирница

домаћег порекла у 2013. години већи је у односу на 2010. годину за 9,28%, а физичко-хемијске за 21,09%. Обим контроле микробиолошке и физичко-хемијске исправности намирница пореклом из увоза током наведеног периода био је уједначен.

Табела 3. Број контролисаних и неисправних узорака намирница према врсти прегледа, Србија, 2010–2013.

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број контролисаних узорака		Број контролисаних узорака		Број контролисаних узорака	
	Микро-биолошки преглед	Физичко-хемијски преглед	Микро-биолошки преглед	Физичко-хемијски преглед	Микро-биолошки преглед	Физичко-хемијски преглед
2010.	1622	1781	3691	4102	5313	5883
2011.	1264	1237	3912	4239	5176	5476
2012.	1480	1587	3970	4483	5450	6070
2013.	1788	2257	3657	4170	5445	6427
Index 10/11	77,93	69,46	105,99	103,34	97,42	93,08
Index 11/12	117,09	128,29	101,48	105,76	105,29	110,85
Index 12/13	120,81	142,22	92,12	93,02	99,91	105,88

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

Табела 4. Број контролисаних и неисправних узорака намирница према врсти прегледа, Србија, 2010–2013.

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла						Намирнице пореклом из увоза					
	Микробиолошки преглед			Физичко-хемијски преглед			Микробиолошки преглед			Физичко-хемијски преглед		
	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака	Број контролисаних узорака	Број неисправних узорака	% неисправних узорака
2010.	1622	30	1,85	1781	74	4,15	3691	19	0,51	4102	95	2,32
2011.	1264	36	2,85	1237	126	10,19	3912	13	0,33	4239	169	3,99
2012.	1480	15	1,01	1587	67	4,22	3970	15	0,38	4483	175	3,90
2013.	1788	20	1,12	2257	36	1,60	3657	10	0,27	4170	66	1,58

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

Тренд кретања неисправности узорака намирница указује пад опште физичко-хемијске неисправности и домаћих производа и производа пореклом из увоза.

Графикон 21. Процент микробиолошки неисправних узорака намирница домаћег порекла, Србија, 2010–2013.



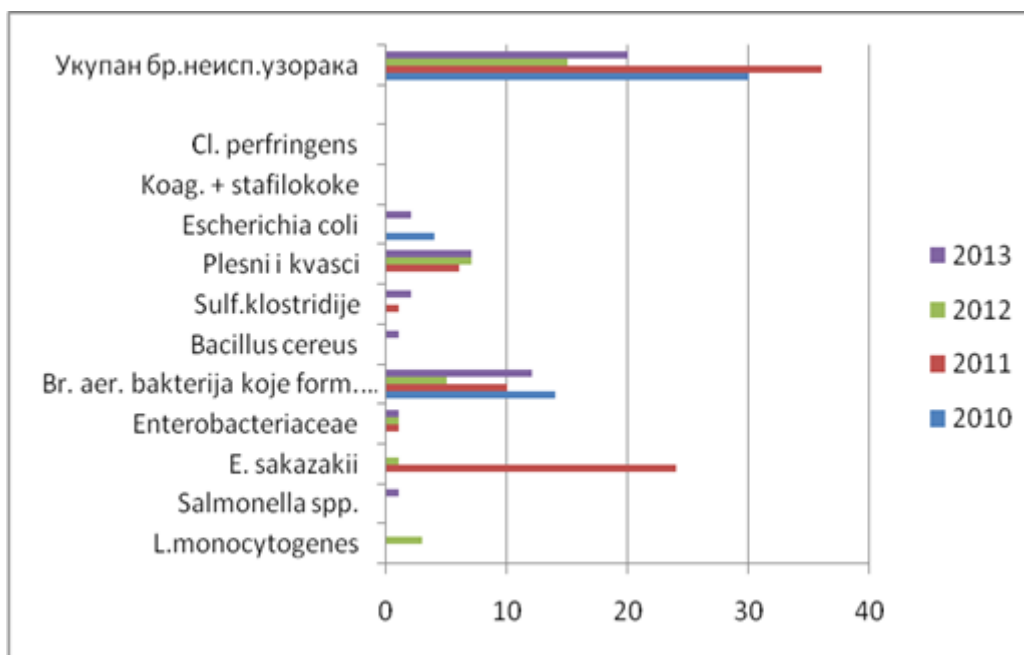
Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

Графикон 22. Процент физичко-хемијски неисправних узорака намирница пореклом из увоза, Србија, 2010–2013.



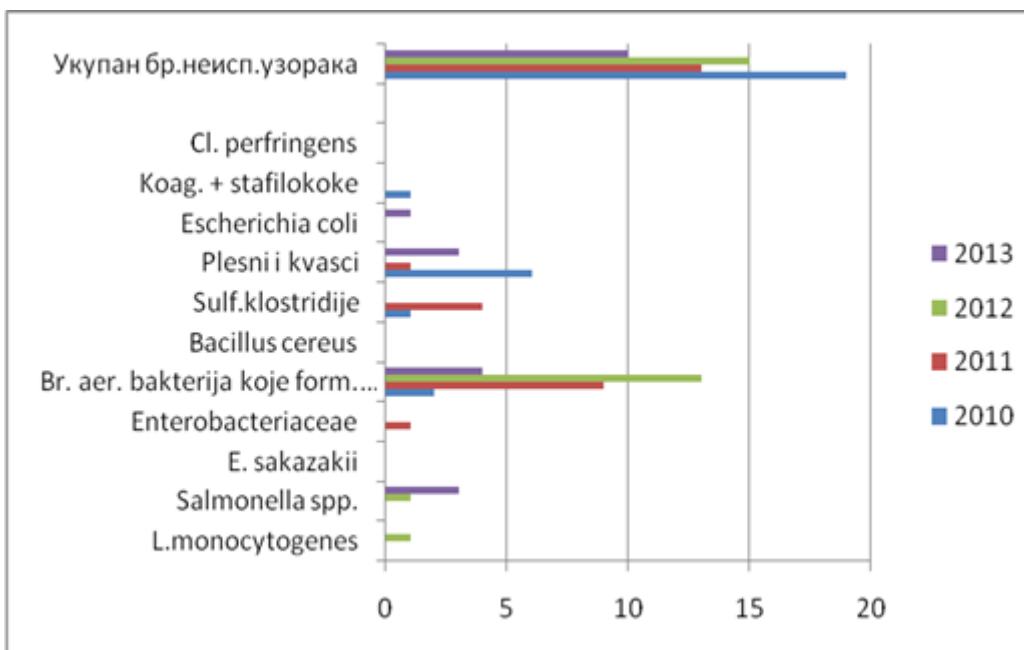
Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

Графикон 23. Најчешћи узроци микробиолошке неисправности намирница домаћег порекла, Србија, 2010–2013.



Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

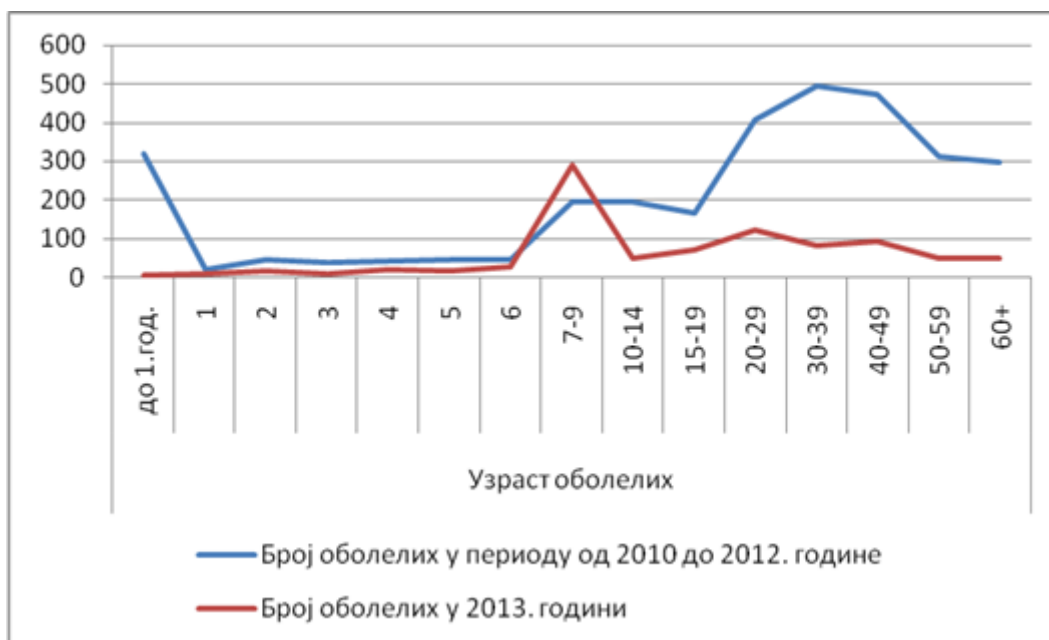
Графикон 24. Најчешћи узроци микробиолошке неисправности намирница пореклом из увоза, Србија, 2010–2013.



Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Извештаји о здравственој исправности намирница

У 2013. години регистровано је 114 епидемија са алиментарним путем ширења, у којима је оболело 947 особа, а хоспитализовано 248 (графикон 25).

Графикон 25. Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења, Србија, 2013.



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

Период од 2010. до 2013. године карактерише тренд смањења опште физичко-хемијске неисправности намирница односно неисправности у погледу садржаја нитрата, нитрита, адитива, пестицида, микотоксина, кадмијума, арсена, неправилности у декларацији, органолептичких својстава, састава и садржаја радионуклида. Са друге стране, наведени период обележио је благи пораст неисправности намирница услед садржаја олова и живе изнад дозвољених граница.

Процент физичко-хемијски неисправних узорака намирница због налаза олова у посматраном периоду био је најмањи 2012. године (0,09% од укупног броја контролисаних узорака), а највећи 2013. године (0,24% од укупног броја контролисаних узорака).

Процент физичко-хемијски неисправних узорака намирница због налаза живе у посматраном периоду био је најмањи такође 2012. године (0,02% од укупног броја контролисаних узорака), а највећи 2013. године (0,14% од укупног броја контролисаних узорака).

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 2 мреже мерних станица. Прва је Државна мрежа аутоматских мерних станица (40) постављених од стране Агенције за животну средину Србије. Вредности индикатора за 2013. годину показују:

Сумпор-диоксид је током 2013. године праћен у 32 насеља на 83 мерна места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2013. години била су Палић, Суботица и Чачак, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били Бор, Елемир и Зрењанин. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2012. годину забележен је у Београду, Бору, Грабовцу, Елемиру, Звечану, Зрењанину, Ивањици, Кикинди, Косовској Митровици, Крагујевцу, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Пироту, Прибоју, Сенти, Суботици и Чачку, док је у Врању, Јагодини, Костолцу, Лазаревцу, Новом Саду, Њуприји и Ужицу загађеност била већа него претходне године.

Чађ је током 2013. године праћена у 30 насеља на 80 мерних места. Најмање загађена урбана целина у 2013. је била Кикинда. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Лесковац и Ужице. Пад загађености ваздуха димом у односу на

претходну 2013. годину забележен је у Београду, Ваљеву, Врању, Елемиру, Зрењанину, Ивањици, Јагодина, Кикинди, Крушевцу, Палићу, Панчеву, Прибоју, Смедереву, Ужицу и Чачку, док је у Бору, Грабовцу, Звечану, Лесковцу, Нишу, Новом Саду и Пироту забележен пораст загађења.

Таложне материје су током 2013. године праћене у 26 насеља на 57 мерних места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2013. била су Ћуприја и Бор.

Специфичне загађујуће супстанције током 2013. године праћене су у 34 насеља на 85 мерних места. Неорганске загађујуће материје праћене су у Београду, Бору, Ваљеву, Великим Црљенима, Грабовцу, Елемиру, Звечану, Зрењанину, Ивањици, Јагодина, Кикинди, Косовској Митровици, Костолцу, Крагујевцу, Краљеву, Лазаревцу, Лесковцу, Нишу, Новом Саду, Палићу, Панчеву, Прибоју, Сенти, Смедереву, Суботици, Ћуприји, Ужицу, Чачку и Шапцу.

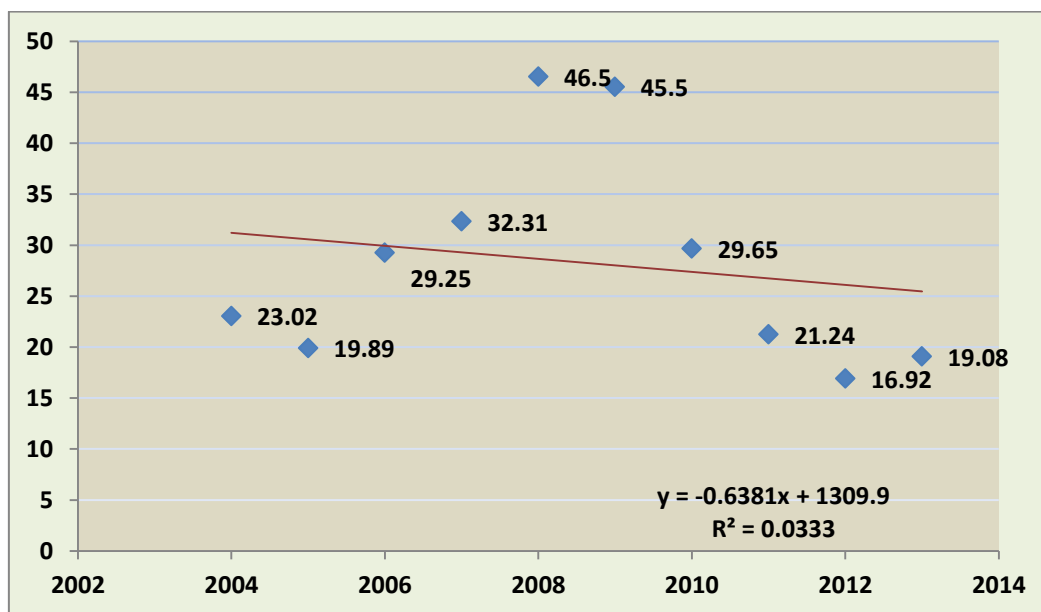
Средња годишња вредност имисије (ГВИ) азот-диоксида је само у Смедереву прешла дозвољену средњу годишњу граничну вредност имисије за насељена места од $40,0\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Средња годишња вредност имисије суспендованих честица је само у Ужицу прелазила ГВ од $70,0\mu\text{g}/\text{m}^3$ за насељена места.

Резултати мерења загађености ваздуха супстанцијама пореклом од издувних гасова моторних возила током 2013. године достављени су само за Београд и Нови Сад. Вредности имисије угљен-моноксида праћене су у Београду (на 17 мерних места) и Новом Саду (на 15 мерних места). За разлику од вредности за овај показатељ, које су измерене у 2012. години, када су на 15/16 мерних места у Београду прелезиле дозвољену средњу годишњу вредност од $3,0\text{mg}/\text{m}^3$, у години 2013. ово је забележено на знатно мањем броју раскрсница, то јест на 5/17.

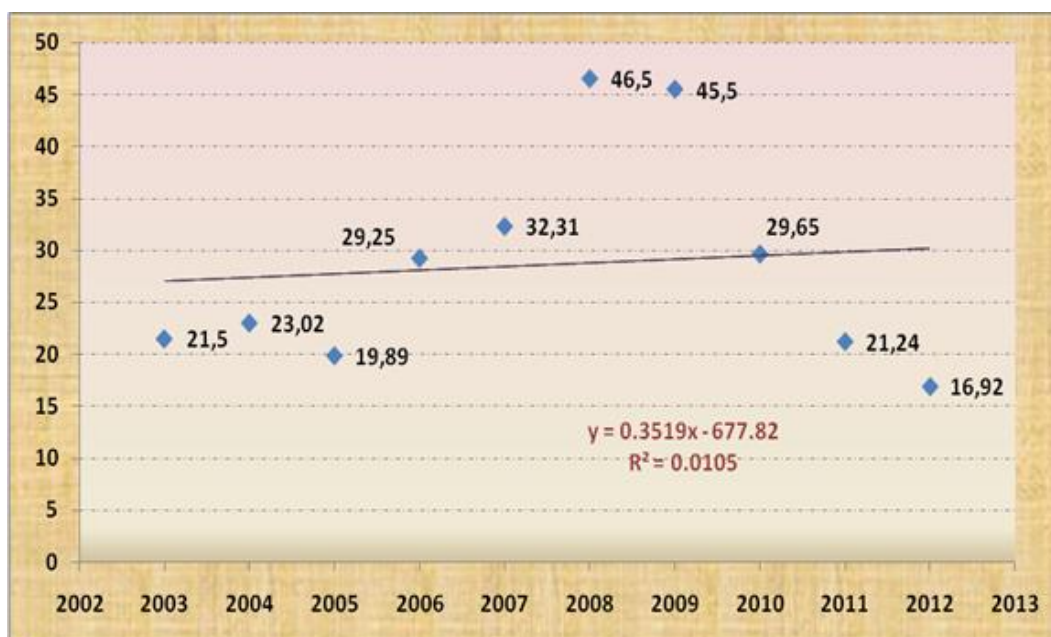
Опадајући тренд загађења амбијенталног ваздуха сумпор-диоксидом, у Београду, може бити узрокован коришћењем све мање кућних ложишта у урбаним деловима града, то јест све динамичнијим ширењем мреже корисника топлана на природни гас, који, од свих енергената, сагоревањем ослобађа најмање концентрације овог једињења.

