



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

РЕПУБЛИКА СРБИЈА

ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ  
ЗА 2015. ГОДИНУ



ISBN 978-86-7358-074-6

2016.

## **Издавач**

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Суботића, 5, Београд

[www.batut.org.rs](http://www.batut.org.rs)

## **Главни и одговорни уредник**

Прим. др Верица Јовановић

## **Уредник**

Доц. др sc. med. Милена Васић

## **Аутори**

Доц. др sc. med. Милена Васић, специјалиста социјалне медицине

Ана Вукша, дипломирани економиста, специјалиста јавног здравља

Прим. др Драгана Димитријевић, специјалиста епидемиологије

Др Снежана Живковић Перишић, специјалиста епидемиологије

Др Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине

Др sc. med. Драгана Јовић, специјалиста хигијене

Др sc. med. Милена Каназир, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Тања Кнежевић, специјалиста хигијене

Др Горанка Лончаревић, специјалиста епидемиологије

Др Миљан Љубичић, специјалиста социјалне медицине

Мр sc. med. Бранислава Матић Савићевић, специјалиста хигијене

Мр sc. med. Драган Миљуш, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Наташа Мицковски, специјалиста социјалне медицине

Др Снежана Плавшић, специјалиста епидемиологије

Др Ивана Ракочевић, специјалиста епидемиологије

Др Данијела Симић, специјалиста епидемиологије

Др Маја Стошић

Мр sc. med. Весна Хорозовић, специјалиста социјалне медицине

## **Припрема и обрада података**

Зорица Божић, виши дијететски нутрициониста

Слободанка Томашевић, дипломирани инжењер информатике

Сања Савковић, инжењер статистике

## **Лектура и коректура**

Др sc. Тамара Груден, специјалиста књижевне публицистике

## Садржај:

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Становништво и услови живота</b>   | 1  |
| 1.1 Демографски показатељи   | 1  |
| 1.2 Социјално-економски показатељи   | 6  |
| 1.3 Животна средина и здравље  | 25 |
| 1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће  | 25 |
| 1.3.2 Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе                                 | 28 |
| 1.3.3 Квалитет ваздуха   | 33 |
| <b>2. Умирање и оболевање становништва</b>   | 38 |
| 2.1 Смртност становништва  | 38 |
| 2.2 Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем | 39 |
| 2.2.1 Болести система крвотока   | 40 |
| 2.2.2 Малигне болести  | 41 |
| 2.2.3 Шећерна болест   | 48 |
| 2.3 Оболевање и умирање од заразних болести  | 50 |
| <b>3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите</b>                             | 58 |
| 3.1 Здравствено стање деце   | 58 |
| 3.2 Здравствено стање школске деце   | 61 |
| 3.3 Здравствено стање одраслог становништва  | 65 |
| 3.4 Здравствено стање жена   | 70 |
| 3.5 Стоматолошка здравствена заштита   | 73 |
| 3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце  | 74 |
| 3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце  | 76 |
| 3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва                                     | 78 |
| <b>4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите</b>                           | 81 |
| 4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама                                | 81 |
| 4.2 Коришћење болничке здравствене заштите   | 83 |
| <b>5. Здравствене установе и кадрови</b>   | 86 |
| <b>6. Закључци</b>   | 88 |
| <b>7. Предлог мера</b>   | 93 |

# 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).

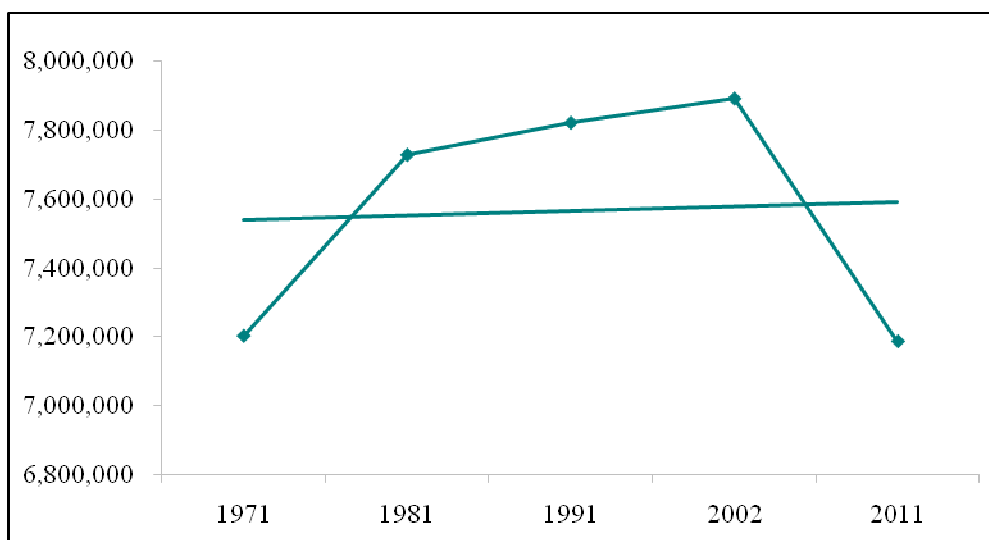
**Табела 1.** Број становника у пописним годинама Србија, 1953–2011.

| 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 <sup>1</sup> | 7.893.125       |
| 1991 <sup>2</sup> | 7.576.837       |
| 2002              | 7.498.001       |
| 2011              | 7.186.862       |

1 – По методологији пописа 1991; 2 – По методологији пописа 2002.

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

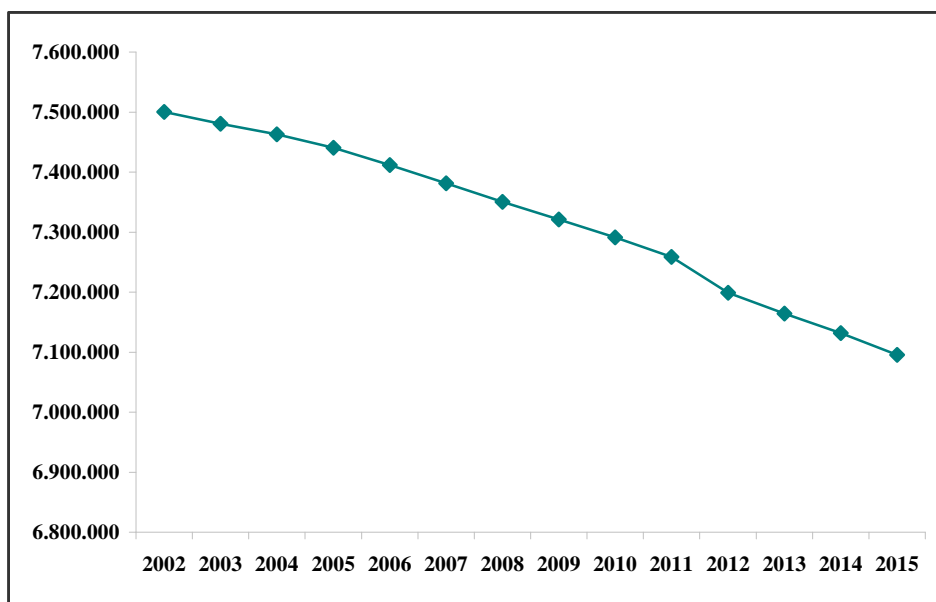
**Графикон 1.** Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2015. година (графикон 2).

**Графикон 2.** Процењен број становника, Србија, 2002–2015.



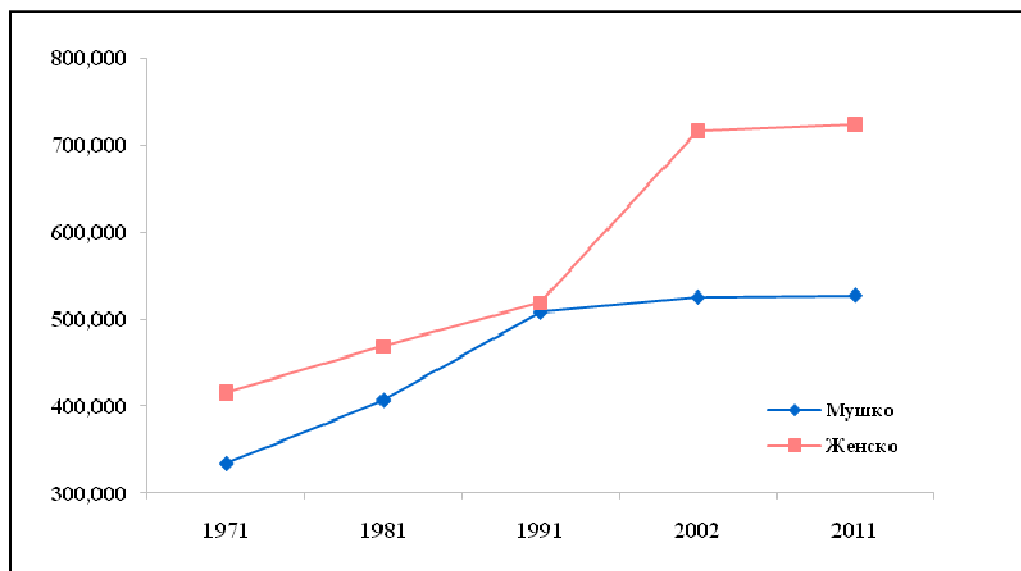
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