Графикон 27. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2004–2013.



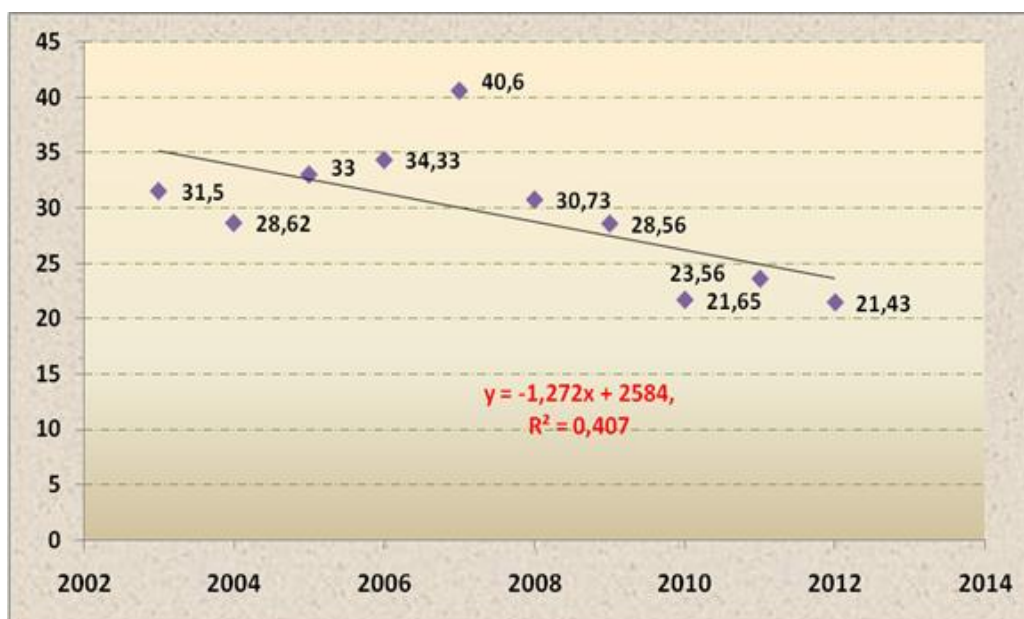
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 28. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2004–2013.



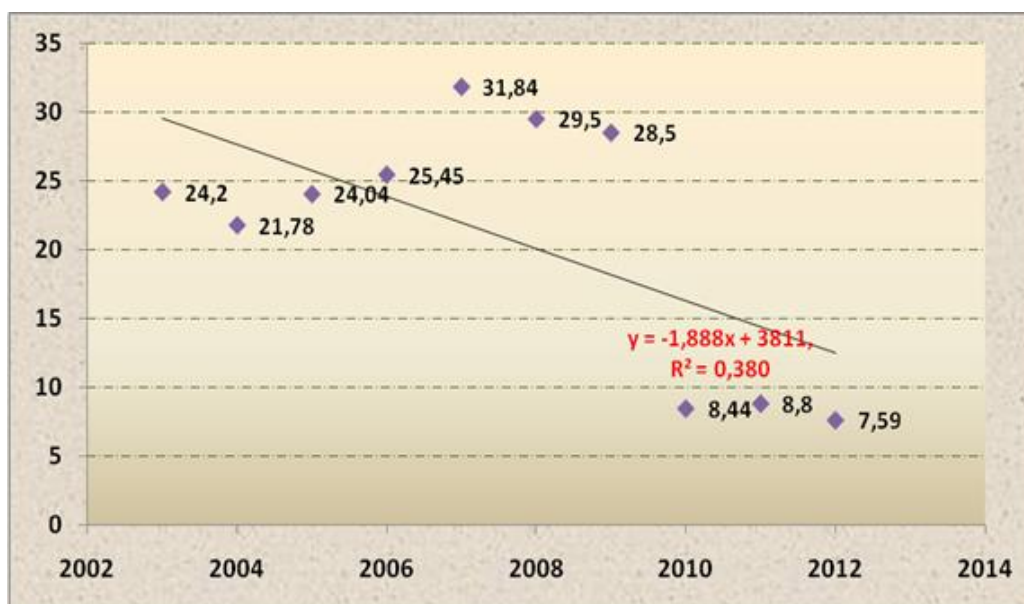
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 29. Загађење ваздуха димом (чађ), Београд, 2004–2013.



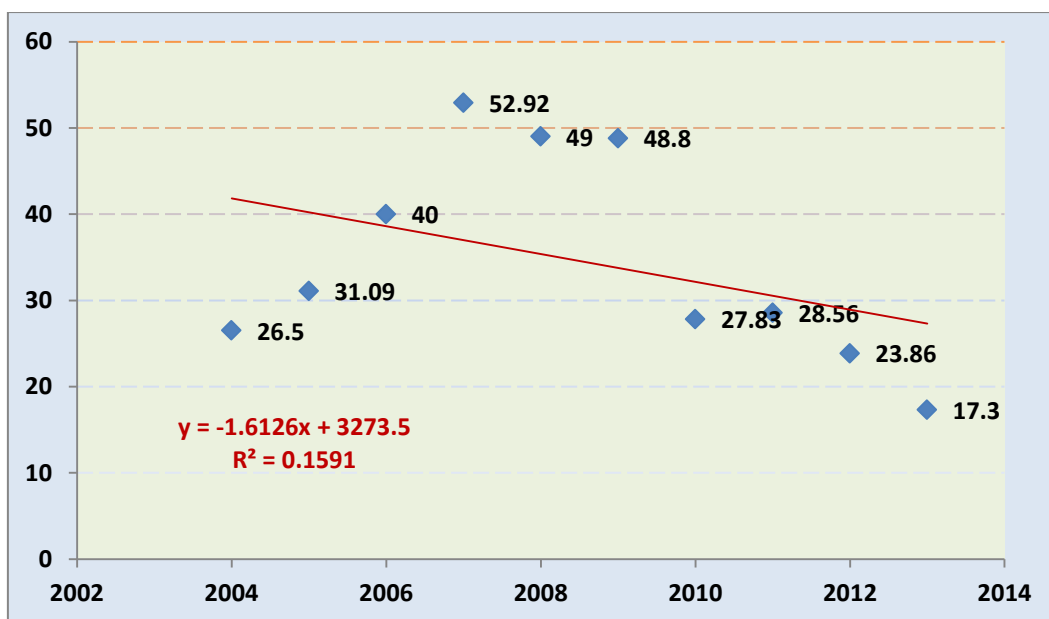
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 30. Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2004–2013.



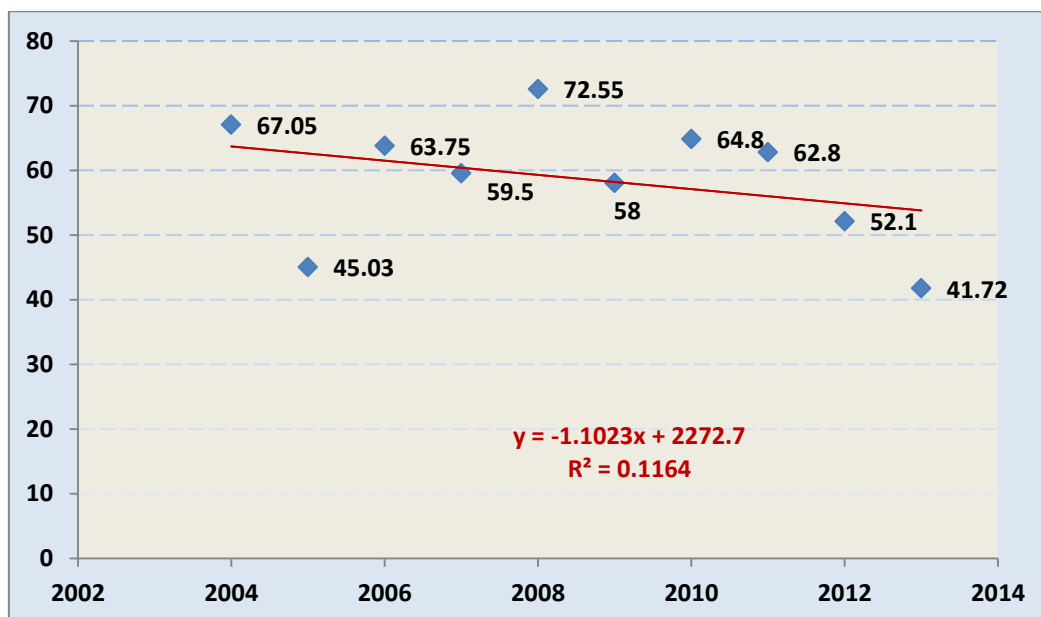
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 31. Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2004–2013.



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

Графикон 32. Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2004–2013.



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

Смедерево: Специфичност тренда загађења димом у овом граду одраз је развоја глобалне економске кризе, почев од 2008. године, и смањене потражње за челиком. У

том смислу, смањење производње у железари је директно пропорционално смањењу концентрација дима у амбијенталном ваздуху.

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

2. УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

2.1 Смртност становништва

У Србији је 2013. године стопа умрлих (општи морталитет) износила 14,0 на 1000 становника. Општа смртност становништва је значајан, али не и прецизан здравствени индикатор. У претходној деценији она је у нашој земљи била у порасту услед израженог процеса старења популације и следствено томе, доминантне патологије везане за старење. У односу на 2012. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1422,4 на 100.000 становника, у 2013. години стопа смртности је порасла на 1400,0 на 100.000 становника (табела 5).

Табела 5. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00- Т98), Србија, 2009–2013.

Стопа морталитета	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Општа	1420,6	1415,5	1418,1	1422,4	1400,0
Стандардизована*	607,1	595,5	586,4	567,6	551,4

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 2009. до 2013. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ-10: I00-I99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ-10: S00-T98), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ-10: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ-10: J40-J47), смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, малигни тумори (МКБ-10:C00-C97) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 6).

Табела 6. Водећи узроци умирања, Србија, 2009. и 2013. година

Групе узрока смрти (МКБ-10)	Процент (%)	
	2009.	2013.
Болести система крвотока (I00-I99)	54,8	53,2
Малигни тумори (C00-C97)	20,2	21,0
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	5,1	4,4
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,7	2,6
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,6	3,2
Остали узроци	13,6	15,6
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. Готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ X: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ X:C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ X: S00-T98), дијабетеса (МКБ X: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ X: 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 2013. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 24.505 мушкараца (45,9%) и 28.862 жена (54,1%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2009. до 2013. године износила је 765,1 на 100.000 становника (табела 7). У односу на 2012. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 763,6 на 100.000 становника, у 2013. години стопа смртности је опала на 744,9 на 100.000 становника.

Табела 7. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2009–2013.

Стопа морталитета	2009.	2010.	2011	2012	2013
Општа	777,9	774,2	764,8	763,6	744,9
Стандардизована*	285,9	279,1	270,7	261,2	250,4

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

* на популацију света

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

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

Од овог синдрома 2013. године у Србији је умрло 5496 особа. Морталитет од АКС у Србији износио је 76,7 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 11 милиона и умре седам милиона људи. Исти извор процењује да ће се број новооболелих и умрлих до 2020. године удвостручити, при чему ће 2/3 оболелих потицати из земаља у развоју.

Последњих неколико деценија уочен је континуирани пораст у умирању од малигнух тумора. Стопа морталитета од малигнух болести повећала се у последњих пет година са 287,3 у 2009. години, на 294,4 на 100.000 становника у 2013. години. У односу на 2012. годину када је смртност од рака износила 295,4 на 100.000 становника, у 2013. години стопа смртности се смањила на 294,4 на 100.000 становника (табела 8).

Табела 8. Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ-10: С00-С97) на 100.000 становника, Србија, 2009–2013.

Стопа морталитета	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Општа	287,3	289,9	289,4	295,4	294,4
Стандардизована*	141,9	142,6	141,0	137,6	135,2

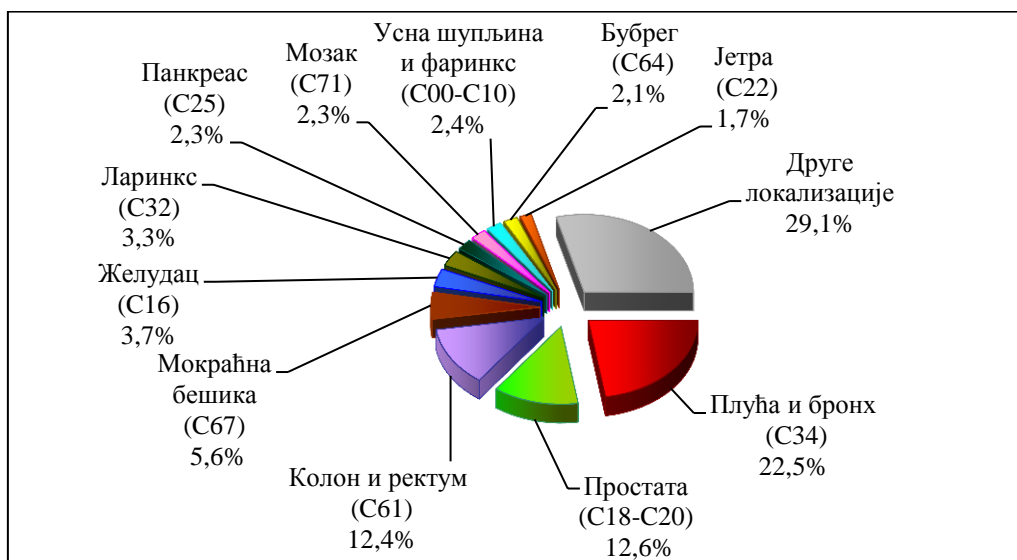
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2012. години, оболело је 26.218 особа од малигнух тумора (13.860 мушкараца и 12.358 жена), а 15.231 особа (8694 особа мушког пола и 6537 особа женског пола) је умрла од рака.

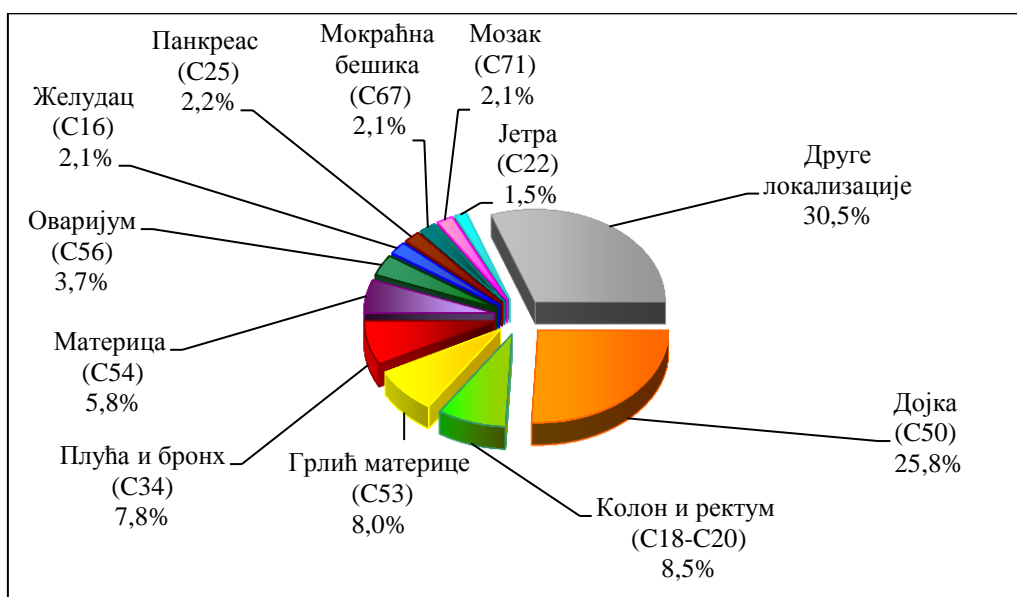
У централној Србији у 2012. години, мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, простате, колона и ректума, и мокраћне бешике (графикон 33), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце и плућима (графикон 34).

Графикон 33. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година

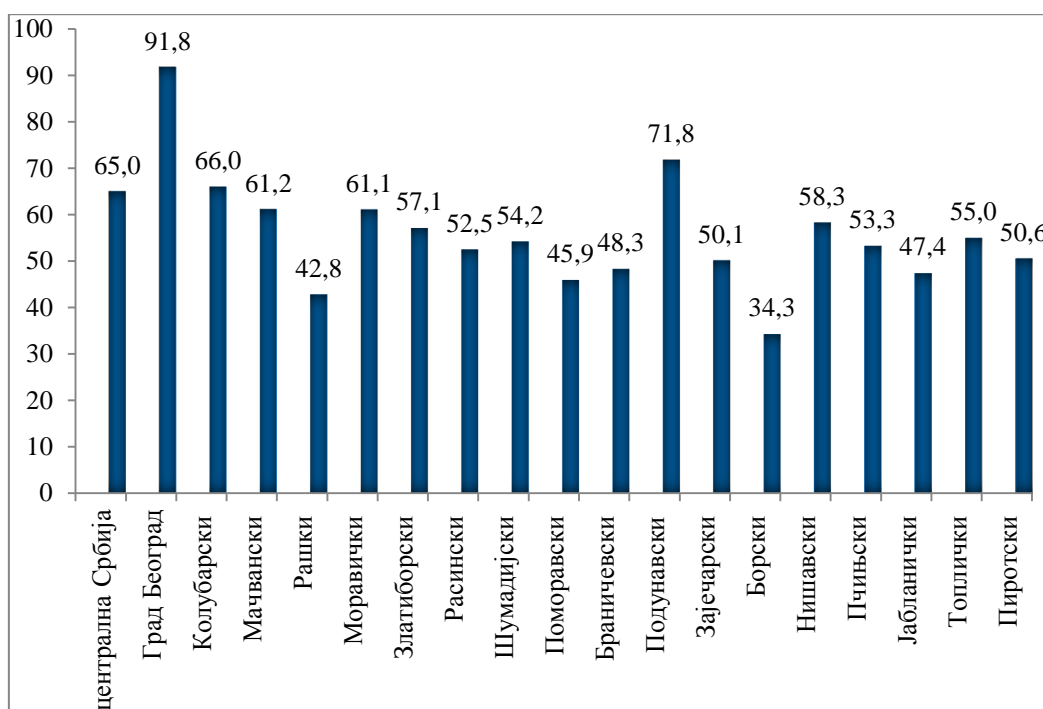
Графикон 34. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 35), у односу на просечну стопу у централној Србији (65,0/100.000), регистроване су код мушкараца у Граду Београду (91,8/100.000), Подунавском округу (71,8/100.000) и Колубарском округу (66,0/100.000), а најниже у Рашком округу (42,8/100.000) и Борском округу (34,3/100.000).