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

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



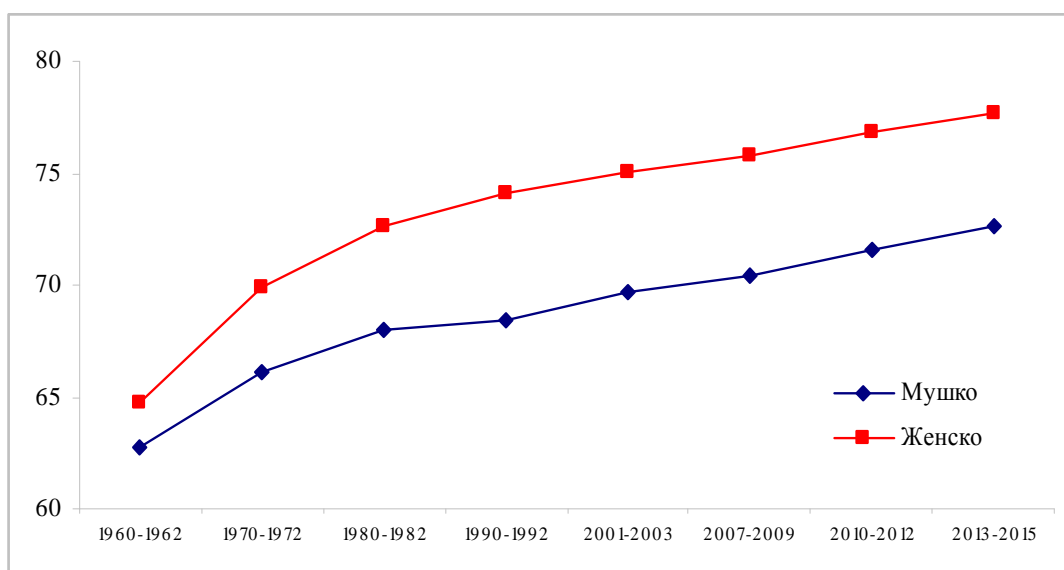
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

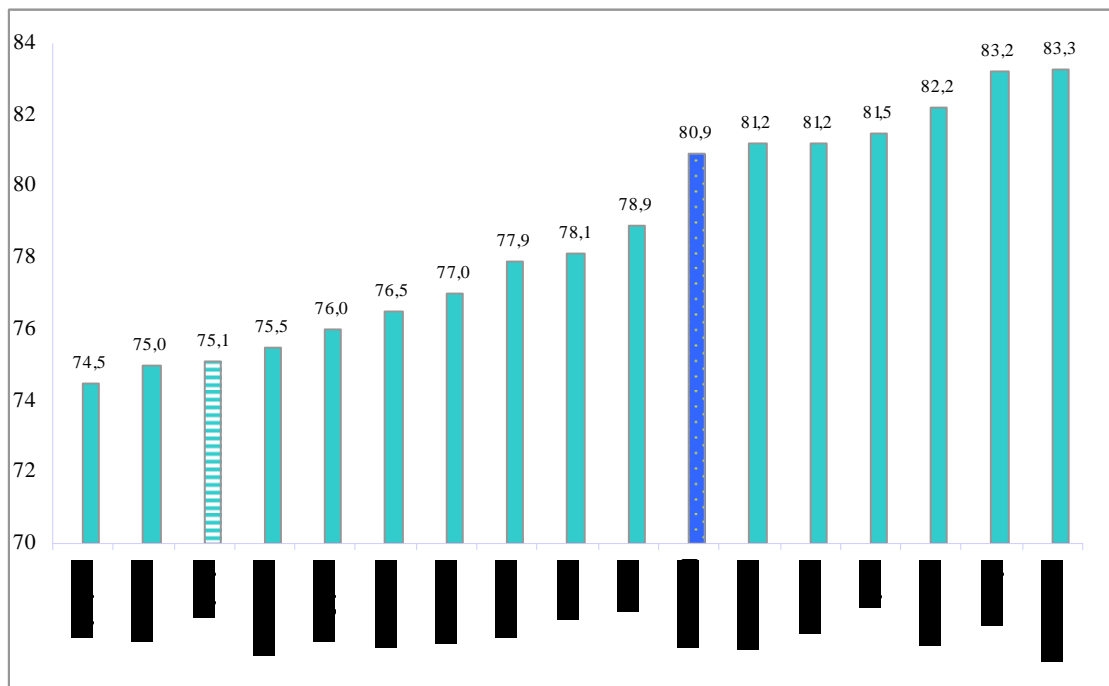
Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва и квалитета његовог живота. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2015. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2015. године достигло 72,6 година. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2015. години оно бележи пораст за 13 година (77,7 година).

**Графикон 4.** Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2015.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

**Графикон 5.** Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2015.) и изабраним европским земљама (2014.)



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

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

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

- смањење наталитета – стопа наталитета (на 1000 становника) је са 9,6 у 2006. години смањена на 9,3 у 2015. години;
- уједначена стопа општег морталитета (на 1000 становника) до 2014. године, када је вредност овог показатеља износила 14,2. У 2015. години стопа општег морталитета расте и износи 14,6;
- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -4,3 у 2006. години на -5,3 у 2015. години;



- смањење опште стопе смртности одојчади – стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце била је нижа у 2015. години у односу на претходне године и износила је 5,3 (табела 2);

**Табела 2.** Витални догађаји, Србија, 2006–2015.

| ПОКАЗАТЕЉ                                       | 2006. | 2007. | 2008. | 2009. | 2010. | 2011. | 2012. | 2013. | 2014. | 2015 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Стопа наталитета (на 1000 становника)           | 9,6   | 9,2   | 9,4   | 9,6   | 9,4   | 9,0   | 9,3   | 9,2   | 9,3   | 9,3  |
| Стопа опште смртности (на 1000 становника)      | 13,9  | 13,9  | 14,0  | 14,2  | 14,2  | 14,2  | 14,2  | 14,0  | 14,2  | 14,6 |
| Стопа природног прираштаја (на 1000 становника) | -4,3  | -4,7  | -4,6  | -4,6  | -4,8  | -5,2  | -4,9  | -4,8  | -4,9  | -5,3 |
| Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)      | 7,4   | 7,1   | 6,7   | 7,0   | 6,7   | 6,3   | 6,2   | 6,3   | 5,7   | 5,3  |

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

## 1.2 Социјално-економски показатељи

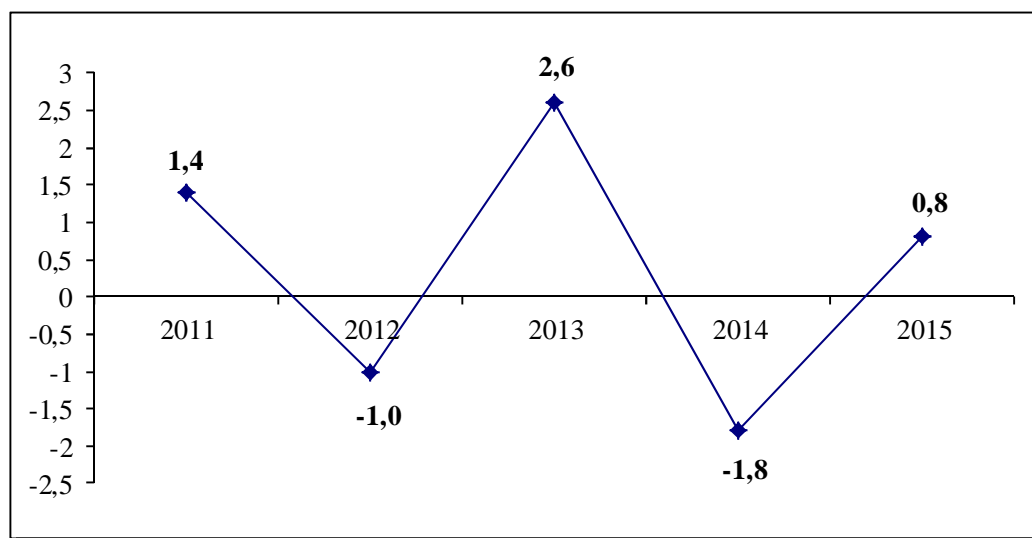
У последњем кварталу 2014. године домаћа економска активност почиње да се опоравља и тако се превазилазе негативни ефекти поплава које су у мају погодиле Србију. На привредни опоравак током 2015. године кључни утицај имали су: јачање инвестиционих улагања, а нарочито снажан раст приватних инвестиција и раст нето извоза. Позитиван допринос остварили су и благи опоравак кредитне активности, пораст запослености и ниски инфлаторни притисци. Са друге стране, приватна потрошња, односно финална потрошња домаћинстава је услед фискалне консолидације имала негативан допринос на раст бруто домаћег производа. Негативни ефекти су међутим ублажени, и то по основу пада трошкова отплате кредита, раста зарада у

приватном сектору, раста дознака из иностранства и пада цена деривата нафте. Ниски инфлаторни притисци током 2014. године настављени су и у 2015. години, а сама инфлација је испод доње границе дозвољеног одступања од циља. Домаћа валута је током 2015. године релативно стабилна. Међутим, незапосленост је релативно висока, иако је настављен тренд опадања стопе незапослености. Недостатак сопствених извора, у склопу финансијских активности намеће потребу за даљим задуживањем, тако да се већ достигнути високи ниво задужености у току 2015. године додатно увећава. Стабилизацији јавних финансија и позитивној перцепцији страних инвеститора свакако су допринели доследно спровођење усвојених мера фискалне консолидације и структурних реформи, као и трогодишњи стендбај аранжман одобрен од стране ММФ-а у фебруару 2015. године.

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски агрегат, а самим тим и индикатор економског развоја и макроекономске стабилности. Он представља меру укупне економске активности свих резидентних институционалних јединица, при чему је обухваћена производња како материјалних добара, тако и свих врста услуга. Стопа раста бруто домаћег производа у посматраном периоду у Србији показује осцилације између позитивних и негативних вредности. У 2011. години ова стопа бележи раст од 1,4%, да би у 2012. години била негативна и исказала смањење бруто домаћег производа за 1,0% у односу на претходну годину (графикон 6). У наредној, 2013. години бележи се значајнији позитиван раст од 2,6%, а у 2014. години поновни пад и то за 1,8%. У последњој посматраној години стопа раста бруто домаћег производа поново је позитивна и износи 0,8%, што је 4720 евра (5235 US\$) по становнику. Укупан бруто домаћи производ процењен је на 33.491 милион евра. Највећи раст бруто домаћег производа у 2015. години бележи сектор грађевинарства. Значајан раст остварен је и у разменљивим секторима: рударство, прерађивачка индустрија, снабдевање електричном енергијом, гасом и паром и снабдевање водом и управљање отпадним

водама. Пад бруто домаћег производа је посебно био изражен у сектору пољопривреде, шумарства и рибарства.

**Графикон 6.** Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2011–2015.

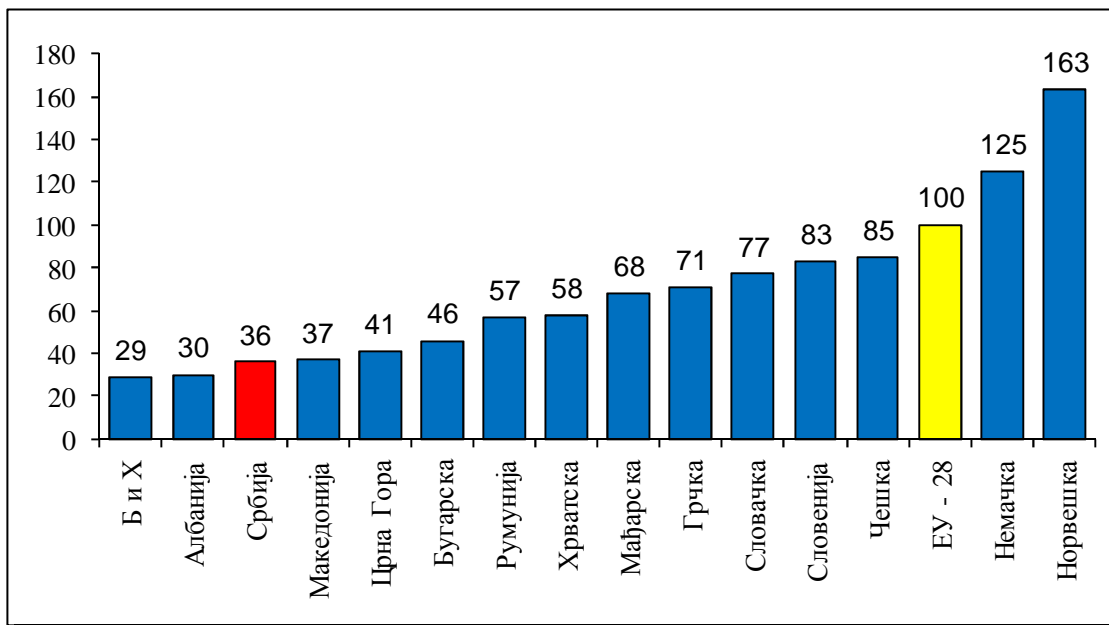


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

У посматраном петогодишњем периоду стопе раста бруто домаћег производа земаља Европске уније су углавном позитивне. Изузетак је 2012. година, када је ова стопа негативна и на нивоу просека Европске уније и код већине земаља чланица, а код једног броја земаља и у наредној, 2013. години. Ова стопа је на нивоу Европске уније у 2015. години 2,2% и највећа је у посматраном периоду. Негативну стопу раста бруто домаћег производа забележила је само Грчка (-0,2%).

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2015. години износи свега 36 индексних поена просека Европске уније, односно 10.368 PPS по становнику у еврима. Нижи индекс бруто домаћег производа по становнику имају само Босна и Херцеговина и Албанија, док је највиши у Луксембургу и износи чак 271 индексних поена (ЕУ=100). Овај индикатор има релативно стабилну вредност у Србији у посматраном периоду, а у односу на претходну годину показује смањење за један индексни поен (графикон 7).

**Графикон 7.** Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2015. (ЕУ-28 = 100)



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Републички завод за статистику 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 2015. годину, Србија је рангирана на 94. позицији, на листи од 140 земаља, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 3,89. Тиме је задржала истоветну позицију из претходне године, док је Индекс у 2014. години био 3,90. 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 дошло је првенствено до промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену макроекономског окружења забележен је напредак у односу на извештај из претходне године, са 3,51 на 3,60. У домену здравства и основног образовања, као једном од 12 стубова конкурентности дошло је до пораста вредности GCI са 5,76 у 2014. на 5,87 у 2015. години (ранг је са 68. померен на 62.). У структури свих фактора који се истичу као генератори проблема у пословној активности у Србији, јавно здравље учествује са најмањих 0,6% (при том је забележен позитиван помак у односу на претходну годину, када је ово учешће било за један процентни поен веће).

Вредност GCI коју је Србија остварила у 2015. години свега је за 0,01 нижа у односу на претходну годину, када је била и највиша у посматраном периоду.

Највећу вредност GCI од 5,76 у 2015. години је као и претходне године забележила Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земаље из окружења Србија се налази иза свих, са изузетком Босне и Херцеговине (3,71). Позиције изнад Србије заузимају: Чешка (4,69), Пољска (4,49), Румунија (4,32), Бугарска (4,32), Словенија (4,28), Македонија (4,28), Мађарска (4,25), Словачка (4,22), Црна Гора (4,20), Хрватска (4,07), Грчка (4,02) и Албанија (3,93).

У 2015. години смањена је рањивост финансијског система у односу на претходну годину. Томе је пре свега допринело значајно смањење екстерне неравнотеже, односно дефицита текућег рачуна платног биланса, који је на крају 2015. године износио 4,8% бруто домаћег производа (у односу на 6,0% у 2014. години). У супротном смеру деловало је повећање учешћа јавног дуга у БДП-у. Према званичним подацима Министарства финансија настављена је тенденција повећавања јавног дуга, присутна у читавом посматраном петогодишњем периоду, па је тако дуг централне државе на крају 2015. године износио 76% БДП-а (на крају 2014. године износио је 71%). Уколико се у посматрање укључи и негарантовани дуг јединица локалне власти, ово учешће износи преко 77% БДП-а. Такође је неповољна и његова валутна структура, с обзиром да је око 78% дуга деноминовано у иностраној валути. Ниво јавног дуга је знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему (45% БДП-а).

Крајем 2015. године спољни дуг Србије износио је око 80% БДП-а, а повећање од три процентна поена у односу на претходну годину уследило је искључиво због задуживања државе, с обзиром да је учешће приватног спољног дуга у бруто домаћем производу смањено. Треба имати у виду да је 80% критеријум Светске банке за улазак у област високе задужености, као основни индикатор екстерне солвентности.

У 2015. години у Србији је дошло до раста нето извоза. Након што је у 2014. години услед нестабилности глобалних економских кретања извоз драматично успорен

(остварио је тек незнатни раст од 1,4%, због поплава и пада тражње у државама чланицама Европске уније), 2015. године извоз остварује значајан раст од 7,8%. Са друге стране, увоз након скромне стопе раста од 0,4% у 2014. години, бележи у 2015. години раст од чак 5,8%.

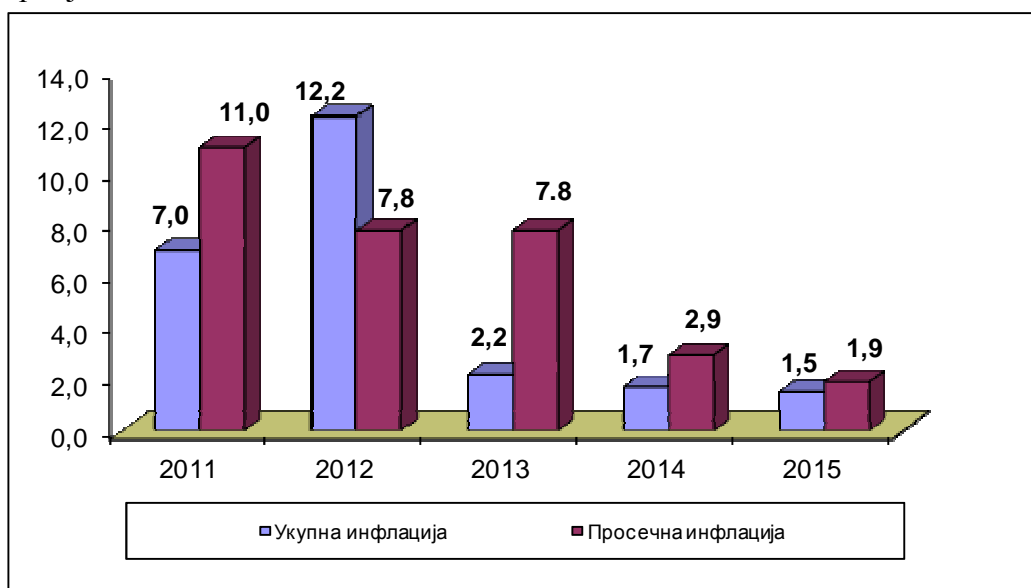
Нето стране директне инвестиције у 2015. години имају раст од 5,4% у односу на претходну годину. Свакако је подстицању раста СДИ допринела и активност државе на унапређењу регулаторног окружења.