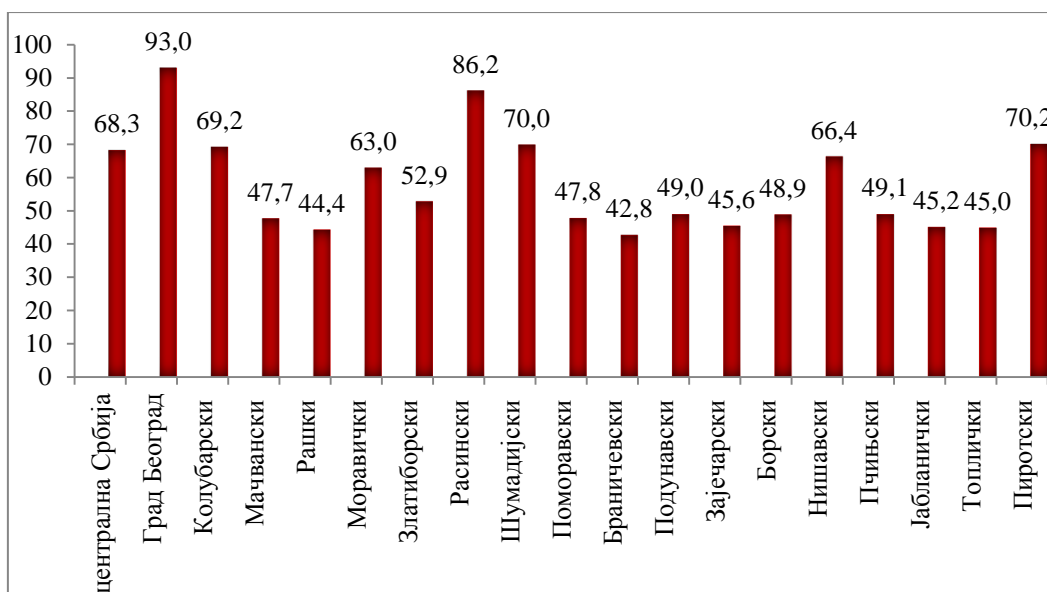
Графикон 35. Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година
– стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 36), у односу на просечну стопу у централној Србији (68,3/100.000), су регистроване код жена у Граду Београду (93,0/100.000), Расинском (86,2/100.000) и Пиротском округу (70,2/100.000), а најниже у Рашком (44,4/100.000) и Браничевском округу (42,8/100.000).

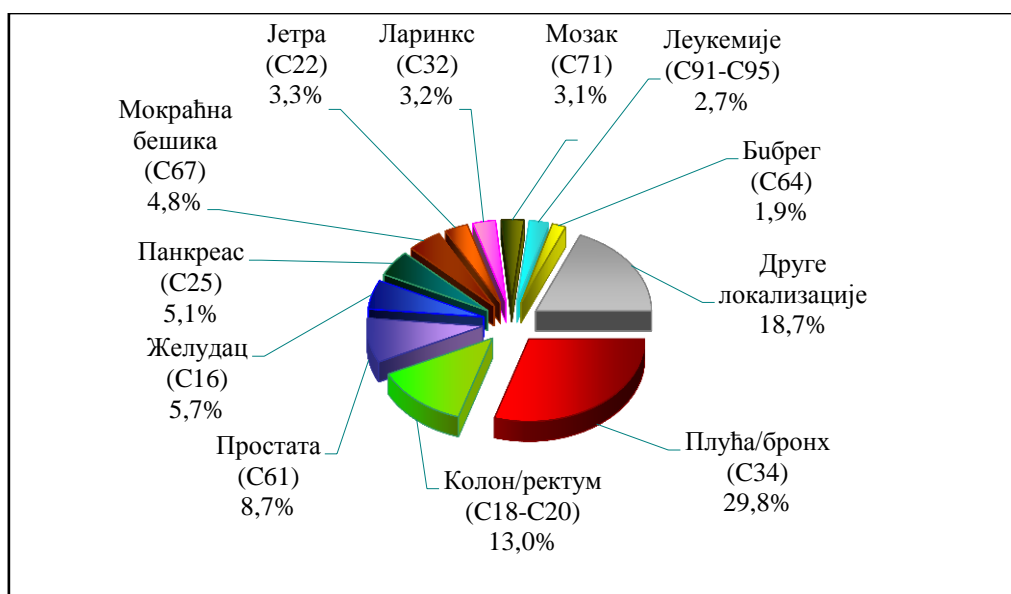
Графикон 36. Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година
– стандардизоване стопе на популацију света

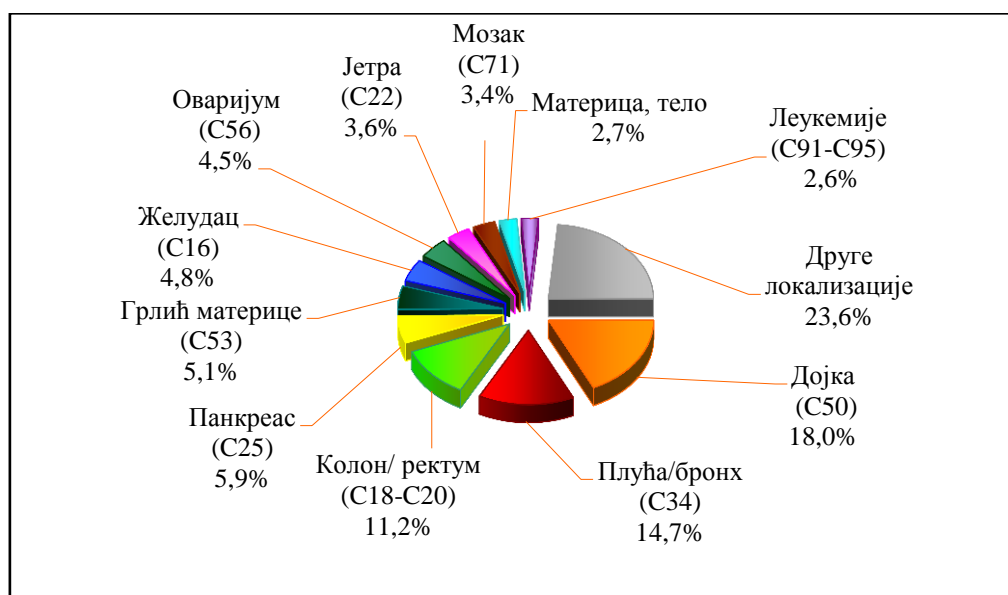
Мушкарци у централној Србији, током 2012. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и желуца (графикон 37), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 38).

Графикон 37. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година

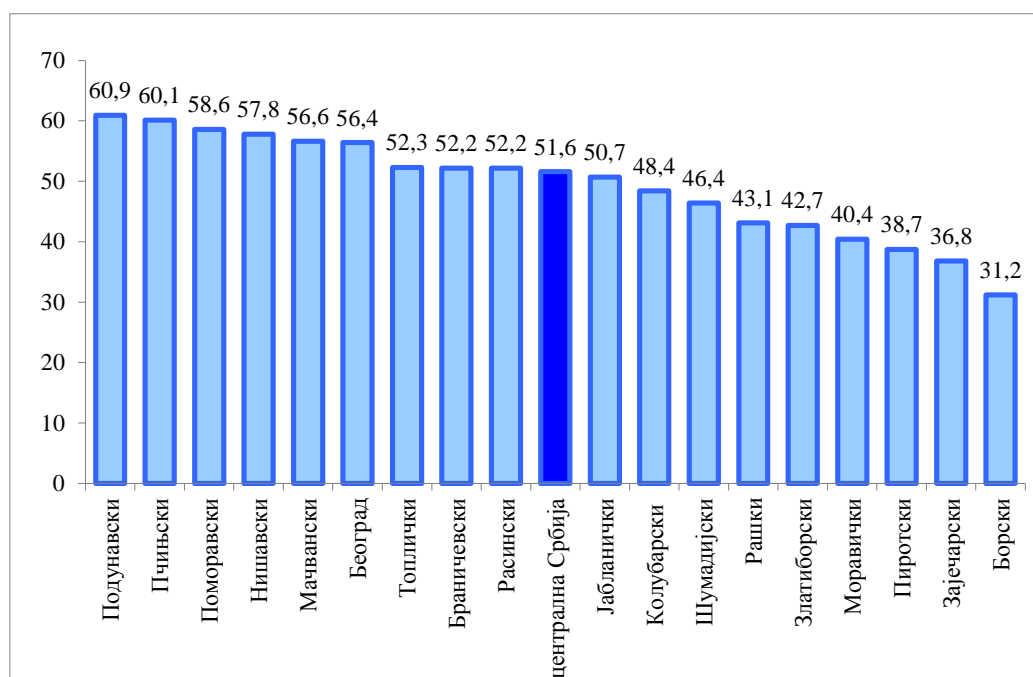
Графикон 38. Водеће локализације у умирању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 39), у односу на просечну стопу у централној Србији (51,6/100.000), регистроване су код мушкараца у Подунавском (60,9/100.000) и Пчињском округу (61,1/100.000), а најниже у Зајечарском (36,8/100.000) и Борском округу (31,2/100.000).

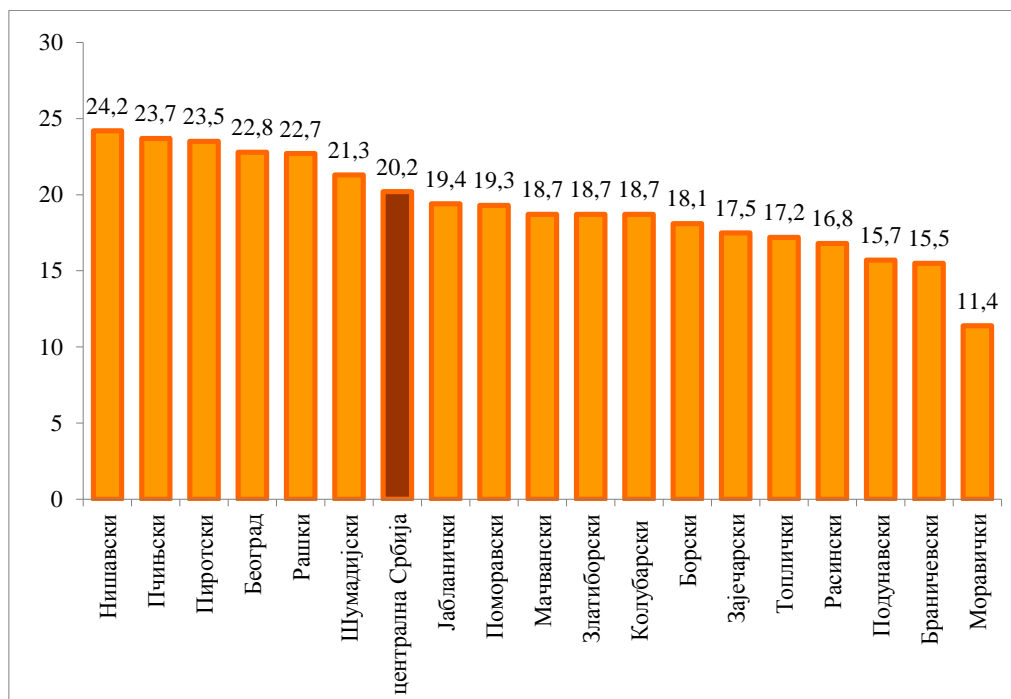
Графикон 39. Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 40), у односу на просечну стопу у централној Србији (20,2/100.000), регистроване су код жена у Нишавском (24,2/100.000) и Пчињском округу (23,7/100.000), а најниже у Браничевском (15,5/100.000) и Моравичком округу (11,4/100.000).

Графикон 40. Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према округима, жене, централна Србија, 2012.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2012. година – стандардизоване стопе 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.

У свету је 2013. године са дијабетесом живело 382 милиона људи и умрло је 5,1 милиона особа. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих за 20 година повећати на 552 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. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, 10,2% популације.

Више од 90% оболелих има тип 2 дијабетеса. Највећи број особа са типом 2 дијабетеса је узраста између 40 и 59 година старости, мада се у последње време све чешће виђа и код млађих људи. 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, али се у последњих пет година стопа морталитета од шећерне болести смањила са 41,9 у 2009. години, на 39,1 на 100.000 становника у 2013. години (табела 9). 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 је у 2013. години евидентирано 257 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 15.756 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса. У односу на 2012. годину када је морталитет од дијабетеса износио 41,7 на 100.000 становника, у 2013. години стопа смртности је опала на 39,1 на 100.000 становника.

Табела 9. Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (Е10-Е14) на 100.000 становника у Републици Србији, 2009–2013.

Стопа морталитета	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.
Општа	41,9	43,8	43,2	41,7	39,1
Стандардизована*	16,9	17,6	17,1	15,7	14,7

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

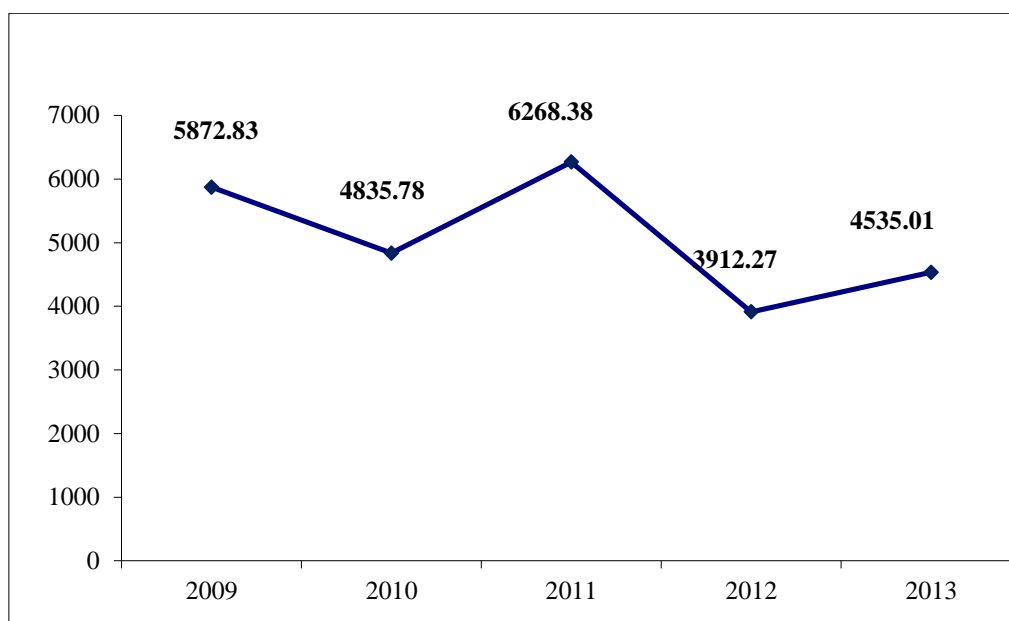
* на популацију света

2.3 Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије у 2013. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 326.479 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 4535,0. У 2013. години наставља се тренд раста стопе инциденције заразних болести, што се једним делом може објаснити ажурнијим пријављивањем, откривањем и истраживањем епидемијске појаве заразних болести, цикличним варијацијама, а једним делом трендом погоршања социјалне и економске ситуације на територији Републике Србије који неповољно утиче на здравствено стање становништва, па тиме и на епидемиолошку ситуацију заразних болести. Када се посматра тренд стопе инциденције појединих болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом, уочава се да највећи допринос порасту укупне инциденције заразних болести дају *Pharyngitis* и *Tonsilitis streptococcica*, што је вероватно последица пријављивања ових обољења углавном само на основу клиничке дијагнозе. Осим тога, постоји разлика у методологији пријављивања болести које се пријављују збирном пријавом на нивоу округа, тако да је уочено да се у појединим окрузима са сличним бројем становника региструју стопе инциденције стерптококне упале ждрела и крајника које се драстично разликују (на пример 5182,59 према 689,26 за *Pharyngitis streptococcica* и 3251,48 према 5,6 за *Tonsilitis streptococcica*).

Епидемиолошка ситуација заразних болести на територији Републике Србије у 2013. години донекле одступа од уобичајене, чему је допринела епидемијска појава грознице Западног Нила међу становништвом на територији Града Београда и Јужнобанатског округа.

Графикон 41. Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2009–2013.



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

У 2013. години пријављено је укупно 63.256 оболелих лица од инфлуенце, са инциденцијом 878,66/100.000. Доминантан вирус инфлуенце у сезони 2012/2013. су били В и А (H1pdm09), а потврђен је и вирус А Н3 у мањем броју случајева.

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

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

Општи циљ пројекта „Контрола туберкулозе у Србији” (2004. – 2009. године) је био да се оптерећење туберкулозом смањи са 37 новооболелих на 100.000 становника (подаци за 2003. годину), на вредност 25/100.000 становника у 2009. години. Овај циљ је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника (графикон 42).

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

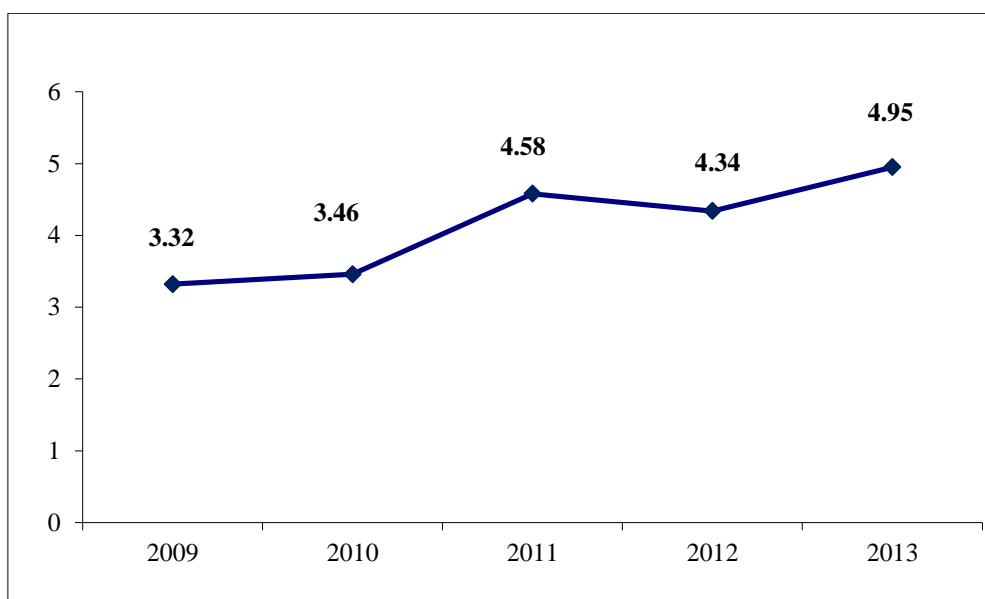
Графикон 42. Кретање стопе инциденције оболевања од плућне туберкулозе (на 100.000 становника), Србија, 2004–2011.



Извор података: Јединица за спровођење пројекта туберкулозе Министарства здравља

Од последица заразних болести у 2013. години је умрло 357 лица, са стопом морталитета 4,95/100.000, што је највиша вредност у посматраном периоду (графикон 43).

Графикон 43. Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника), Србија, 2009–2013.



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

Анализом појединачних узрока смрти, уочава се да је највећи број умрлих од сепсе (126), ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (63), пнеумоније (47), туберкулозе (35), бактеријског менингитиса (25) и грипа (22).

У сезони 2013. године закључно са 2. новембром регистрована су 303 случаја оболевања од грознице Западног Нила на територији 18 округа. На основу лабораторијских критеријума за класификацију случајева инфекције ВЗН Европског центра за контролу болести, 200 случајева је класификовано као потврђени случајеви инфекције вирусом Западног Нила (присутна ВЗН специфична IgM антитела у ликвору), а 103 случаја класификована су као вероватни случајеви инфекције (ВЗН специфична IgM антитела присутна у серуму). Епидемије овог обољења пријављене су међу општом популацијом на територији Града Београда и Јужнобанатског округа.

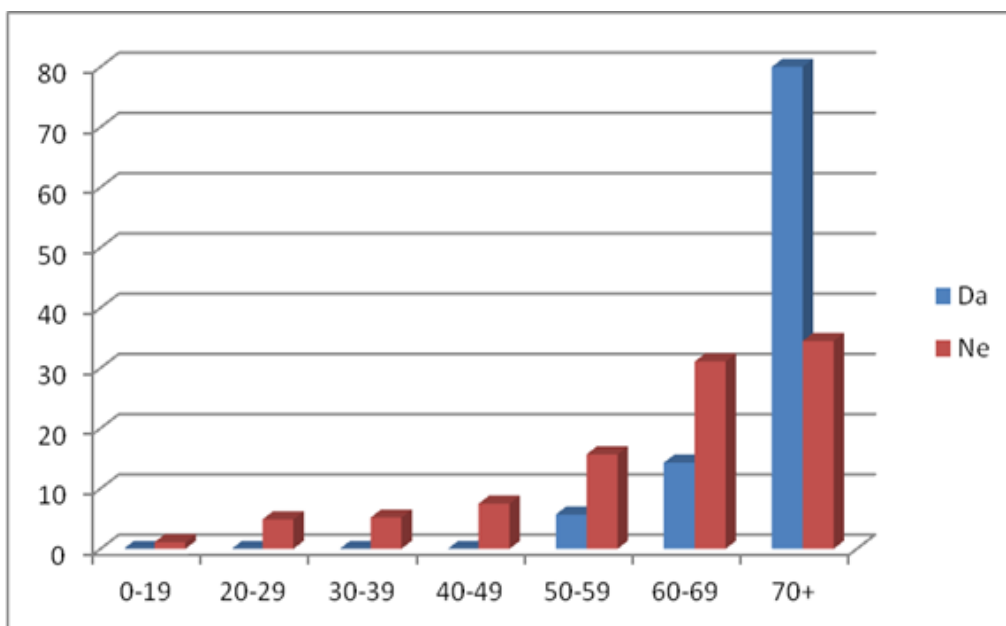
Од укупног броја регистрованих случајева (303), 60,1% оболелих особа било је мушког пола у односу на 39,9% оболелих жена (однос мушког према женском полу износи 1,5:1). Укупно 83,5% оболелих особа било је у узрасту изнад 50 година старости, а међу њима је 72,3% са коморбидитетом. У узрасту преко 70 године

регистровано је 40,3% оболелих, међу њима 80,3% са коморбидитетом. Особе изнад 50 година старости и особе са хроничним обољењем спадају у категорију особа код којих постоји повећан ризик од развоја неуроинвазивног облика болести, док се код особа оболелих од неуроинвазивног облика болести узраста 70 и више година региструје већи леталитет.

Од укупног броја регистрованих случајева 93% је било хоспитализовано. Највећи број оболелих је био са територије Града Београда (172 оболела, односно 56,8%), Јужнобанатског округа (16,2%), Јужнобачког (6,6%) и Сремског округа (3,6%). Највећи број случајева (70,3%) регистрован је у августу месецу, што коинцидира са пиком активности комараца.

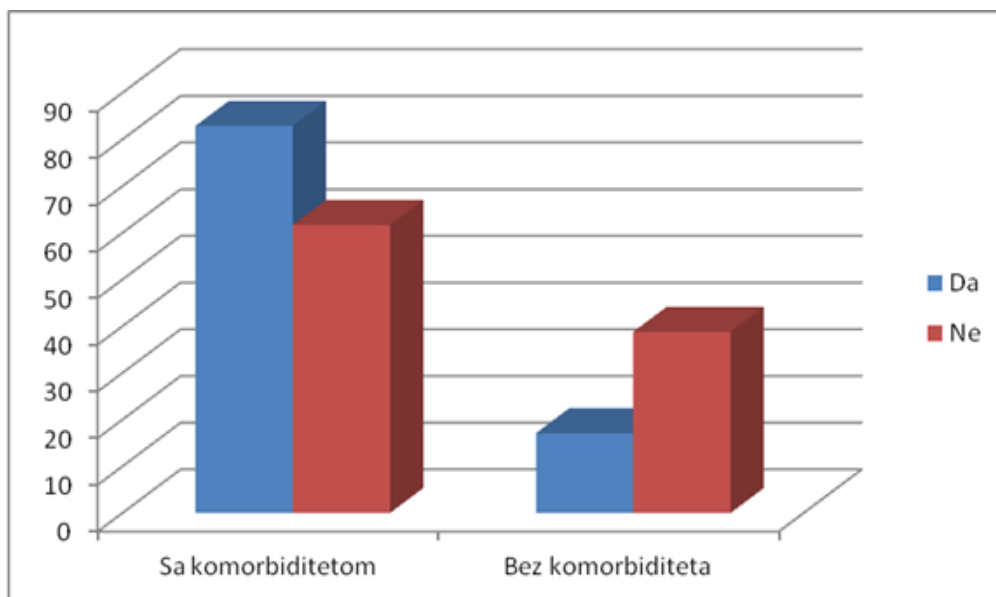
Међу потврђеним и вероватним случајевима оболевања било је укупно 35 смртних исхода који се могу довести у везу са ВЗН инфекцијом, код особа старијих од 50 година. Од укупног броја умрлих особа 83% је имало неко хронично обољење. Леталитет је износио 11,6%, што је у оквиру уобичајеног распона од 4 до 14% за оболеле од неуроинвазивног облика болести. Међу умрлим особама 80% је било старије од 70 година. У овој узрасној категорији леталитет је износио 23%, што је такође у оквиру уобичајеног распона од 15 до 29% код оболелих особа изнад 70 година старости. По 80% умрлих особа у овој узрасној категорији имало је коморбидитет, односно менингоенцефалитис, што су статистички значајни фактори ризика за летални исход (графикони 44, 45 и 46).

Графикон 44. Смртни исход оболелих од грознице Западног Нила према узрасној дистрибуцији, Србија, 2013.



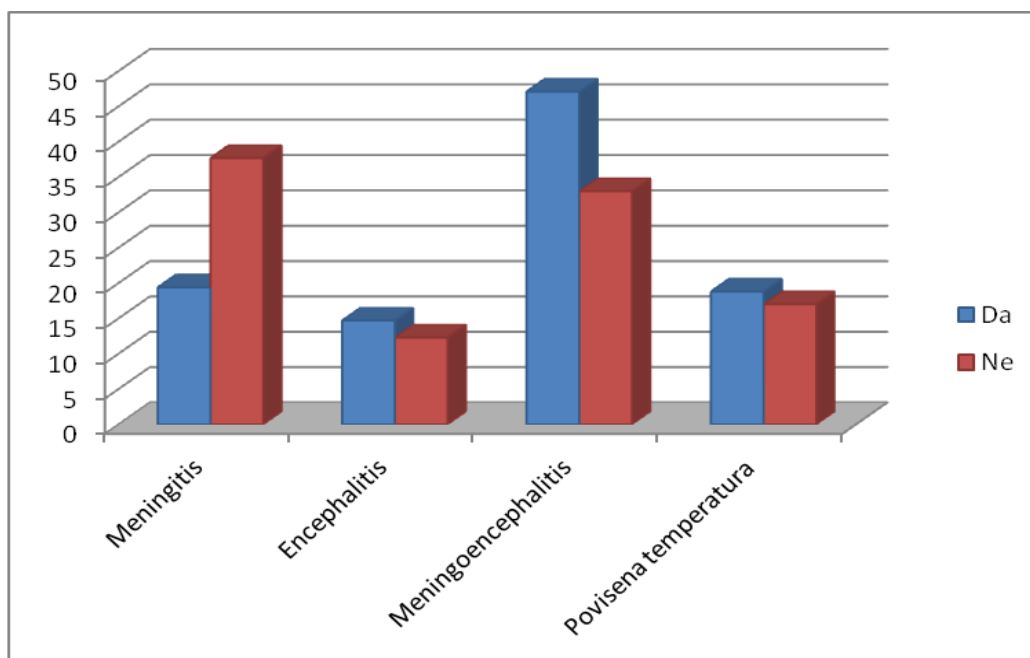
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 45. Смртни исход оболелих од грознице Западног Нила у односу на коморбидитет, Србија, 2013.



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

Графикон 46. Смртни исход оболелих од грознице Западног Нила у односу на клиничку слику, Србија, 2013.



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

У току 2013. године, на територији Републике Србије регистровано је 245 епидемија заразних болести са 3381 оболелом особом. У 2013. години у епидемијама заразних болести умрло је 41 лице, 19 лица у епидемијама Грознице Западног Нила, 15 лица у болничким епидемијама *Enterocolitis per Clostridium difficile*, 6 лица у епидемијама *Influenze*, и једно у епидемији *Anthrax cutaneus*-а. Према путу ширења узрочника, најбројније су биле алиментарне епидемије (114). Према учесталости следе контактне епидемије (68), ваздушно-капљичне (35) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (23 епидемије). Најређе су епидемије са хидричним (3) и са векторским путем ширења (2).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2013. години оболело је 115 особа, што чини 0,03% укупног оболевања од заразних болести. Паротитис је обољење са највећим учешћем у овој групи болести (55,6%). Одржава се одсуство дифтерије и хуманог беснила. Последњи случај полиомијелитиса изазваног дивљим полиовирусом у Србији регистрован је 1996. године. У Европи је 2002. године проглашена ерадикација дечије парализе и од тада се одржава статус региона без ове болести. Након десет

година, у 2009. години регистрован је један случај неонаталног тетануса. После епидемијског јављања морбила у Војводини 2007. године, регистрована је 2010. године епидемија у ромским насељима у граду Лесковцу, која се током 2011. године проширила и на општу популацију. У 2013. години регистрован је један случај малих богиња који је класификован као могуће импортован.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља (ДТП) спроведена је са обухватом 96,9%, а против дечије парализе (ОПВ3) са обухватом од 97,4% што је изнад циљних 95%. Обухват ревакцинацијом ДТП вакцином деце у другој години живота износио је 93,1% а ОПВ 92,9%. Ревакцинација предшколске и школске деце је обављена са обухватом изнад 95%. Ово су виши обухвати у односу на 2012. годину.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (ММР) у првој години живота износио је 92,6 у односу на 2012. годину када је вакцинацијом обухваћено 90,3% обвезника. Ревакцинација у седмој години живота бележи вредност 84,1% у односу на 94,1% у претходној години.

У 2013. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 93,4%, слично као у 2012. години (93,1%). Обухват вакцинацијом у 12. години износио је свега 74,3% што је ниже од обухвата постигнутог у 2012. години (82,7%). Обухват вакцинацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у 2013. години износио је 94,7% за разлику од 2012. године када је обухват износио 91,3%.

Прекиди у континуитету спровођења имунизације због недостатка вакцина, који су обележили претходних неколико година, довели су у питање одрживост достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације, стварајући услове за нагомилавање осетљиве популације, оболевање, па и епидемијско јављање вакцинама превентабилних болести.

Табела 10. Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2000–2013.

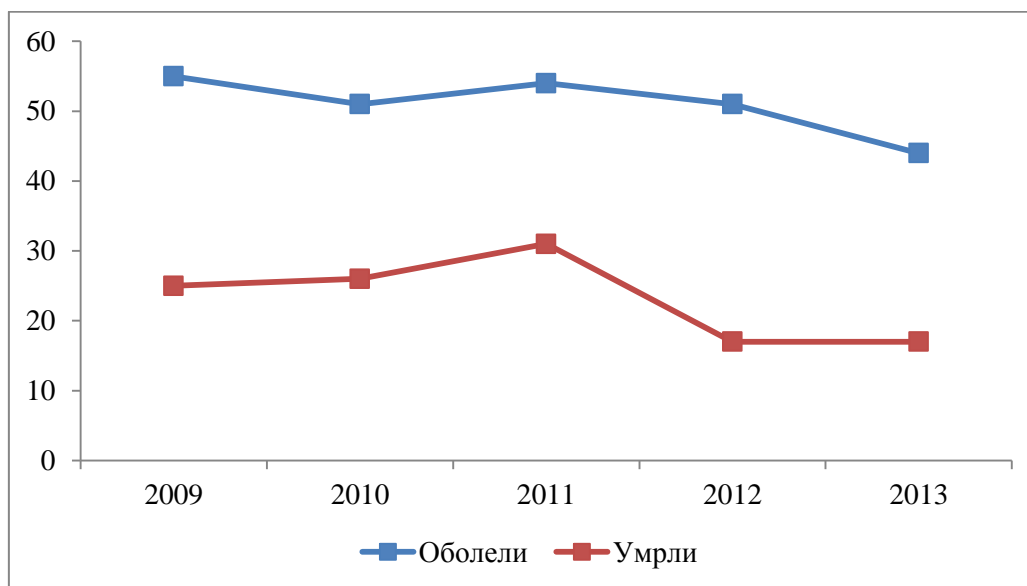
Спроведена имунизација	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ДТПЗ вакцинација	97	97	97	97	98	97	97	98	98	97	97	98	96	97
ОРV3 вакцинација	97	97	97	98	98	97	97	98	98	97	97	98	95	97
MMR вакцинација	87	95	93	95	97	95	96	97	96	96	96	97	90	93
НВ вакцинација 1. г.						65	92	94	94	95	95	96	93	93
НВ вакцинација 12. г.							57	80	78	62	76	87	83	74
НПb вакцинација							74	91	97	96	97	97	91	95

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

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2013. годином пријављене су 1692 особе оболеле од Morbus HIV (AIDS, сида) од којих је 1061 (63%) особа умрла од AIDS-а. Током 2013. године регистроване су 44 новооболеле особе (стопа инциденције 0,61 на 100.000 становника), док је 17 особа умрло од AIDS-а (стопа морталитета 0,24 на 100.000 становника).