Крајем 2014. године усвојене су мере фискалне консолидације: смањење трошкова зарада и рационализација јавног сектора; смањење издвајања за пензије; смањење субвенција и реструктуирање јавних и државних предузећа. Номинално смањење зарада у јавном сектору и пензија спроводи се од новембра 2014. године, да би до повећања дошло тек крајем 2015. године. На тај начин су током 2015. године додатно ослабили инфлаторни притисци. Томе је пре свега допринела ниска домаћа тражња, али и низ фактора из међународног окружења, а пре свега снажни пад цене нафте и других примарних производа на светском тржишту, као и ниска инфлација у међународном окружењу. Осцилације девизног курса биле су још блаже у односу на 2014. годину, тако да је на нивоу целе године, динар у односу на евро опао за свега 0,5% (5,2% у 2014. години). Народна банка Србије је током 2015. године интервенисала на девизном тржишту у оба смера, и продајом и куповином евра (била је нето купац девиза у износу од 520 милиона евра), како би смањила прекомерне краткорочне осцилације девизног курса, очувала ценовну и финансијску стабилност и одржала адекватни ниво девизних резерви. Девизне резерве на крају 2015. године повећане су у односу на претходну годину за 0,5 милијарди евра и износиле су 10,4 милијарде евра бруто, што представља адекватан ниво за очување финансијске стабилности. За привреду Србије карактеристична је висока финансијска евроизација, а степен евроизације је у 2015. години незнатно и повећан. 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, 2011–2015. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз тенденцију опадања стопе инфлације од 2013. године. Томе су значајно 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 током 2013. године, током већег дела 2014. године и током 2015. године дају стопу укупне инфлације која је испод доње границе циљане инфлације ( $4\% \pm 1,5\%$ ). У 2015. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је свега 1,5%, што је за 0,2 процентна поена мање у односу на 2014. годину. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2015. години такође је мањи у односу на претходну годину, а износио је 1,9% (графикон 8).

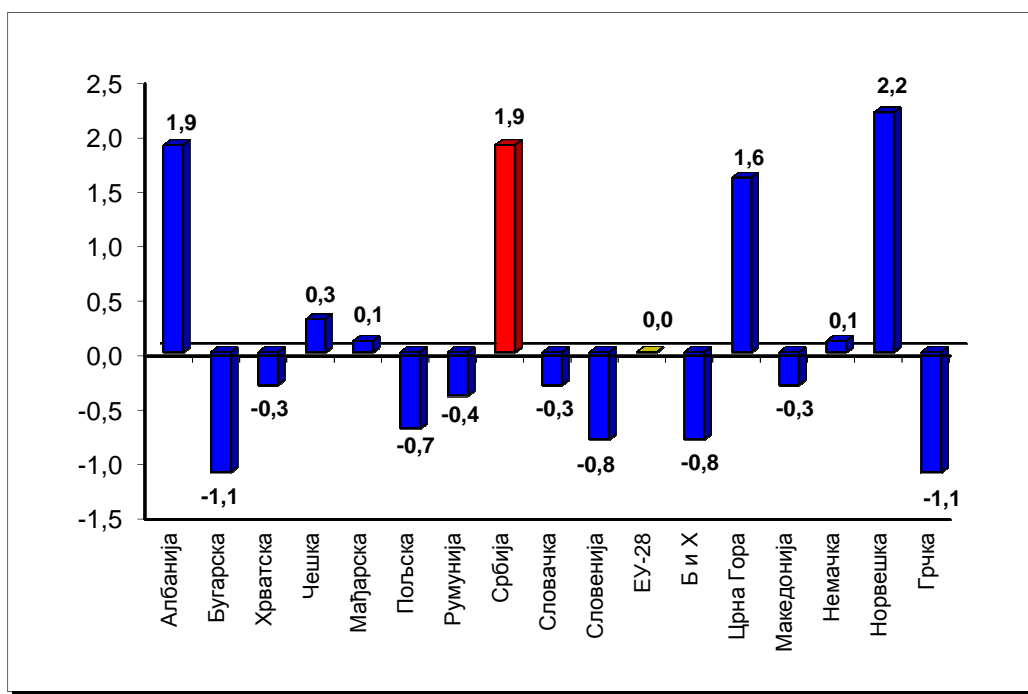
**Графикон 8.** Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2011–2015.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (0%, односно без инфлације, што представља пад у односу на претходну 2014. годину за 0,5%) . Постоје значајне разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У 2015. години генерално је дошло до снижавања стопа инфлације посматраних земаља, па је већи број њих исказало негативну стопу раста инфлације. Ова стопа је у Србији и даље знатно виша у односу на земље из окружења (графикон 9).

**Графикон 9.** Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2015.



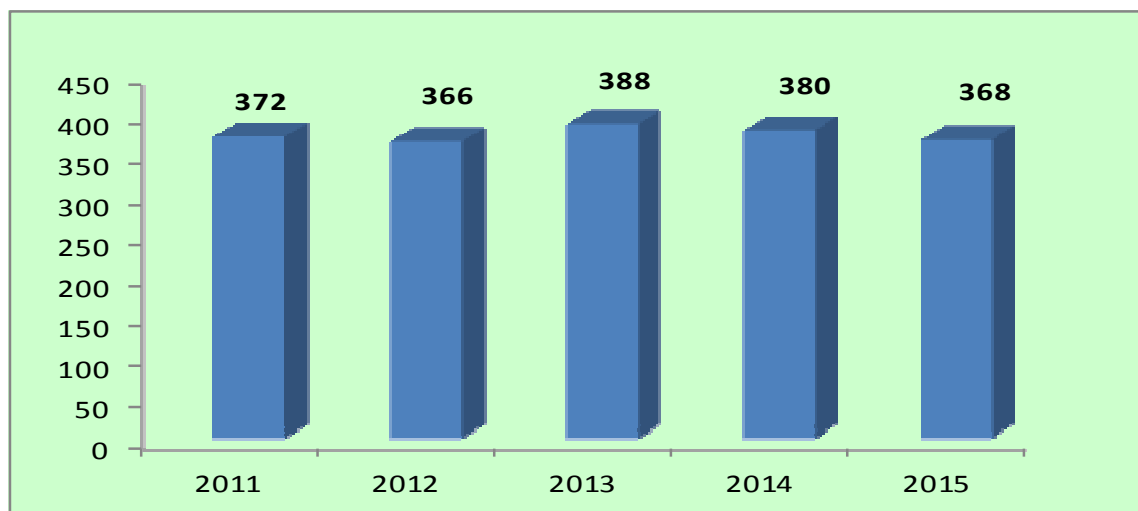
Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pdxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>

У посматраном петогодишњем периоду (2011–2015), просечне нето зараде благо осцилирају, од 372 евра у 2011. години до највишег износа на средини посматраног периода и 368 евра у 2015. години. Међутим, реална стопа раста је са 0,7% на почетку периода опала на 0,2% у 2011. години и имала највећи пораст у 2012. години од 1,1%. Након тога, у 2013. и 2014. години ове стопе раста просечних реалних нето зарада



постају негативне и износе -1,5%, односно -2,1% у 2015. години. Раст зарада је на тај начин следио рестриктивну фискалну политику Владе, која је и обезбедила смањење јавне потрошње. Реалне стопе раста пензија негативне су у читавом посматраном периоду и у 2015. години ова стопа је -5,2%. У 2015. години просечна нето зарада у Србији износила је 44.432 динара, што је благи номинални пад у динарима и пад индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 10).

**Графикон 10.** Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2011–2015.



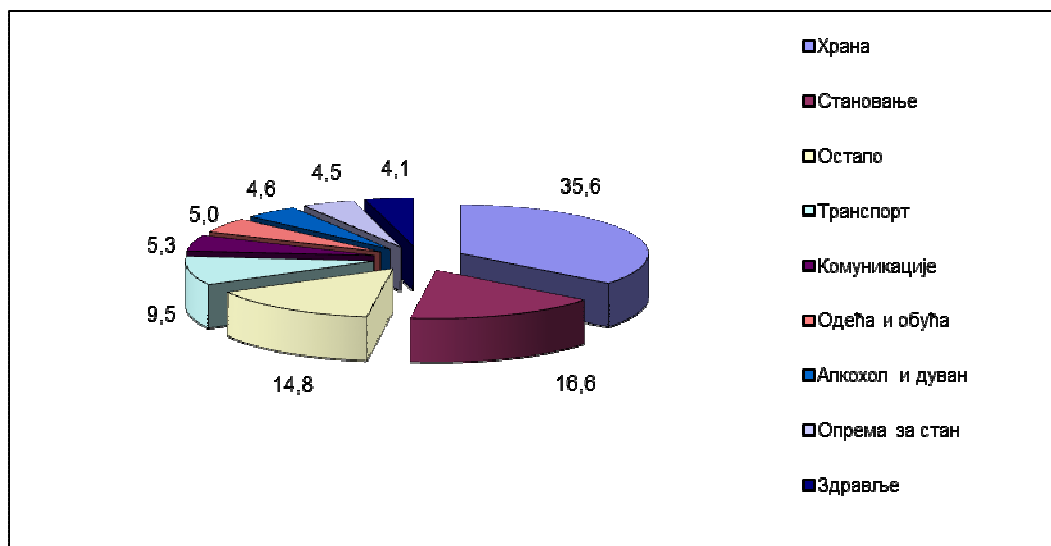
Извор података: Републички завод за статистику Србије

У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу нижима. У 2015. години у Србији је просечна месечна бруто зарада износила 368 евра (380 евра у 2014. години), а на сличном нивоу налазила се и Македонија – 365. Насупрот, више зараде имале су: Бугарска – 457, Црна Гора – 482, Босна и Херцеговина – 659, Хрватска – 747, Мађарска – 801, Чешка – 960, Словачка – 1026, Словенија – 1850 и Грчка – 1471 евра.

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинства, као и пензије као основни социјални трансфер становништву производе и одговарајући ниво личне потрошње домаћинства, као и њену структуру по намени. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2015. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 57.814 динара (54.424 динара у

2014. години). У структури личне потрошње домаћинстава у 2015. години највеће учешће имају, као и сваке године издаци за исхрану (35,6%), што представља наставак пада њиховог учешћа у структури укупне личне потрошње (у односу на претходну годину 3 процентна поена). Следе их трошкови становања (16,6%), што је незнатно више у односу на претходну годину. Остали издаци, у које се убрајају: рекреација и култура, образовање, ресторани и хотели и остали лични предмети и услуге, и 2015. године су наставили тренд повећања свог учешћа за 1,4 процентна поена и износе 14,8%. Издаци за транспорт су повећали своје учешће у структури личне потрошње домаћинстава за 0,5% и у 2015. години износе 9,5%. Своје учешће у структури личне потрошње повећали су и издаци за комуникације, на 5,3%. Издаци за здравље повећали су незнатно своје учешће и у 2015. години износе 4,1%. Одећа и обућа и алкохолна пића и дуван су смањили своје учешће, док су издаци за опрему за стан и текуће одржавање остали на истом нивоу (графикон 11).

**Графикон 11.** Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2015.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, наслеђен и даље продубљиван кроз процесе реструктурирања и глобалне економске кризе. Поред неусклађености између понуде и тражње радне снаге,

тржиште рада показује несклад и у старосној, професионалној и квалификационој структури.

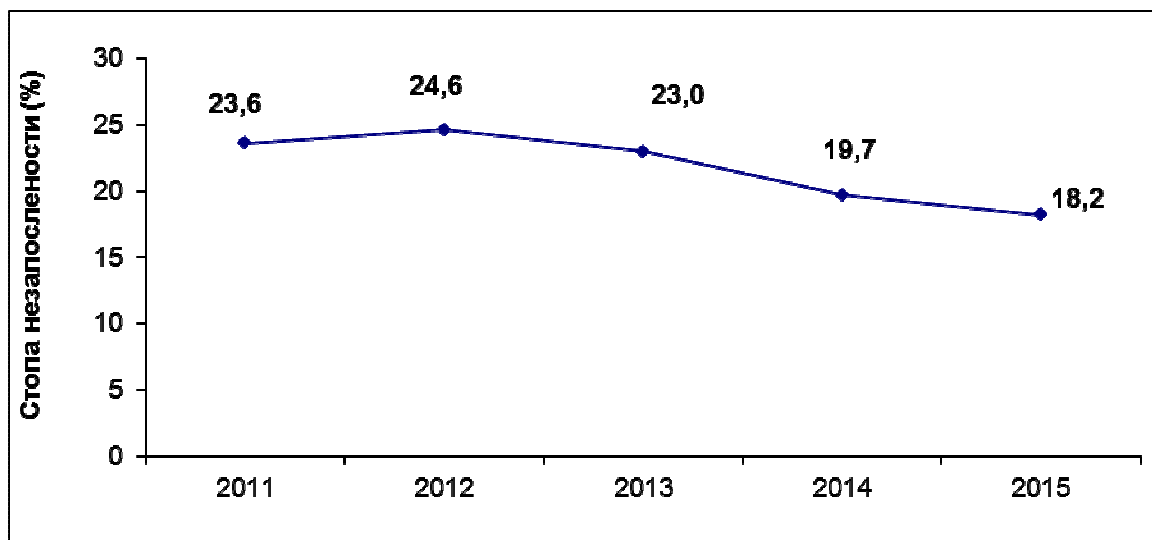
Негативна тенденција пада броја запослених прекида се средином посматраног периода. У 2014. години долази до даљег повећања укупног броја запослених, што се наставља и у последњој посматраној години, тако да је тај број према Анкети о радној снази у 2015. години 2.574.200 лица. Од тога је формално запослених 2.050.200, од чега ван пољопривреде 1.834.900. 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 посматраном периоду стопа запослености расте и у 2015. години износи 52% становништва радног узраста, што је повећање од 6,6 процентних поена у односу на 2011. годину.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва (радна снага: запослени и незапослени) у становништву радног узраста (15–64 године) износи у 2015. години 63,6%, што је за 1,8 процентних поена више у односу на претходну годину.

Стопа незапослености становништва радног узраста, као базични индикатор тржишта рада, у паду је од 2013. године, тако да је у 2015. години на нивоу од 18,2%. То је ниже у односу на претходну годину за 1,5 процентних поена, а такође је ниже и у односу на почетак посматраног периода. Стопа незапослености становништва радног узраста достигла је највиши ниво у 2012. години, када је износила 24,6% (графикон 12). Незапосленост у Србији је скоро двоструко виша у односу на просек Европске уније (9,4%) и знатно је већа у односу на низ европских земаља, као што су: Бугарска, Словачка, Словенија, Пољска, Румунија, Мађарска и Чешка. Од земаља из окружења, приближно исти ниво незапослености бележе: Црна Гора, Македонија, Албанија и Хрватска (графикон 13). Укупан број незапослених у 2015. години смањен је за 11.238

лица, тако да износи укупно 551.900. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 19,3%, при чему је успорена и њена динамика пада (пад за 1,1 процентни поен у односу на 4,2 процентна поена смањења у 2014. години). Стопа незапослености је највећа код лица са средњим образовањем, која у укупној незапослености учествују са 64,5%.

**Графикон 12.** Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2011–2015.



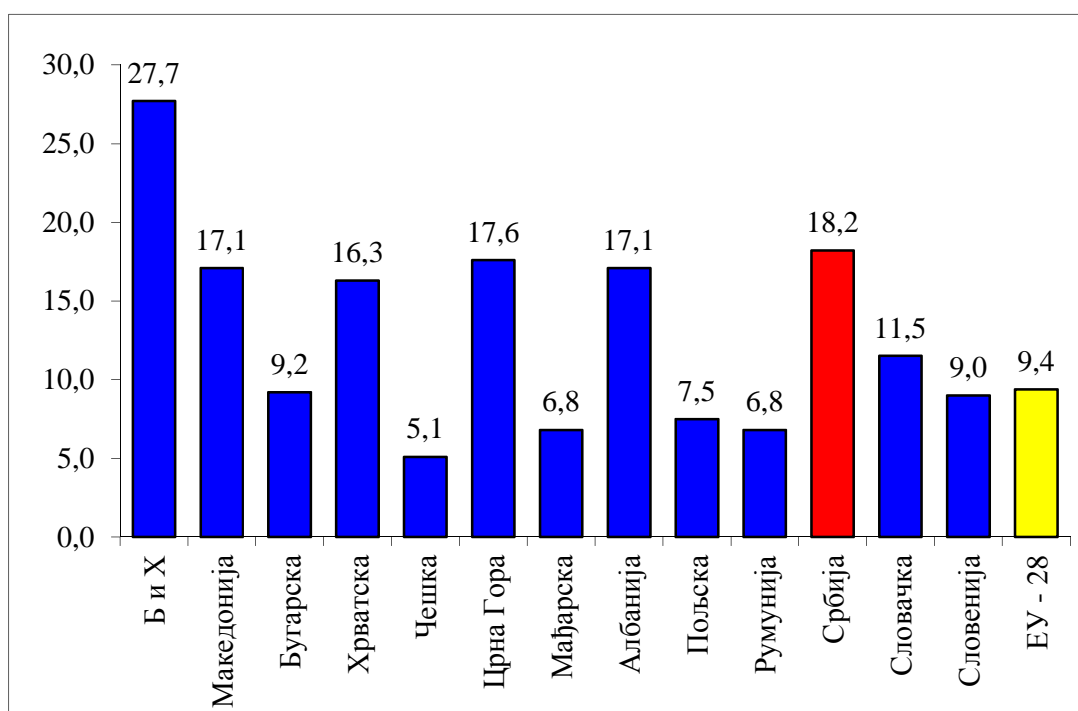
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2015. години. У односу на 2014. годину ова стопа опада, али знатно споријом динамиком. Њене три димензије су:

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 11,3%. То је пад у односу на претходну годину за два процентна поена, али и даље указује на висок степен социјалне искључености.

2. Учешће дугорочне незапослености у укупној смањило се за 3,7 процентних поена у односу на претходну годину, али је и даље на изузетно високом нивоу и износи 64%.
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 7,4%, што је ипак смањење у односу на претходну годину, за 1,1 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, 2015.