Од 2009. до 2013. године забележен је пад оболелих и умрлих од ове болести. У 2013. години регистрована је најнижа инциденција од сиде у посматраном петогодишњем периоду, док је морталитет на истом нивоу као и претходне године, односно вредности морталитета у последње две године су најниже у посматраном временском периоду (графикон 47).

Графикон 47. Број оболелих и умрлих од Morbus HIV, Србија, 2009–2013.



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

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 нездравих стилови живота у детињству могу имати за последицу лоше здравље током читавог живота.

Учешће популације деце узраста од 0 до 6 година у укупном броју становника у периоду од 2009. до 2013. године у Србији се постепено смањивало са 7% у 2009. години на 6,5% колико је износило у 2012. и 2013. години. Одојчад (деца старости 0–365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2013. године пружало је 743 доктора медицине, од чега је 86,5% лекара специјалиста. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2013. години је износио 1,5 (табела 11).

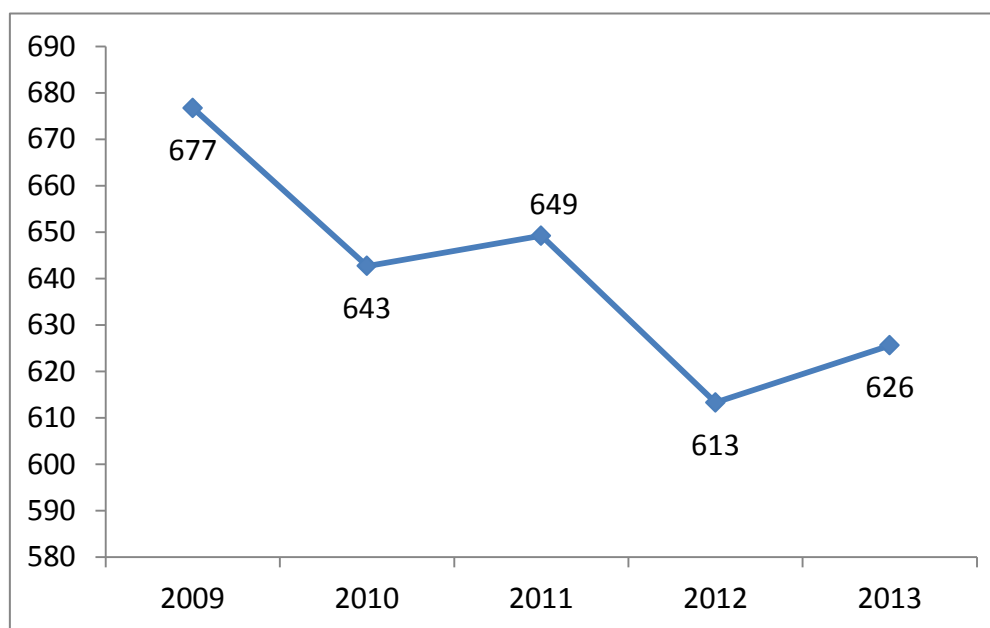
Табела 11. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2009–2013.

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
2009	753	1229	1,6	6539,5	9,7	60,3%
2010	778	1231	1,6	6273,1	9,8	61,1%
2011	752	1202	1,6	6010,3	9,3	63,8%
2012	764	1185	1,6	5540,3	9,0	63,8%
2013	743	1116	1,5	5930,7	9,5	63,4%

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

Просечан број деце узраста 0–6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду се смањује са 677 колико је износио 2009. године, на 626 колико је био 2013. године (графикон 48), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

Графикон 48. Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2009–2013.



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

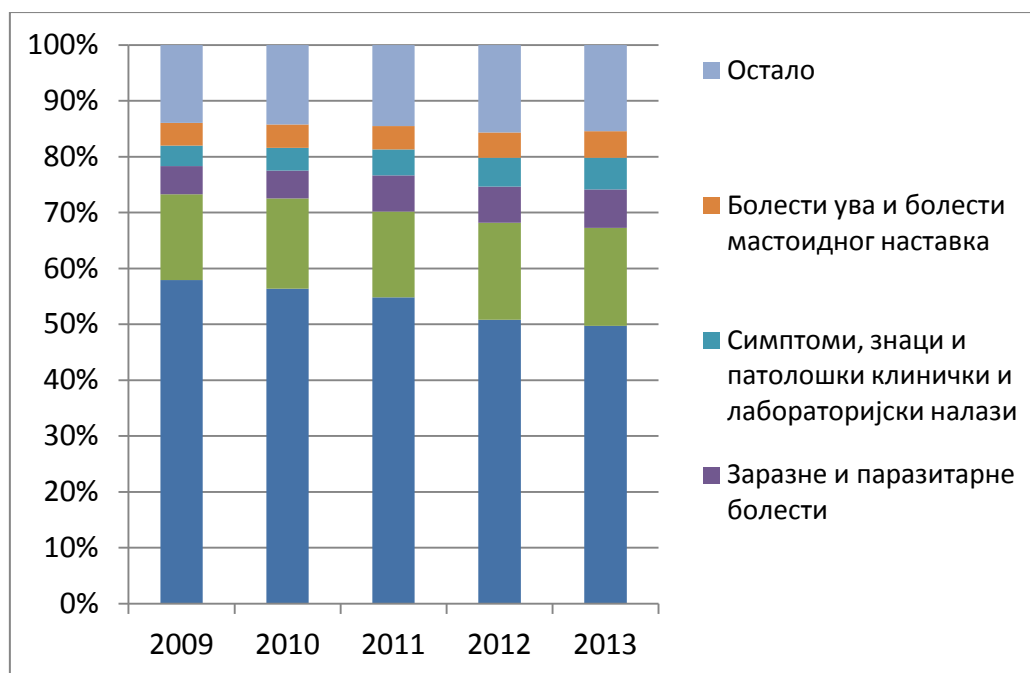
У служби за здравствену заштиту деце 2013. године регистровано је укупно 4.406.543 посете деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се кретало од 60,3% до 63,8%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2013. години износио је 5930,7.

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду се креће од 9,0 колико је износио 2012. године до 9,8 у 2010. години. У 2013. години свако дете је просечно било 9,5 пута код лекара.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2013. године је износио 2.864.600, а стопа оболевања 6162,8 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 6,2 по детету). У посматраном периоду стопа оболевања бележи пораст вредности од 5629,0 – 2009 до наведених 6162,8 – 2013. године, а једини пад бележи 2012. године (6072,5 на 1000 деце).

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу првих пет најчешћих група болести биле су болести система за дисање (X група МКБ-10); Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (XX група МКБ-10); Заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10); Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10) и Болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10). Процентуално учешће најчешћих група болести у посматраном периоду је приказано на графикону 49.

Графикон 49. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2009–2013.



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.

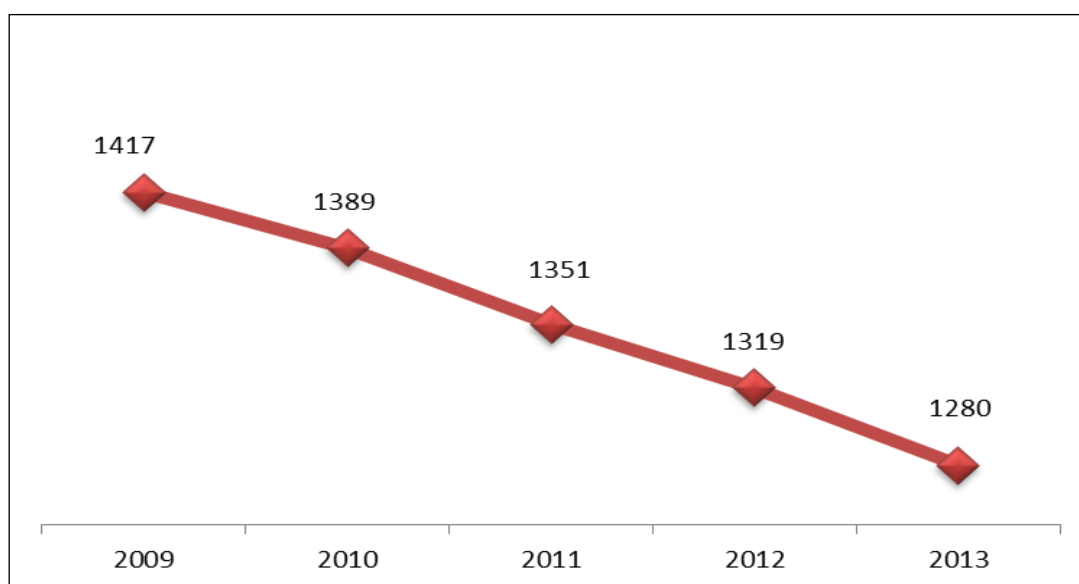
У Републици Србији у 2013. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 13,3% у укупној популацији (укупно 950.849). У 2012. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (965.257), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене. У структури школске деце (7–19) 48,5% су девојчице, а 51,5% дечаки.

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 2013. години пружала су 743 доктора медицине, од чега 466 специјалиста педијатрије (62,7%) и 97 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну 2012. годину је већи за 11, а проценат специјалиста је без промене (62,6%). Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара износи 1,2 и није значајно промењен у односу на 2012. годину (табела 12).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2013. године у Републици Србији износио је 1280. Услед мањег броја школске деце овај број је опао током посматраног периода од 2009. године за 137 деце овог узраста по лекару, односно за око 10% (графикон 50).

Графикон 50. Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2009–2013.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2013. године регистровано је укупно 5.015.288 посета, од чега 3.702.806 (73,8%) код лекара и 26,2% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је већи за око 250.000 у односу на претходну годину (укупно 4.766.853 посета 2012. године). У просеку, свако дете (7–19 година) је у 2013. години посетило свог лекара 3,9 пута, тј. на нивоу је из 2009. године (табела 12).

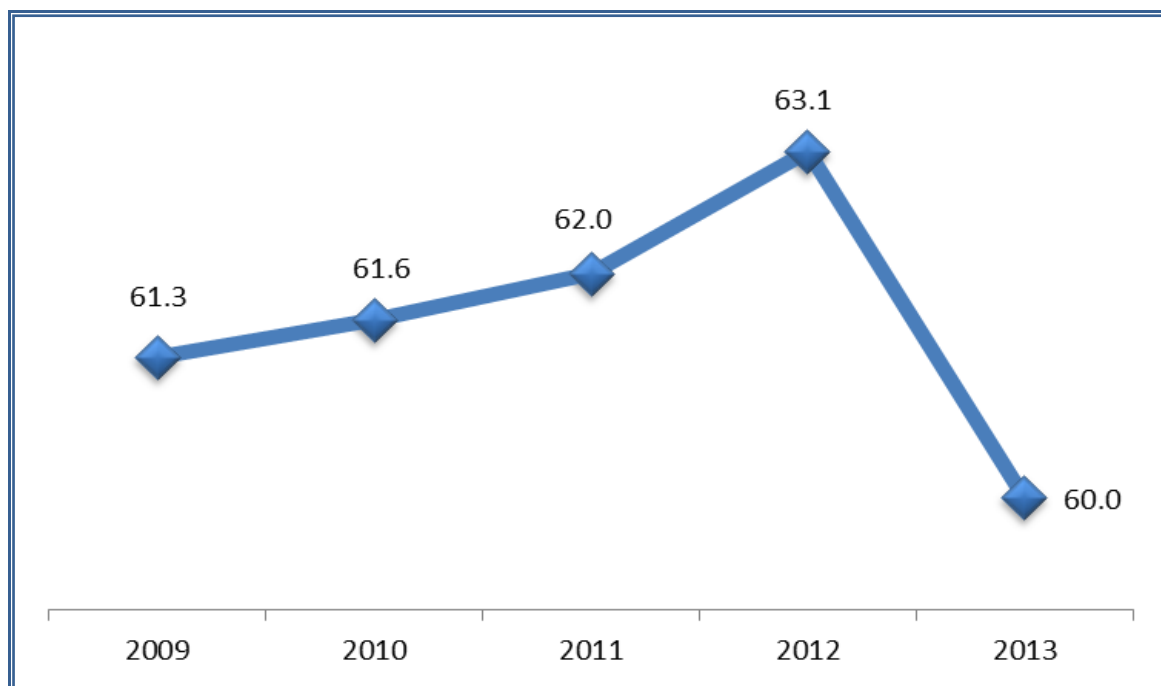
Табела 12. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2009–2013.

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 (%)
2009	729	63,1	991	1,4	1417	5583	3,9	61,3
2010	738	60,0	951	1,3	1389	5200	3,7	61,6
2011	753	63,1	959	1,3	1351	5060	3,7	62,0
2012	732	62,6	928	1,3	1319	4640	3,5	63,1
2013	743	62,7	922	1,2	1280	4984	3,9	60,0

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 4984 посете, што је нижи просечан број у односу на период 2009–2011. година (табела 12). У просеку, сваки лекар у овој служби је имао 600 посета мање у односу на 2009. годину. Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2013. години је 60,0% (графикон 51).

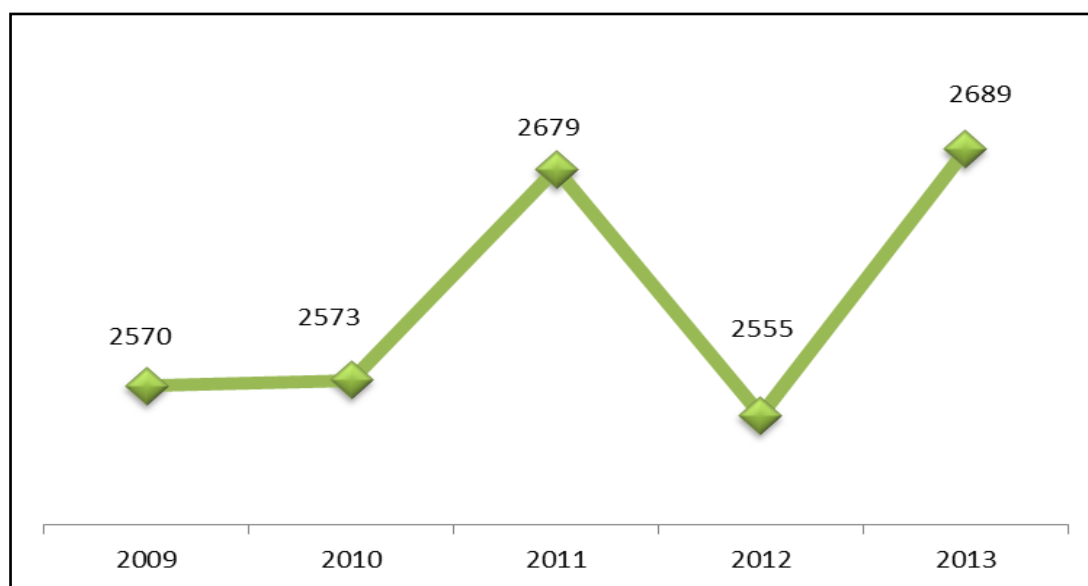
Графикон 51. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2009–2013.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења, стања и повреда у групи од 7 до 19 година, 2013. године је износио 2.557.162, а стопа оболевања 2689 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,7 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је већи за око 90.000, па је и стопа оболевања виша у 2013. години (2555 у 2012. години) (графикон 52).

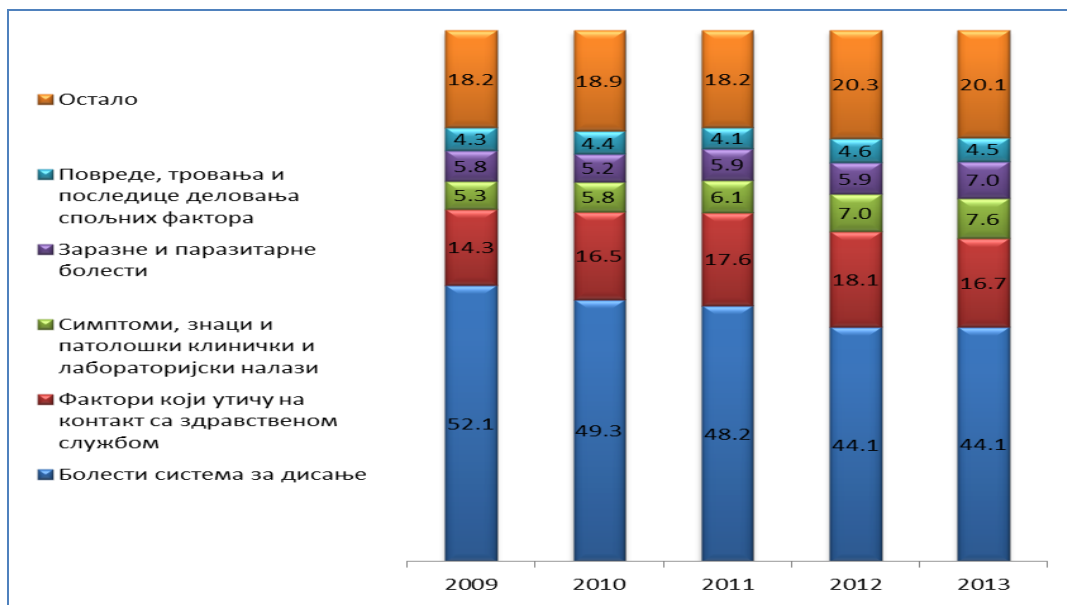
Графикон 52. Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2009–2013.



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

У структури разболевања школске деце у периоду од 2009. до 2013. 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 53). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих група болести.

Графикон 53. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2009–2013.



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 2009. години учествовала са 78,9% у укупном становништву. У 2013. тај проценат износи 80,2%. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву од 2008. до 2011. се смањивала од 17,2% у 2008. до 16,8% у 2011, да би се у 2012. и 2013. повећала и у 2013. износи 17,8%. Процент особа од 20 до 64 године у укупној популацији се повећао са 61,8% у 2009. на 62,4% у 2013. години. У структури одраслог становништва 51,3% су жене, а 48,7% мушкарци.

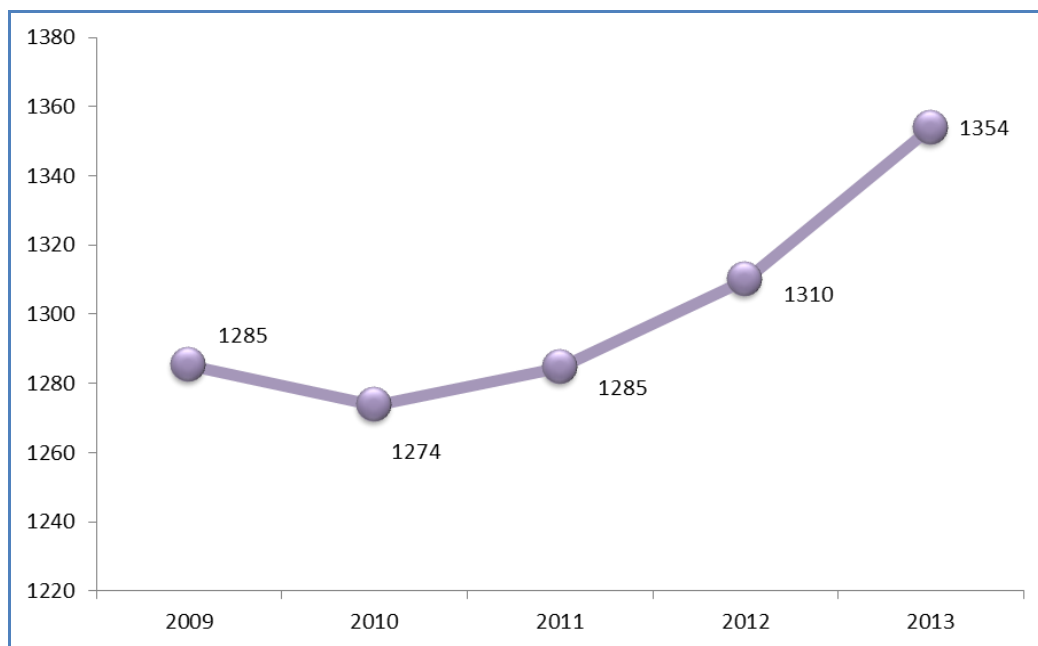
Здравствену заштиту одраслог становништва на примарном нивоу обезбеђују службе опште медицине и медицине рада при домовима здравља. Општа медицина је основни носилац примарне здравствене заштите становништва старијег од 19 година,

док службе медицине рада обезбеђује ванболничку здравствену заштиту радноактивном становништву.

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2013. години пружало је 4245 доктора медицине. Од тог броја 2002 (47%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду се смањио са 1,6 колики је био у 2009. години на 1,5 у последње четири године. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада од 2010. до 2013. године се повећао од 1274 на 1354 (графикон 54).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2013. године регистровано је укупно 41.991.385 посета, од чега 27.567.842 или 65,7% код лекара и 34,4% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је од 2008. до 2011. порастао од 4,8 до 5, а у 2012. и 2013. је износио опет 4,8 (табела 13).

Графикон 54. Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2009–2013.



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

Табела 13. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Република Србија, 2009–2013.

Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом	Однос здравствених радника са ВПС 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
2009	4496	46	7003	1,6	1285	6444	5,0	31,1
2010	4527	46	6970	1,5	1274	6441	5,0	30,5
2011	4479	47	6842	1,5	1285	6544	5,0	31,0
2012	4401	47	6716	1,5	1310	6338	4,8	31,8
2013	4245	47	6333	1,5	1354	6576	4,8	33,7

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

Од укупног броја посета лекару у ординацији, једна трећина је била првих посета (графикон 55).

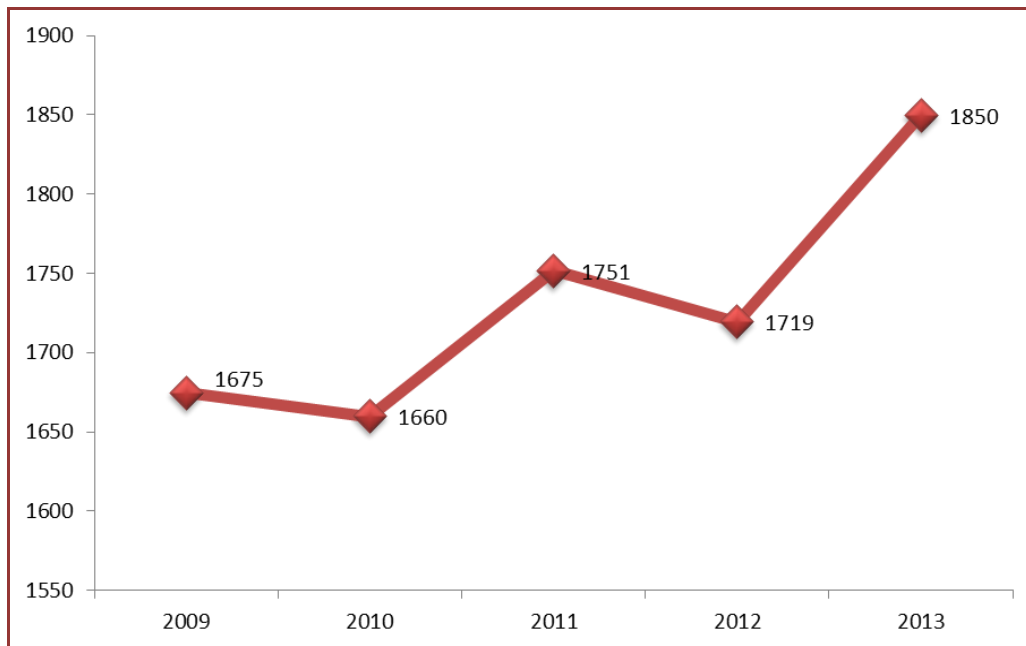
Графикон 55. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2009–2013.



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

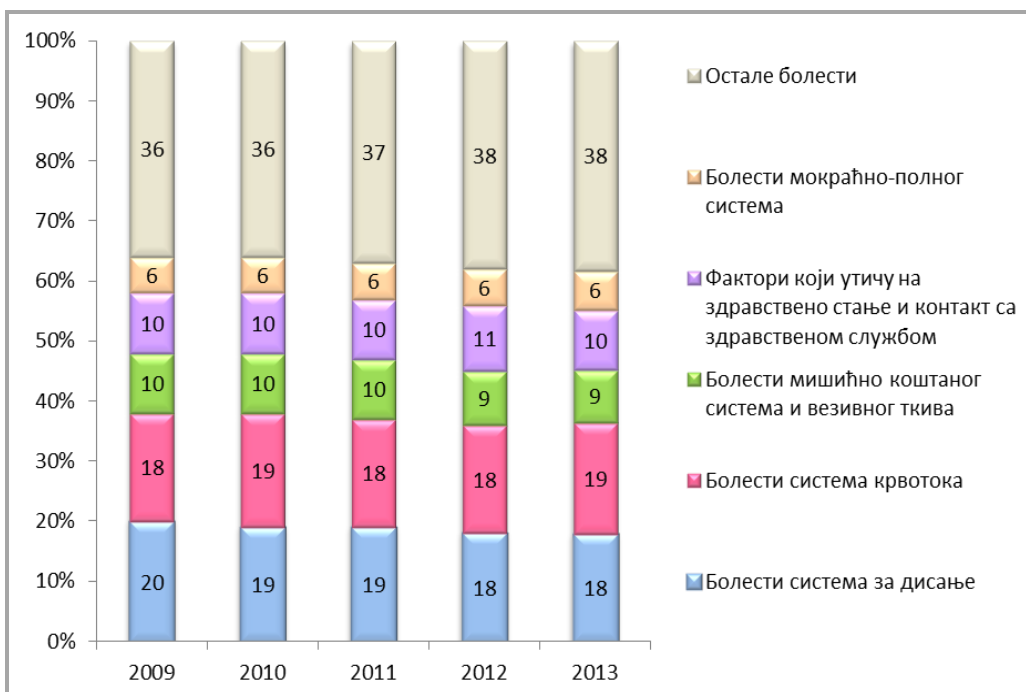
Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва су се од 2009. до 2013. повећале са 1675 на 1850 на 1000 становника (графикон 56).

Графикон 56. Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2009–2013.



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

Графикон 57. Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2009–2013.



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

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2009. до 2013. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштано мишићног система и везивног ткива. Интересантно је приметити да се удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено смањује (графикон 57).

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 пружало је у 2013. години 576 лекара што је на нивоу вредности у претходној години. У исто време број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је смањен, при чему је њихов међусобни однос остао на нивоу прошлогодишњег и износио је 1,4 (табела 14).

Табела 14. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2009–2013.

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једну жену 15+	Процентуално учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
2009	578	892	1,5	3782,9	0,68	45,20%
2010	588	850	1,4	3428,3	0,63	43,84%
2011	586	815	1,4	3368,8	0,62	43,30%
2012	575	821	1,4	3259,1	0,59	44,99%
2013	576	794	1,4	3329,3	0,60	45,49%

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

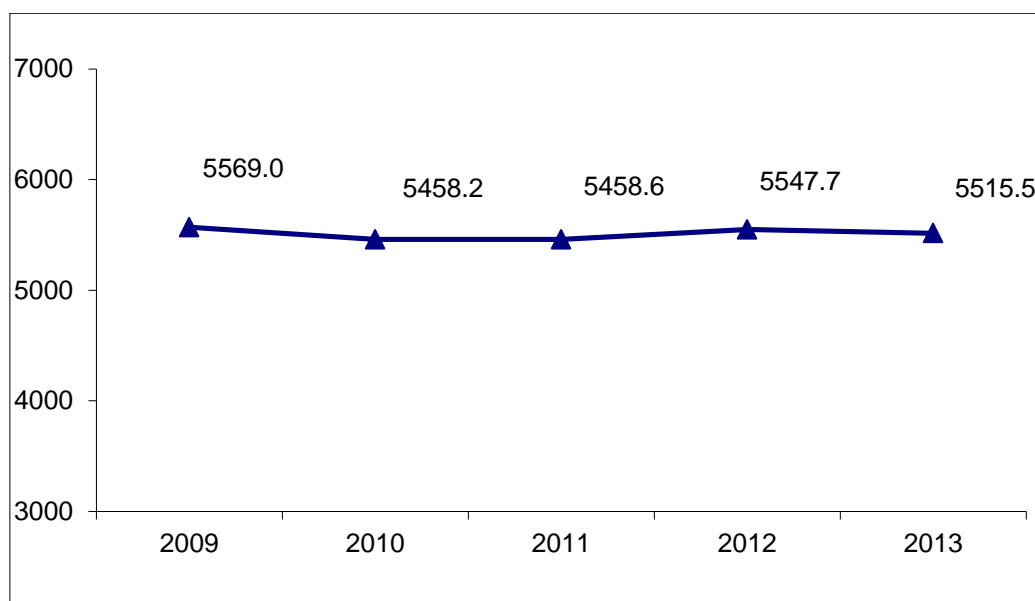
Просечан годишњи број посета по једном лекару смањивао се у посматраном периоду, са највећом вредношћу реализованом 2009. године (3782,9) и најнижом у 2012. години (3259,1). Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени

старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2009. године, а најмањи у 2012. години (табела 14).

Од укупног броја посета лекару у ординацији више од две петине су чиниле прве посете и тај проценат се одржава на истом нивоу у посматраном петогодишњем периоду.

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да је она у периоду 2009–2013. година прилично стабилна са вредностима које су се кретале између 5458 и 5569 жена старих 15 и више година по једном лекару. Најнижа обезбеђеност регистрована је 2009. године када је износила 5569 жена старих 15 и више година по једном лекару (графикон 58).

Графикон 58. Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2009–2013.

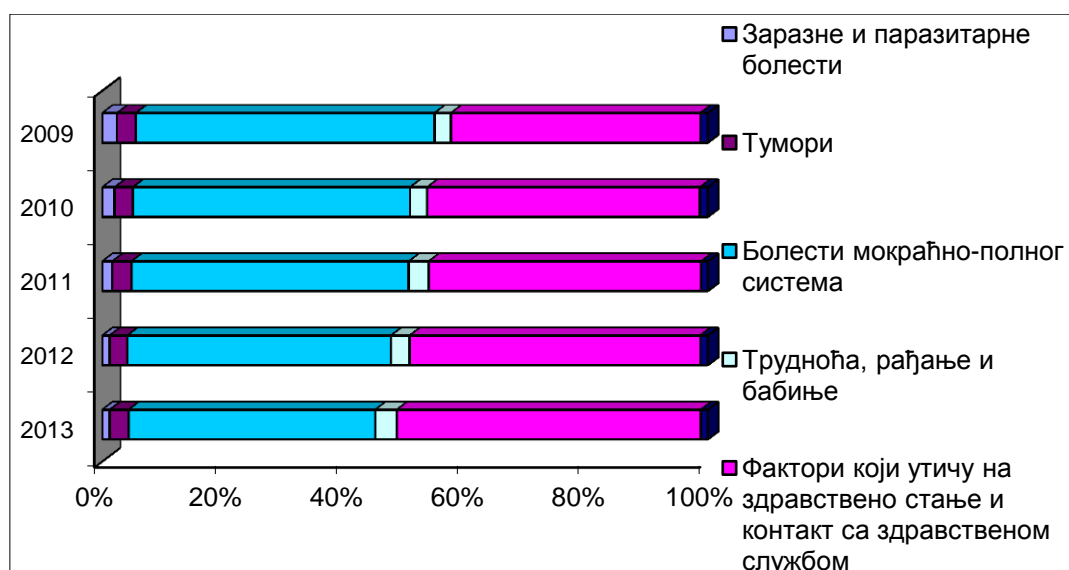


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури оболевања жена у периоду 2009–2013. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 41 до 50% у укупном морбидитету и болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од

49 до 40%. У пет најчешћих група оболевања у службама здравствене заштите жена у Републици Србији убрајају се и заразне и паразитарне болести, трудноћа, рађање и бабиње, као и тумори. Ових пет најчешћих група болести заједно су чиниле преко 98% учешћа у укупном морбидитету у свим посматраним годинама (графикон 59).

Графикон 59. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2009–2013.



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 и свакако да су утицале на обезбеђеност и коришћење стоматолошке здравствене заштите у посматраних пет година.

3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце

Период од 2009. до 2013. године у стоматолошкој здравственој заштити деце је обележило повећање броја посета предшколске деце стоматологу што је веома значајно с обзиром на то да ову популациону групу није лако обухватити, а веома је важна за спровођење превентивних стоматолошких мера и усвајање адекватног понашања у односу на здравље уста и зуба (табела 15).

У анализираном периоду просечан број посета на једно предшколско дете има континуирани раст са највећом вредношћу регистрованом у 2013. години. С друге стране, просечан број посета на једног стоматолога бележи сталано смањење, осим у 2011. години када је забележена највећа вредност у претходних пет година (табела 15). Услед смањења броја деце овог узраста, постоји стални тренд повећања обезбеђености предшколске деце стоматологом. У односу на важећи Правилник* који предвиђа једног доктора стоматологије специјалисту дечје и превентивне стоматологије на 1500 деце старости до 18 година, овај број је и даље недовољан.

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

Табела 15. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2009–2013.

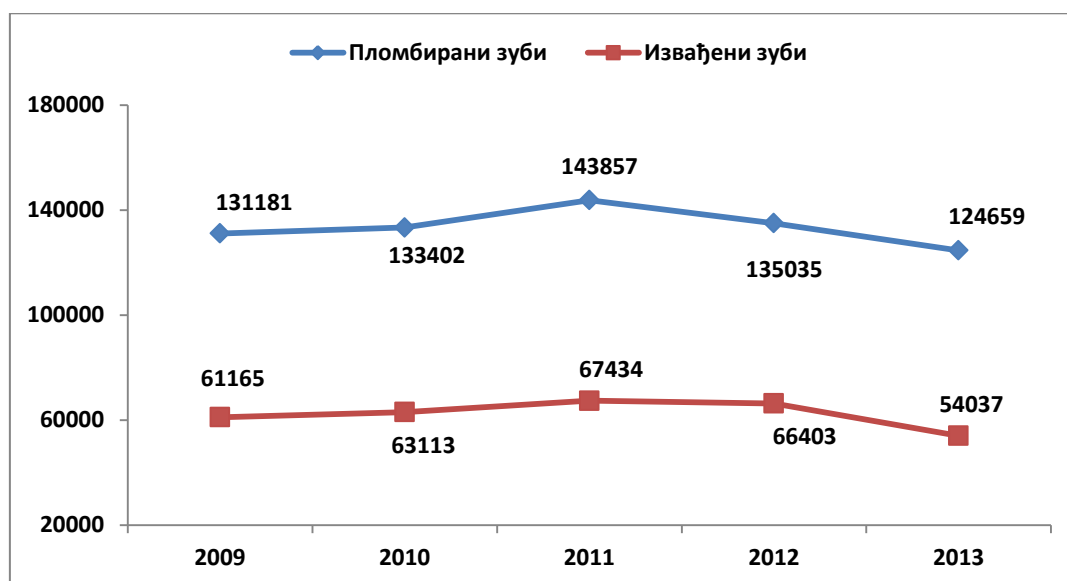
Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно предшколско дете
2009	0,47	2497,0	2406	1,04
2010	0,47	2487,6	2316	1,07
2011	0,47	2569,2	1985	1,29
2012	0,49	2343,7	1859	1,26
2013	0,43	2222,1	1703	1,31

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

У 2013. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било четири пломбирана зуба без лечења. Неповољан тренд постоји код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба (графикон 60). Током деведесетих година је тај однос био 3 према 1, али у посматраном периоду се постепено приближава односу 2 пломбирана зуба према 1 извађеном зубу.