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pdxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webzrs.stat.gov.rs/axd/index.php>; Завод за статистику Црне Горе, <http://www.monstat.org/cg>; Државни завод за статистику Републике Македоније, <http://www.stat.gov.mk>; Агенција за статистику БиХ, <http://bhas.ba>

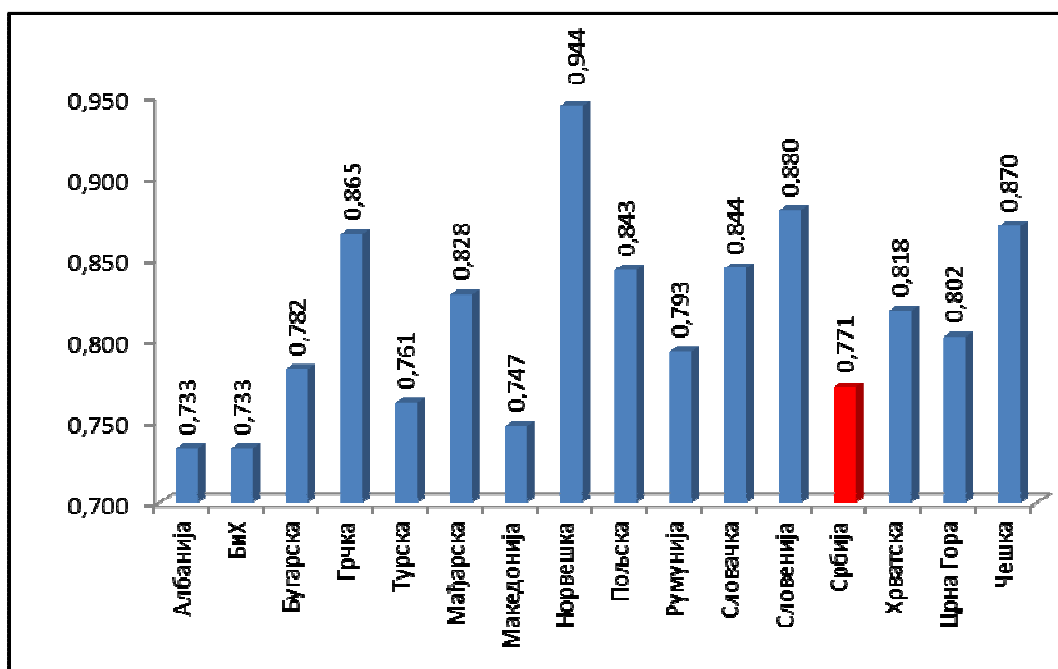
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја. Индекс хуманог развоја (HDI) је

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, према последњим доступним подацима, у 2014. години износио 0,771.

Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI прилагођеног индекса (0,693) су следеће: очекивани животни век 74,9 година (здравствени индекс 0,773), просечна дужина школовања 10,5 година и очекивана дужина школовања 14,4 година (образовни индекс 0,688) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 12.190 (доходни индекс 0,627).

Према вредности индекса хуманог развоја Србија је на 66. месту у свету и има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља, што се дугује пре свега релативно ниској вредности доходног подиндекса (графикон 14).

**Графикон 14.** Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2014.



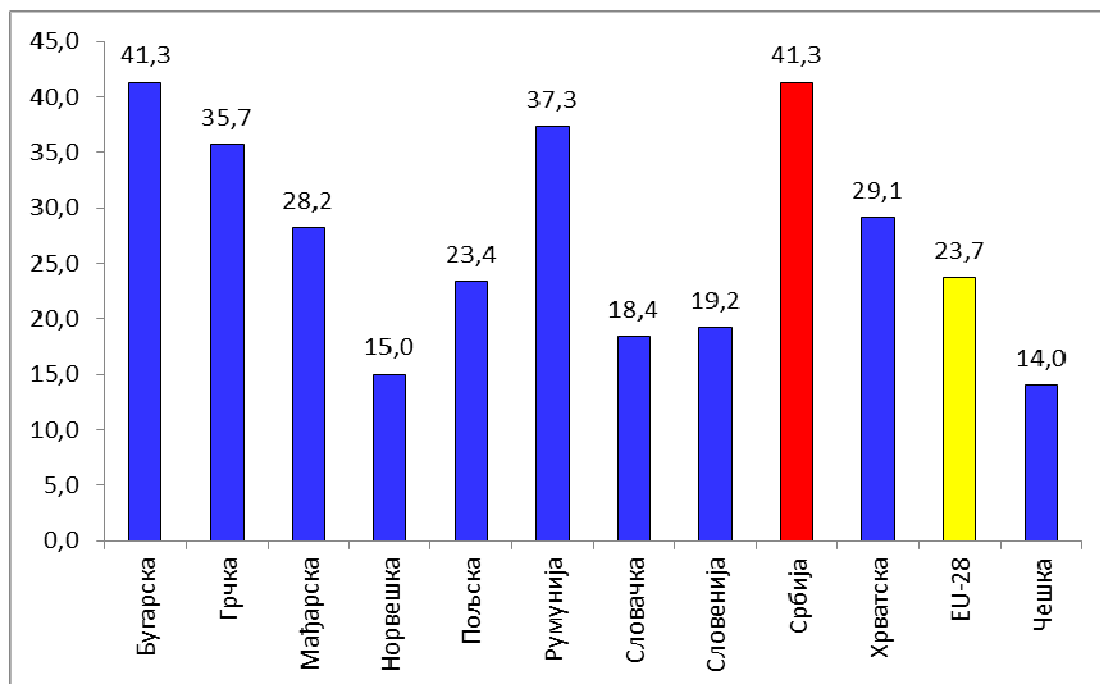
Извор података: UNDP Database, <http://www.un.org/en/databases>

Према подацима Анкете о приходима и условима живота, стопа ризика од сиромаштва (удео лица чији је еквивалентни приход мањи од релативне линије сиромаштва) у Србији је у 2015. години била 25,4%, односно незнатно је смањена у односу на претходну годину. Релативна линија сиромаштва (праг ризика од сиромаштва) представља 60% медијане националног еквивалентног прихода и у 2015. години износила је 14.920 динара просечно месечно за једночлано домаћинство.

Ризику од сиромаштва су највише изложена лица 18–24 године (30,3%) и лица млађа од 18 година (29,9%), док најнижу стопу ризика од сиромаштва имају особе старије од 65 година (19,7%). Највишу стопу ризика од сиромаштва имају домаћинства са троје и више издржаване деце (35,8%), као и самохрани родитељи с једним или више издржаване деце (35,4%).

Међутим, најважнији показатељ угрожености за међународна поређења је стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености. Ризик сиромаштва или социјалне искључености интегрише сва три фактора ризика: стопу ризика од сиромаштва, низак интензитет рада и изразиту материјалну депривацију и њему је изложено чак 41,3%, становника Србије у 2015. години (1,9 процентних поена мање него у претходној години). То је изразито лоша перформанса, с обзиром на то да је ова стопа на нивоу Европске уније просечно износила 23,7% (графикон 15). Низак интензитет рада има стопу од 15,6%, док је стопа изразите материјалне ускраћености чак 26,0%.

**Графикон 15.** Стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености у Србији и изабраним европским земљама, 2015.



Извор података: Републички завод за статистику Србије; Eurostat, <http://ec.europa.eu/Eurostat>

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују релативно благе осцилације у периоду 2010–2014. 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.

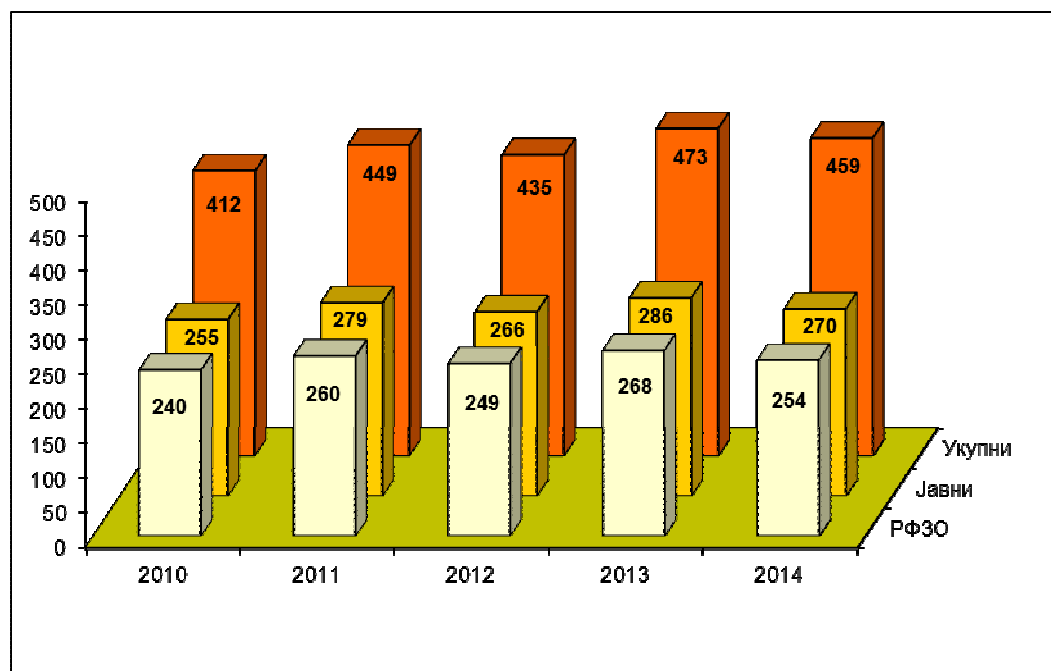
Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз релативно стабилно учешће у бруто домаћем производу. Расходи за здравствену заштиту у 2010. години у Србији стабилизују се на нивоу достигнутом претходне године. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији поново расту. 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. У 2013. години, укупни расходи за здравствену заштиту расту по стопи од осам процената, а већи су посматрано и у еврима.



У последњој посматраној години укупни расходи за здравствену заштиту незнатно су већи него претходне године (3,276 милијарди евра) односно 459 евра по становнику (графикон 16). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су у паду и износили 254 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту такође у паду и износили су 270 евра по становнику.

Приватни расходи за здравствену заштиту од 2012. године расли су по вишој стопи раста од укупних (10%), а у 2014. години једини су показали раст (5%) и износили су 189 евра по становнику.

**Графикон 16.** Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2010–2014.

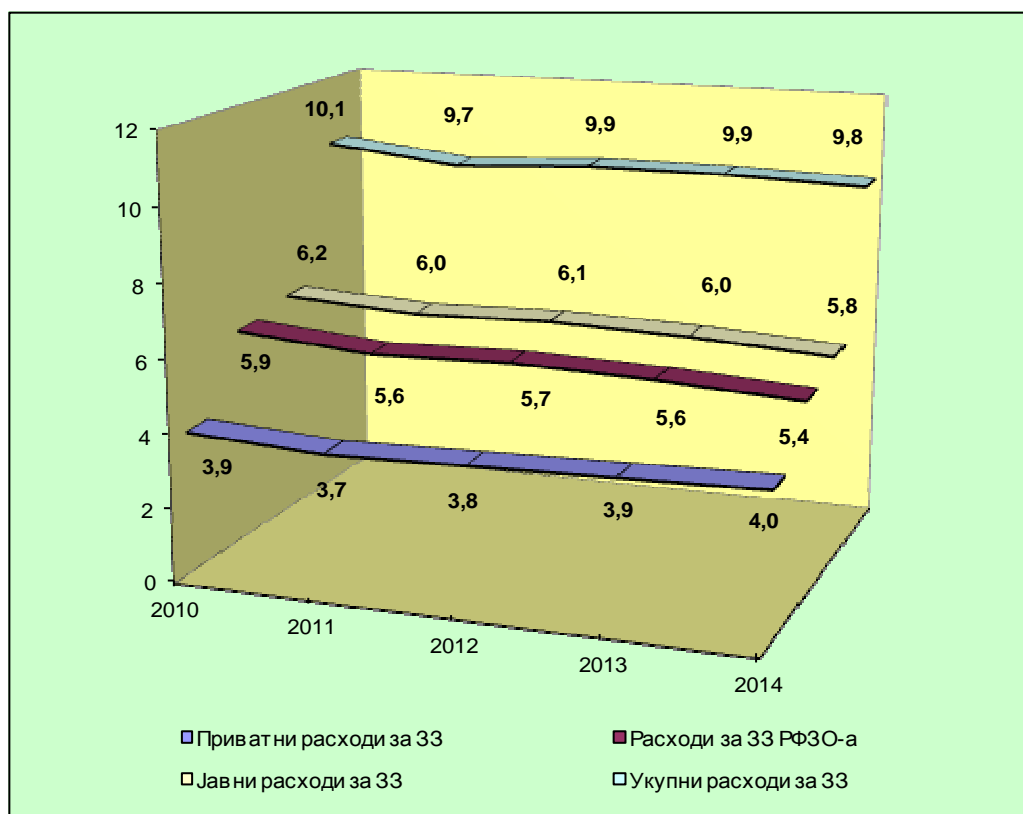


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу благо осцилира у посматраном периоду, с тим да је у првој години посматраног периода 10,1% БДП-а (графикон 17), а у последњој износи 9,8%. Учешће приватних расхода за здравствену заштиту сасвим благо осцилира у посматраном периоду и у 2014. години је на нивоу 4,05% БДП-а. Учешће расхода за здравствену заштиту

Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП-у износи 5,4% у 2014. години, са кретањем које је карактеристично за кретање укупних расхода за здравствену заштиту. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 5,8% у 2014. години, уз сличну динамику у посматраном периоду.

**Графикон 17.** Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2010–2014.



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

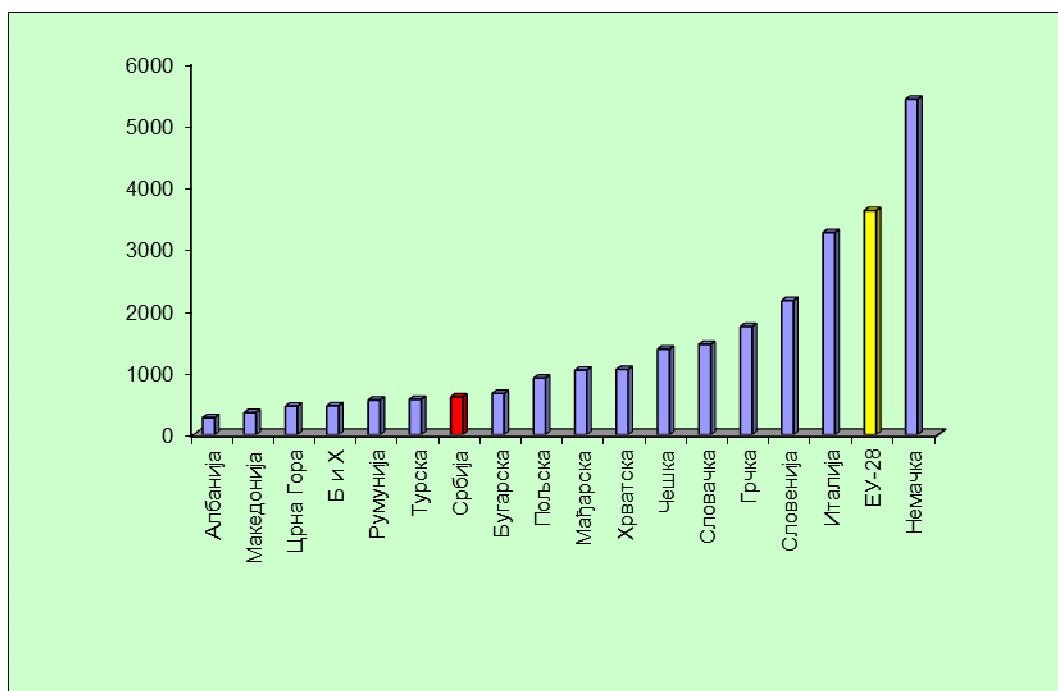
Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 9,8% нешто испод просека Европске уније (за 0,2 процентна поена) у 2014. години и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља.

Већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат БДП-а, у Европи има свега неколико земаља: Шведска (11,9%), Швајцарска (11,7%), Француска (11,5%), Немачка (11,3%), Аустрија (11,2%), Белгија (10,6%) и Молдавија (10,3%).

Све остале европске земље издвајају мање од Србије, посматрано као учешће укупних расхода за здравствену заштиту у БДП-у: Босна и Херцеговина (9,6%), Словенија (9,2%), Бугарска (8,4%), Словачка (8,1%), Грчка (8,1%), Хрватска (7,8%), Мађарска (7,4%), Чешка (7,4%), Македонија (6,5%), Црна Гора (6,4%), Пољска (6,4%), Албанија (5,9%), Румунија (5,6%), Турска (5,4%), и др.

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 18).

**Графикон 18.** Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику, Србија, ЕУ-28 и изабране европске земље, 2014.



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 2015. години у 25 области укупно контролисан 2721 јавни водовод и водни објекат. Од укупног броја, контролисано је 155 јавних водовода градских насеља, 922 јавна водовода сеоских насеља и 1644 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката, на физичко-хемијску исправност укупно је контролисано 83.947 узорака воде за пиће од којих је 17.365 или 20,7% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 86.427 узорака воде од којих је 6272 или 7,3% било неисправно.

У 2015. години на територији Републике Србије у 25 области укупно су контролисана 155 јавна водовода градских насеља и то 42 у региону Војводине, 75 у региону западне Србије и Шумадије, 32 у региону источне и јужне Србије и 7 у региону Београда.

На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 61.804 узорка воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6593 или 10,7% било неисправно.

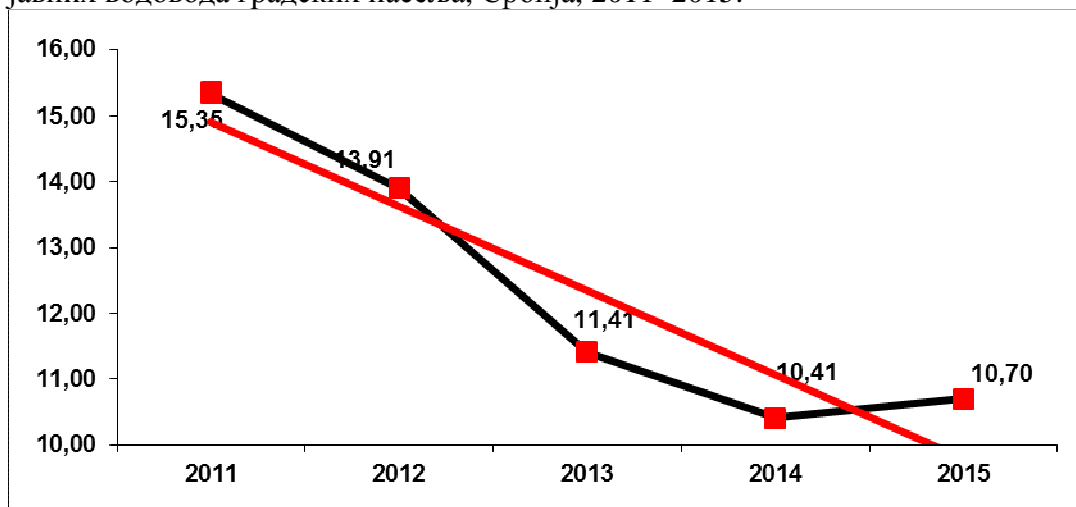
Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања физичко-хемијске исправности, за период од 2011. до 2015. године, износила је 12,4%. У наведеном периоду, физичко-хемијска неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 15,4 % до 10,7% показујући благи тренд пада што указује на пораст физичко-хемијски исправних узорака воде за пиће (графикон 19).

У 2015. години на микробиолошку исправност је испитано 62.622 узорка воде за пиће из јавних водовода градских насеља, а од тог броја 1992 или 3,2% 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 2011. до 2015. године је износила 3,8%.