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

Графикон 60. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2009–2013.



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, од 772 до 838 стоматолога, у просеку је 740 стоматолога збрињавало здравље уста и зуба школске деце. У складу са тим, обезбеђеност школске деце стоматологом била је најповољнија у 2013. години, а најнеповољнија у 2010. години када је било најмање стоматолога, свега 763 (табела 16). У посматраном петогодишњем периоду је оптерећеност стоматолога била уједначена, у просеку 3000 посета на једног стоматолога. Број посета школске деце стоматологу показује позитиван тренд раста, и током последње три посматране године школска деца у просеку стоматолога посете 2,5 пута годишње. Свакако 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.

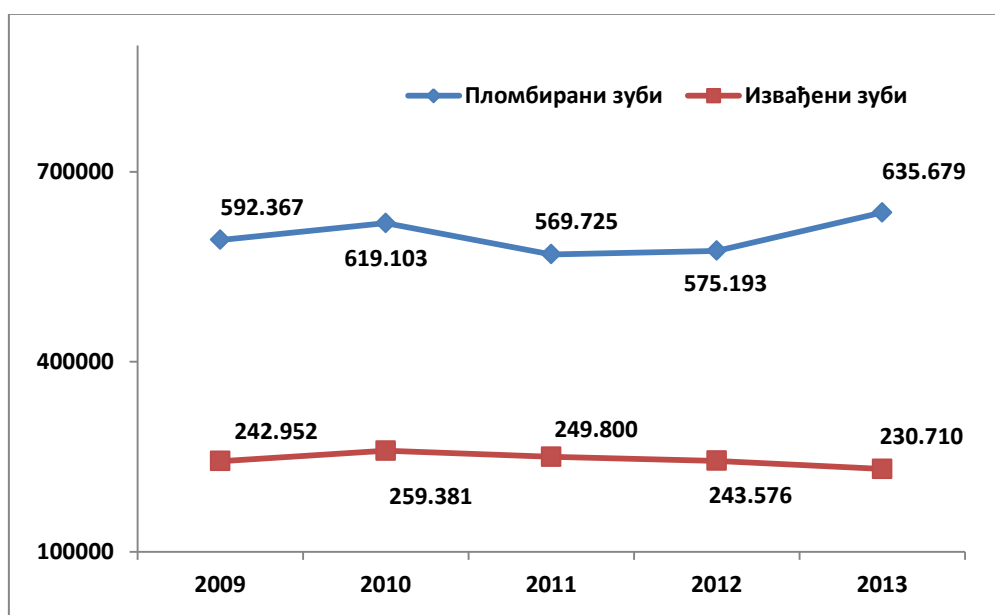
Табела 16. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2009–2013.

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
2009	0,41	3051,8	1338	2,28
2010	0,42	3339,7	1344	2,49
2011	0,44	2941,0	1214	2,42
2012	0,42	3022,1	1221	2,48
2013	0,36	2931,9	1154	2,54

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

У прилог спровођења превентивних мера говоре и подаци да расте укупан број посета стоматологу, који је у 2013. години достигао 2,4 милиона посета на нивоу Републике, а да се до 2012. године смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса (графикон 61).

Графикон 61. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2009–2013.

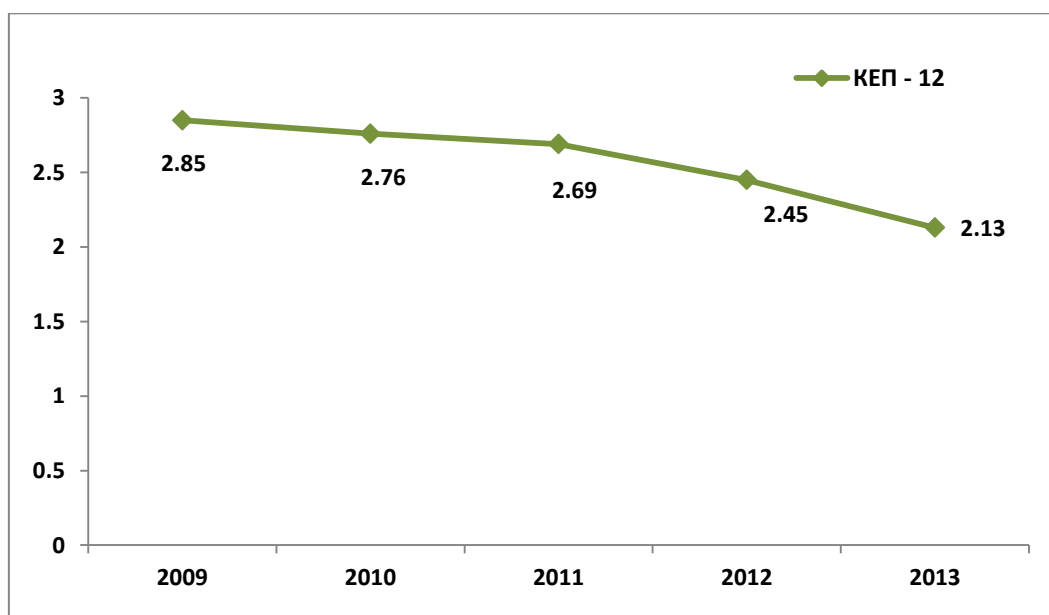


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, као што постоји благо повећање броја зуба који су ендодонтски лечени. Такође, број извађених зуба у периоду од 2010. године континуирано опада. Однос извађених зуба и пломбираних зуба је уједначен у смислу да на два и по санирана зуба, стоматолог извади један зуб (графикон 61). И поред тога што се овај однос годинама значајно не мења, и што не знамо колико зуба је екстрахирано због каријеса а колико из ортодонтских разлога, он остаје и даље неповољан за овако младу популацију и захтева унапређење.

Један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес 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 иреверзибилни показатељ који мери присуство каријеса и у прошлости и у садашњости. Као општи показатељ здравља уста и зуба, КЕП се код деце у дванаестој години живота сматра поузданим показатељем њиховог оралног здравља. На нивоу Републике он износи 2,13 и најнижи је у посматраном периоду (графикон 62). У поређењу са земљама у окружењу ова вредност је прихватљива, али уколико се поредимо са развијеним земљама Европе, вредност овог показатеља је и даље висока.

Графикон 62. Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2009–2013.



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.

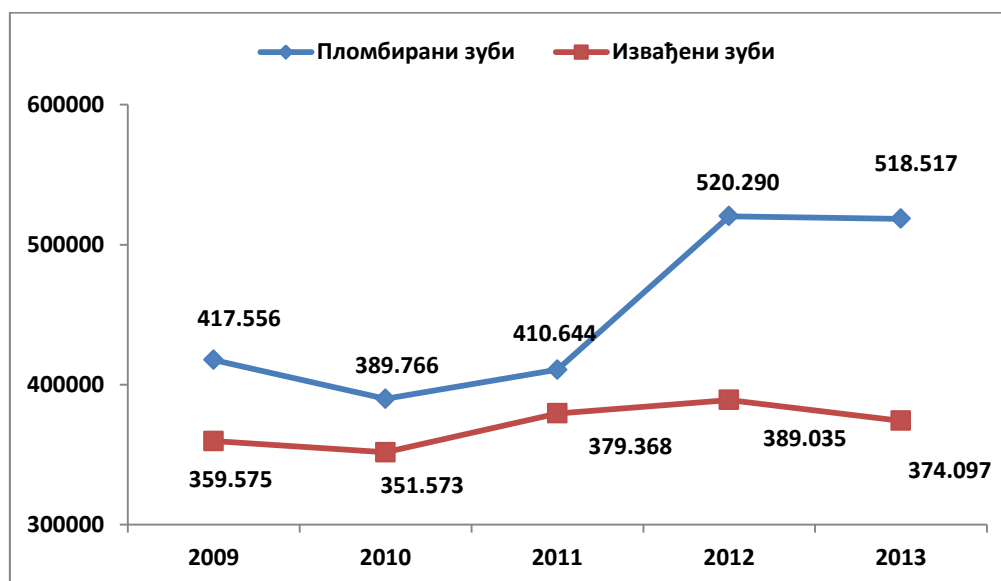
Табела 17. Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2009–2013.

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
2009	0,88	1525,5	4507	0,34
2010	0,83	1472,2	4368	0,34
2011	0,92	1395,6	4644	0,30
2012	0,75	1590,2	4653	0,34
2013	0,72	1661,4	4810	0,35

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

У односу на претходне године, у 2013. години је значајно повољнији однос извађених и пломбираних зуба (табела 17), пре свега због пораста конзервативног збрињавања каријеса током једне посете, као и благог повећања броја зуба који су пломбирани након ендодонтског лечења. Претпоставка је да је повећање права на стоматолошку здравствену заштиту студената утицало на ово повећање конзервативног збрињавања зуба, а да је укључивање социјално угрожених лица допринело повећању броја извађених зуба у 2013. години.

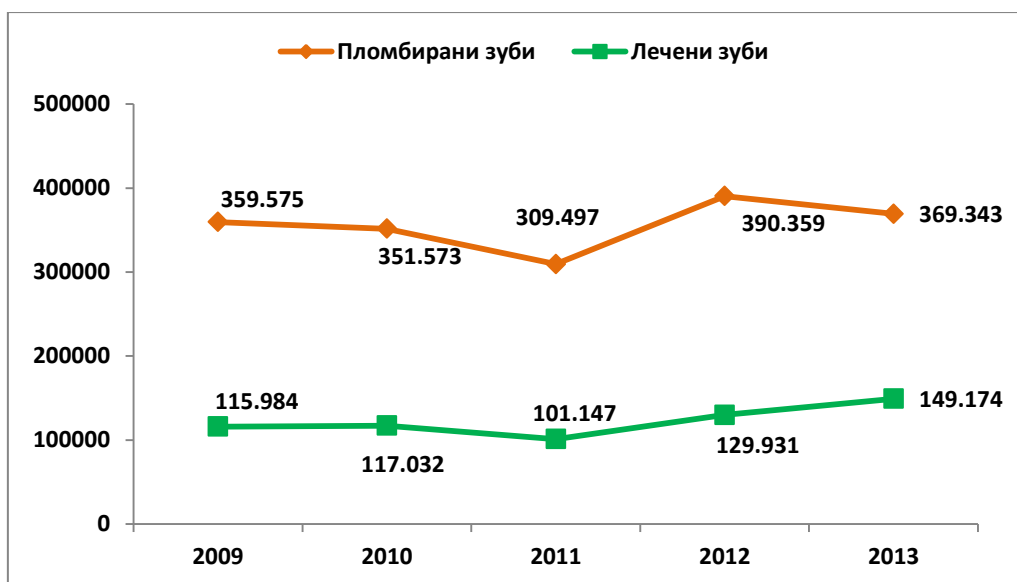
Графикон 63. Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2009–2013.



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

У посматраном петогодишњем периоду показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите су најнеповољнији у 2011. години, када је у просеку била једна посета стоматологу на више од три одрасле особе, а на један пломбиран зуб је скоро следило и једно вађење зуба. И даље се бележи изузетно велики број екстракција зуба, али се однос извађених и пломбираних зуба креће у добром смеру (графикон 63). Повећање броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, улива наду да одрасли становници почињу редовније да брину о здрављу својих уста и зуба (графикон 64).

Графикон 64. Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2009–2013.



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

4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

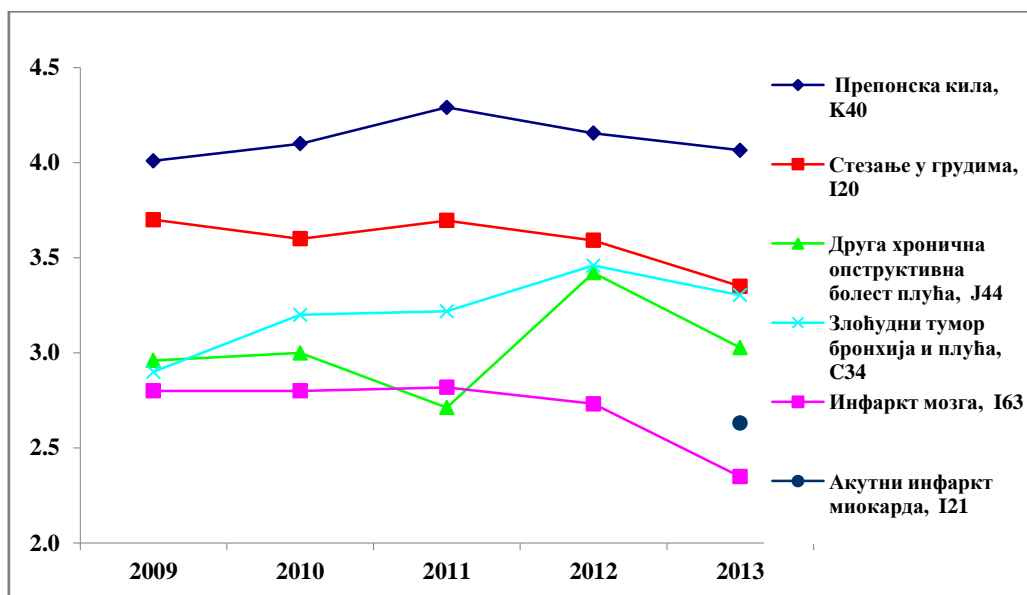
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама

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 (уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја), најчешћи узрок хоспитализације у 2013. години био је злоћудни тумор дојке, а затим следе стезање у грудима, повишен крвни притисак непознатог порекла и друга хронична опструктивна болест плућа.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2013. години била је препонска кила (МКБ10: К40). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца био је стезање у грудима (МКБ10: I20), а затим следе злоћудни тумор бронхија и плућа (МКБ10: С34), друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44) и акутни инфаркт миокарда (МКБ10: I21). У односу на претходну годину забележена је појава акутног инфаркта миокарда у пет најчешћих узрока хоспитализације (графикон 65).

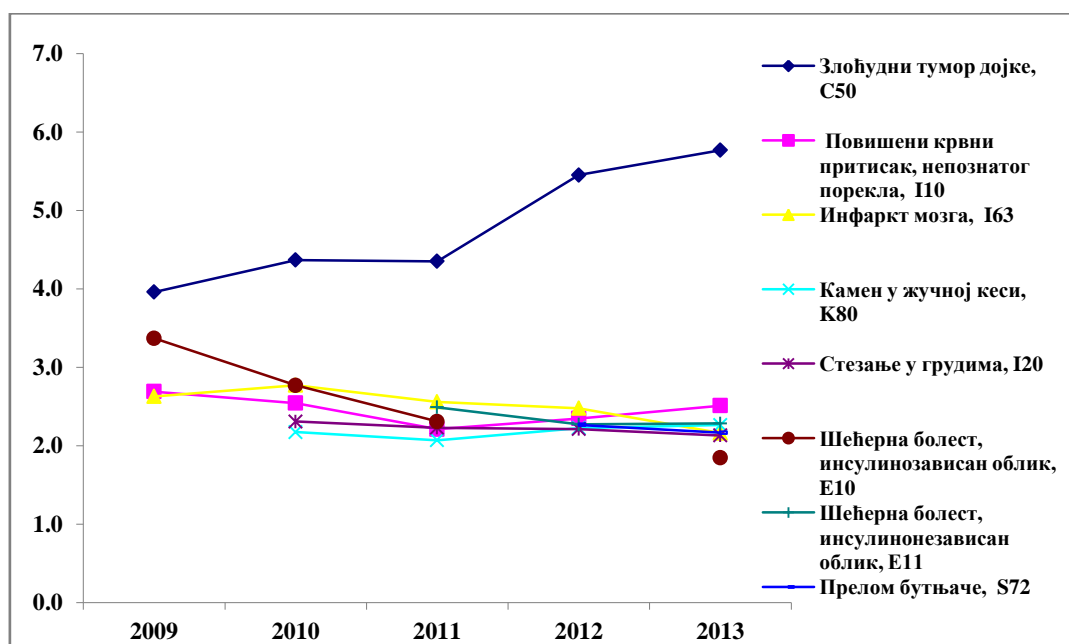
Графикон 65. Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија 2009–2013.



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

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2013. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење у 2000. години се није налазило ни на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злодућног тумора дојке била је 3,6 на 1000 становника, а 2010. се попела на 4,4 на 1000 становника, колико је износила и 2011. године, да би у 2013. години достигла највишу вредност од чак 5,8 на 1000 становника. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10), шећерна болест – инсулинозависни облик (МКБ10: E10), камен у жучној кеси (МКБ10: K80), и прелом бутњаче (МКБ10: S72) (графикон 66).

Графикон 66. Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2009–2013.



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

4.2 Коришћење болничке здравствене заштите

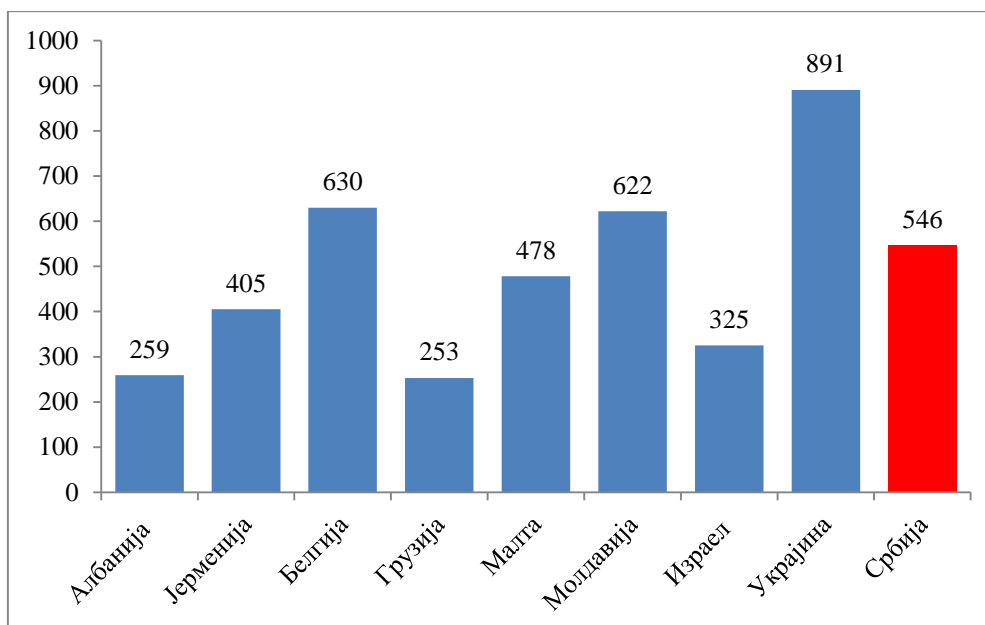
Болничка здравствена заштита представља интегрални део система здравствене заштите. Основна функција болнице је да обезбеђује стационарно лечење оболелих и повређених лица, али и да врши специјалистичку службу, као и да учествује у спровођењу превентивних мера у оквиру своје делатности.

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 2013. години износио је 39.112 постеља (без постеља дневних болница) или 546 постеља на 100.000 становника (графикон 67). Обезбеђеност постељама у Србији је мања од

Украјине (891 на 100.000 становника), а знатно већа од Грузије и Албаније (253, односно 259 на 100.000 становника).

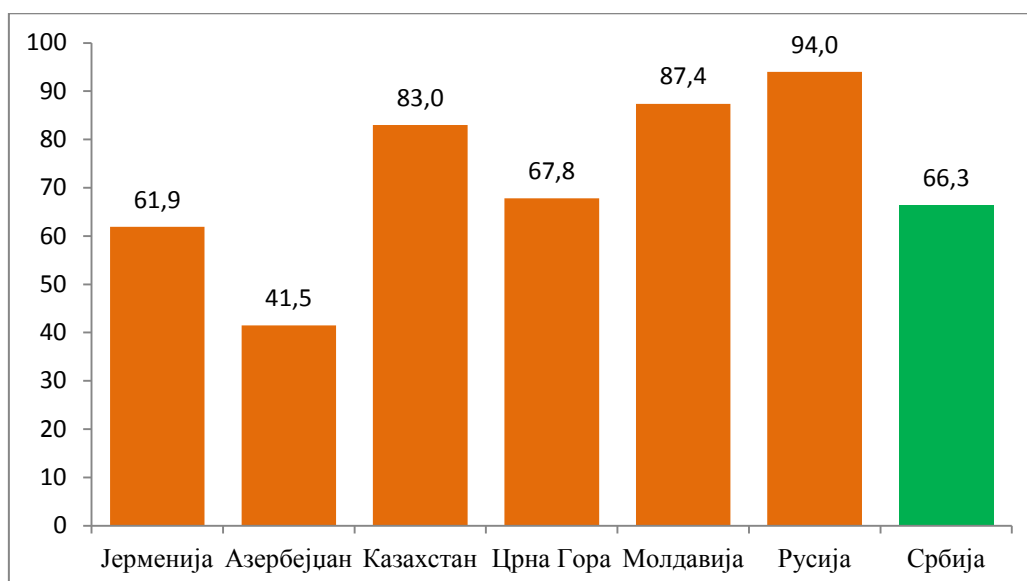
Графикон 67. Број постеља на 100.000 становника у Србији (2013.) и изабраним европским земљама (2012.)



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

Просечна дневна заузетост постеља у болницама за краткотрајну хоспитализацију (акутним болницама) у Србији у 2013. години износила је 66,3%, што је мање од Русије, Молдавије и Казахстана, а више од Јерменије и Азербејџана (графикон 68).

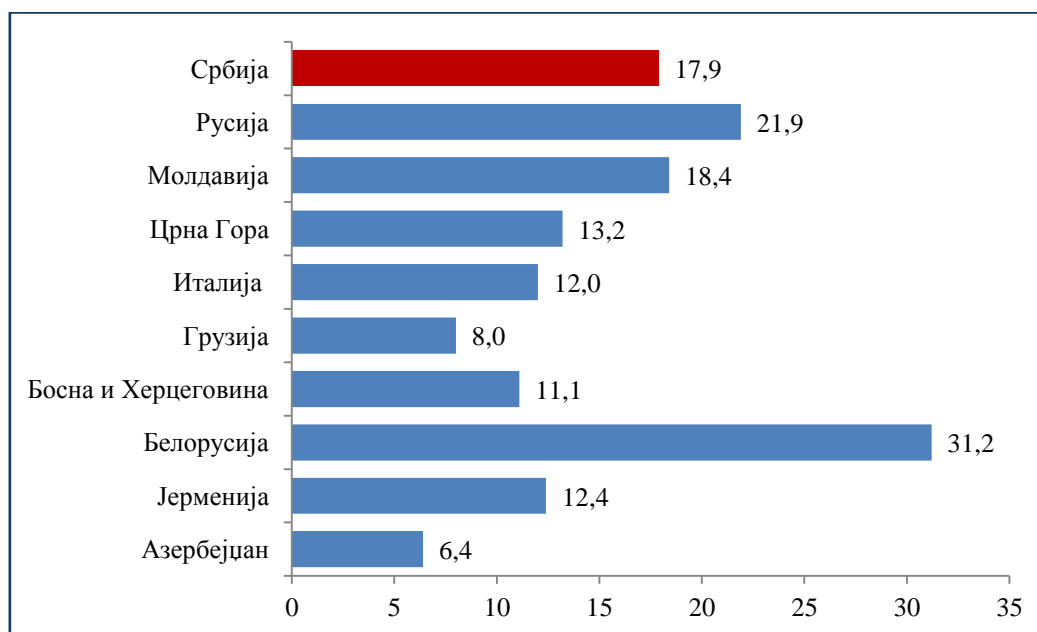
Графикон 68. Просечна дневна заузетост постеља у акутним болницама у Србији (2013.) и изабраним европским земљама (2012.)



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

Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2013. години износила је 17,9 на 100 становника, што је на нивоу претходне године.

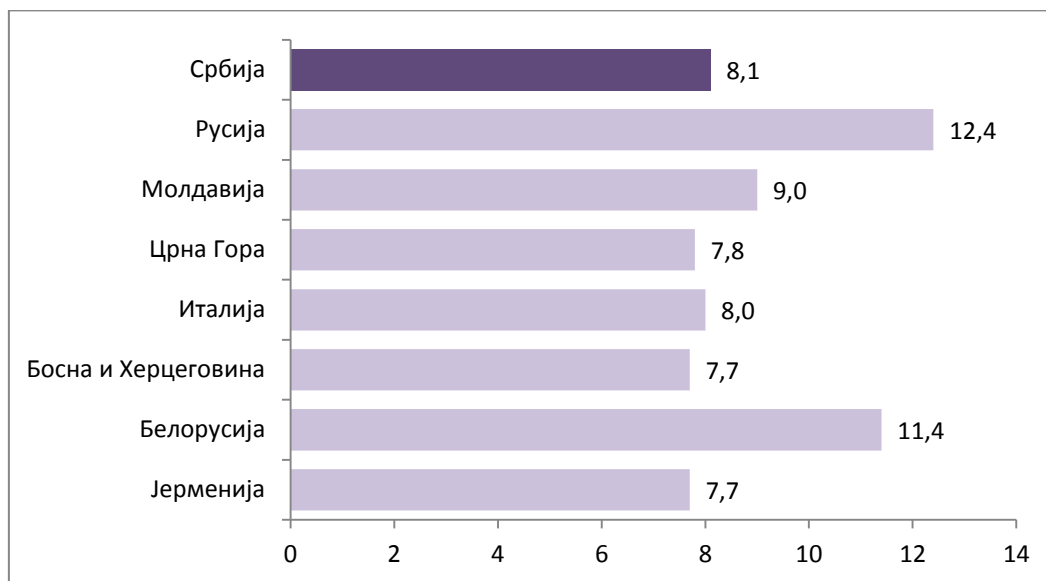
Графикон 69. Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама у Србији (2013.) и изабраним европским земљама (2012.)



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

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2013. години износила је 8,1 дан, што је ниже у односу на претходну годину као и у односу на Русију, Белорусију и Молдавију (графикон 70).

Графикон 70. Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији (2013.) и изабраним европским земљама (2012.)



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

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, 71/09, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12) у 2013. години у Србији износио је 354 (графикон 71).

Графикон 71. Здравствене установе у Републици Србији, 2013.



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

На дан 31.12.2013. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 112.202 радника. Од тога броја било је 21.098 лекара, односно 294 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (435 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (194 на 100.000).

6. ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, али и смањење стопе смртности одојчади.
- Позитивна економска активност у Србији забележена у 2011. години, а испољена кроз релативно стабилан раст бруто домаћег производа од друге половине 2009. године, поново слаби у 2012. години, а привреда манифестује знаке рецесионих кретања. Током 2013. године кључне одлике макроекономских кретања у Србији су: опоравак економске активности; знатно смањење инфлације и пад инфлаторних очекивања, уз стабилна кретања на девизном тржишту и редукција екстерних неравнотежа по основу раста извоза.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
 1. Бруто домаћи производ по становнику у Србији је међу најнижим у Европи.
 2. Посматрано према конкурентности, Србија у 2013. години стагнира на достигнутом нивоу, рангирана ниже од земаља из окружења.
 3. Спољни дуг се и даље повећава, а Србија је у зони високе задужености.
 4. Иако су нето стране директне инвестиције у 2013. години значајно порасле, оне су и даље релативно ниске.
 5. У поређењу са земљама из окружења Србија има знатно вишу просечну годишњу стопу инфлације.
 6. Релативно су ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства.
 7. Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада.

8. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 77. место у свету и има негативну динамику. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
9. Ризик сиромаштва или социјалне искључености знатно је изнад просека земаља чланица Европске уније.
 - Расходи за здравствену заштиту у периоду 2008–2012. година показују релативну стабилност. Издвајања за здравствену заштиту као проценат од БДП-а, изнад су просека Европске уније и већине европских земаља. Међутим Република Србија издваја, посматрано у апсолутном износу, мала средства за здравствену заштиту у компарацији са другим европским земљама, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа.
 - Од свих узорака воде за пиће чија је исправност испитивана у 2013. години, код 11,41% забележена је физичко-хемијска, а код 3,91% микробиолошка неисправност.
 - У 2013. години бележи се смањење физичко-хемијске неисправности намирница како домаћег порекла, тако и из увоза, као и микробиолошке неисправности намирница из увоза, док је физичко-хемијска неисправност намирница домаћег порекла забележила благо повећање у односу на 2012. годину, али је и даље знатно нижа него претходних година.
 - Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање неквалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.
 - Незаразне болести представљају водеће узроке оболевања, инвалидности и умирања у Србији, са тенденцијом пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори, чине три четвртине свих узрока смрти.

- Заразне болести данас не представљају већи здравствени проблем у Србији пре свега захваљујући редовном вакцинисању и релативно добром предузимању осталих превентивних мера.
- Општи циљ пројекта „Контрола туберкулозе у Србији” (2004–2009. године) је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника. Пад стопе инциденције ТБ испод 20/100.000 сврстава Србију у групу земаља са малим оптерећењем туберкулозом.
- Због доступне и делотворне комбиноване антиретровирусне терапије региструје се пад оболелих и умрлих од AIDS-а у Србији у последњих десет година.
- У структури морбидитета деце доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести и болести ува и мастоидног наставка.
- У структури разболевања школске деце у периоду од 2009. до 2013. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, заразне и паразитарне болести и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора са незнатним разликама у процентуалном учешћу у посматраним годинама.
- У структури морбидитета одраслог становништва (19 и више година), регистрованог у службама опште медицине и медицине рада, у периоду од 2009. до 2013. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштаног-мишићног система и везивног ткива. Важно је нагласити да се удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено смањује.
- У службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2009–2013. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају болести мокраћно-полног система, фактори

који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и заразне и паразитарне болести.

- У стоматолошкој здравственој заштити деце и школске деце у периоду 2009–2013. година, однос извађених и пломбираних зуба је све неповољнији, док у стоматолошкој здравственој заштити одраслих бележи позитивне помаке.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2013. години била је препонска кила, а затим следе стезање у грудима, малигни тумор бронхија и плућа и друга хронична опструктивна болест плућа. У односу на претходну годину забележена је појава акутног инфаркта миокарда у пет најчешћих узрока хоспитализације.
- Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2013. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке, чија се стопа хоспитализације на 1000 становника више него учетворостручила у периоду од 2000. до 2013. године (са 1,4 на 5,8 на 1000). Остали најчешћи узроци хоспитализације код жена су повишен крвни притисак, шећерна болест (инсулинозависни облик) и камен у жучној кеси.
- Вредности стопе хоспитализације (17,9 на 100 становника), заузетости болничких постеља у акутним болницама (66,3%) и просечне дужина хоспитализације (8,1 дан), говоре о још увек недовољној искоришћености болничких капацитета.
- Просечан број лекара на 100.000 становника у 2013. години у Републици Србији износио је 294 са најнижом вредношћу у Сремском округу (194 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (435 на 100.000).

7. ПРЕДЛОГ МЕРА

Делотворна и исплатива примарна здравствена заштита која испуњава захтеве пацијента појединца, породице и заједнице представља камен темељац система здравствене заштите. Наш систем примарне здравствене заштите тренутно има могућност да суштински редизајнира и унапреди своју улогу нагласком на унапређење квалитета и исхода здравствених услуга. Да би се обезбедило унапређење доступности и квалитета услуга, неопходно је:

- Обезбедити инфраструктуру која обезбеђују доступност становништву;
- Обезбедити здравствене раднике и сараднике за задовољење потреба пацијената;
- Обезбедити финансијска средства за едукацију здравствених радника;
- Обезбедити потпуну интеграцију информационих технологија (ИТ) у примарну здравствену заштиту;
- Унапређење превентивних услуга и менаџмент хроничних пацијената;
- Пружити подршку оснивању и јачању улоге Савета за здравље градова/ општина;
- Унапређење услуга заштите менталног здравља;
- Унапређење рада саветовалишта за хроничне пацијенте.

На основу анализе показатеља коришћења и рада стационарних здравствених установа и изнетих закључака потребно је наставити спровођење мера и активности које доводе до повећања ефикасности и квалитета рада болница. Рад појединих болничких установа и искоришћеност болничких капацитета који се одражава на систем болничке заштите може се унапредити предузимањем следећих мера од стране болничких лекара и менаџера болница:

- утврђивањем и поштовањем критеријума рационалне и стручне селекције пацијената којима је потребно болничко збрињавање (нпр. непотребне хоспитализације пацијената који могу бити збринуте и амбулантно или у дневној болници);
- придржавањем и спровођењем дијагностичких и терапијских протокола (скраћивање времена боравка и избегавање непотребне дијагностике);
- планирањем отпуста и пријема пацијената у сврху што рационалнијег коришћења и што краћег интервала „празног хода” између два болесника и избегавањем или скраћивањем „листе чекања”;
- увођењем система дијагностички сродних група (ДСГ).

С обзиром на то да су многи национални програми и стратегије који су дефинисали циљеве и активности у одређеним областима здравствене заштите истекли или истичу 2015. године неопходно је урадити евалуацију ових програма и стратегија, утврдити шта је реализовано и разлоге евентуалне нереализације одређених активности, како би се могло приступити изради нових за наредни период.

Неки од националних програма чију је евалуацију потребно урадити су:

- Национални програм Србија против рака
- Национални програм за превенцију рака дојке
- Национални програм за превенцију рака грлића материце
- Национални програм за превенцију колоректалног карцинома
- Национални програм здравствене заштите жена, деце и омладине
- Национални програм превентивне стоматолошке здравствене заштите.

Стратегије које је потребно евалуирати су:

- Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести Републике Србије
- Стратегија за палијативно збрињавање

- Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.

Поред наведених програма и стратегија, постоје програми и стратегије које је потребно урадити, а то су:

- Национална стратегија развоја људских ресурса у здравственом систему
- Национални програм превенције и контроле цереброваскуларних болести
- Националне стратегија превенције и контроле повреда
- Национална стратегија хитне медицинске помоћи.