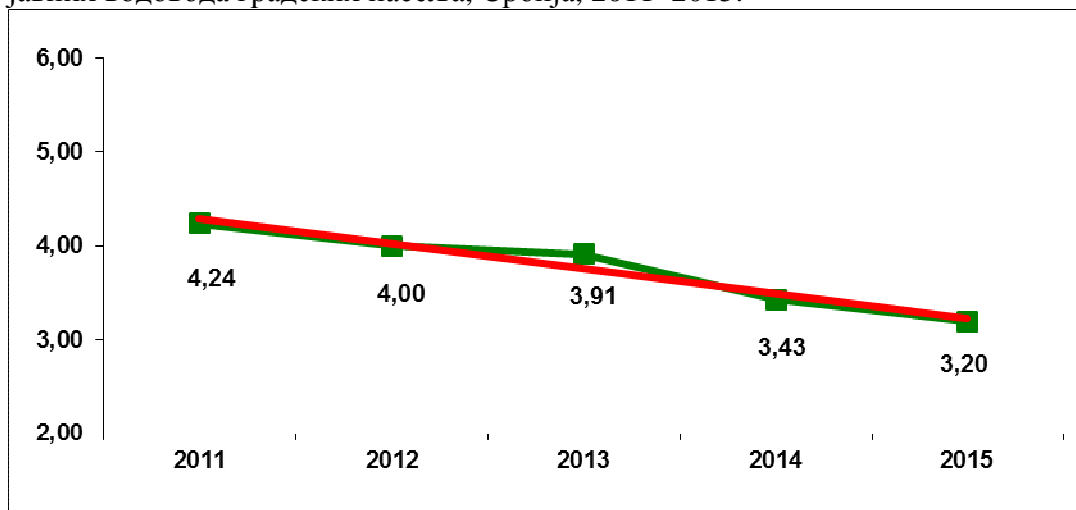
У наведеном периоду, микробиолошка неисправност контролираних узорка воде за пиће се кретала у распону од 4,2% до 3,2% са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорка воде за пиће (графикон 20).

**Графикон 19.** Процент физичко-хемијски неисправних узорка воде за пиће јавних водовода градских насеља, Србија, 2011–2015.



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

**Графикон 20.** Процент микробиолошки неисправних узорка воде за пиће из јавних водовода градских насеља, Србија, 2011–2015.



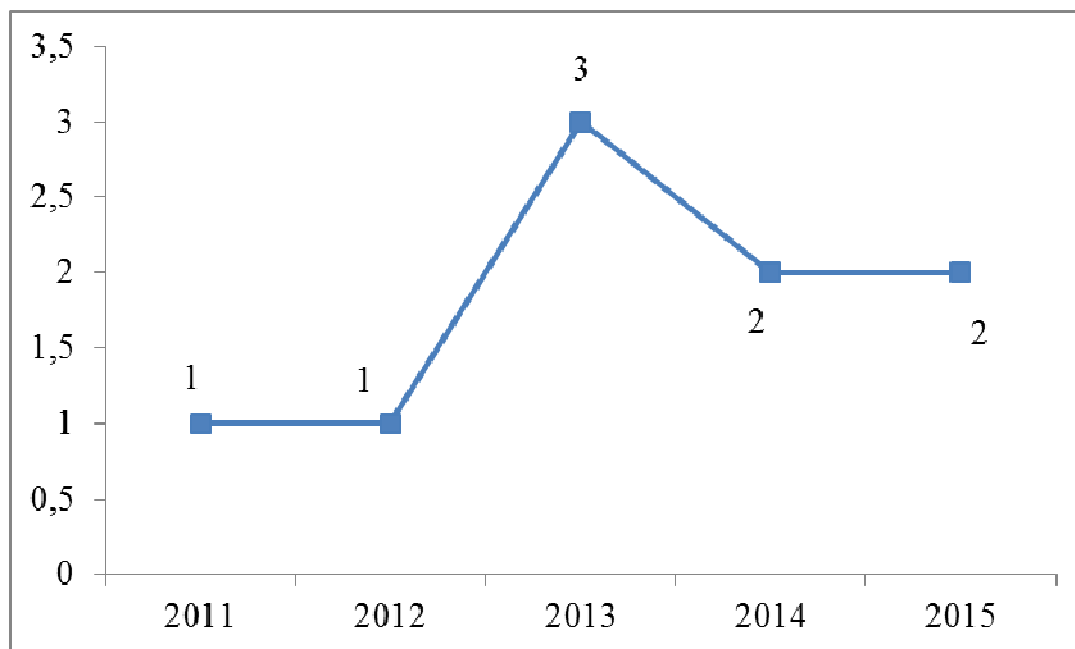
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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 2015. години у Републици Србији регистроване су две хидричне епидемије (графикон 21) са 109 оболелих особа (графикон 22). Епидемије су последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из индивидуалних водних објеката сеоских домаћинстава.

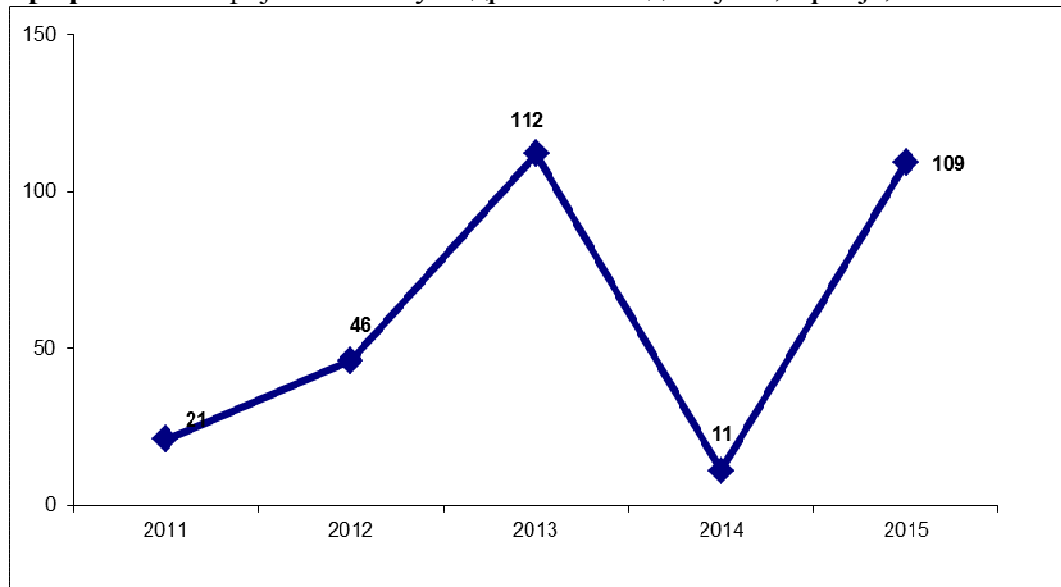
Хидричне епидемије у протеклом петогодишњем периоду су настале као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из индивидуалних водних објеката сеоских домаћинстава, као и нетретиране површинске воде која се користила као вода за пиће.

**Графикон 21.** Број хидричних епидемија, Србија, 2011–2015.



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

**Графикон 22.** Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2011–2015.



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

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

У мрежи института и завода за јавно здравље Републике Србије се, у складу са Законом о безбедности хране („Сл. гласник РС”, бр. 41/2009), током 2015. године континуирано испитивала здравствена безбедност/исправност тринаест група намирница (почетне и прелазне формуле за одојчад, храна за одојчад и малу децу, храна за особе на дијети за мршављење, храна за посебне медицинске намене, храна за особе интолерантне на глутен, замене за со за људску употребу, додаци исхрани – дијететски суплементи, соли за људску исхрану и производњу намирница, адитиви, ароме, ензимски препарати за прехранбене производе, помоћна средства у производњи прехранбених производа) и три групе флашираних вода (природне минералне воде, природне изворске воде и стоне воде).

Микробиолошка испитивања, која су у 2015. години обухватила 4810 узорка из наведених група намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 0,71% или 34 узорка било неисправно, при чему је 1,42% или 14 неисправних узорка било

домаћег порекла и 0,42% или 20 узорака пореклом из увоза. Најчешћи разлози микробиолошке неисправности испитиваних намирница били су повећан број квасница и плесни (23 или 1,69% контролисаних узорака), повећан број аеробних бактерија које формирају колоније (10 или 0,48% контролисаних узорака) и налаз *Bacillus cereus*-а, идентификованог у 6 или 0,25% контролисаних узорака.

Физичко-хемијска испитивања, која су исте године обухватила 5308 узорака из наведених група намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 2,22% или 118 узорака било неисправно, од чега је 2,46% или 26 било домаћег порекла, а 2,17% или 92 узорка пореклом из увоза.

Највећи број испитаних узорака намирница био је физичко-хемијски неисправан због неправилности у декларацији (49 од 343 контролисана узорка), садржаја адитива већег у односу на декларисани/по спецификацији (7 од 132 контролисана узорка) и одступања од декларисаног састава односно од спецификације (29 од 343 контролисана узорка).

Број микробиолошки испитаних узорака намирница је у 2015. години у односу на број испитаних у 2014. био мањи за 4,2%. Посматрано у односу на укупан број микробиолошки испитаних узорака (4810 у 2015. години односно 5021 у 2014. години), у 2015. години је регистрован мањи проценат овог вида неисправности (0,71%) него што је то био случај у 2014. години (0,80%).

Број физичко-хемијски испитаних узорака намирница у 2015. години је у односу на број испитан у 2014. био мањи за 4,5%. Посматрано у односу на укупан број физичко-хемијски испитаних узорака (5308 у 2015. години односно 5557 у 2014. години), у 2015. је регистрован већи проценат неисправности (2,2%) него што је то био случај у 2014. години (1,7%).

Временски тренд испитивања узорака намирница на параметре здравствене исправности за период од 2010. до 2015. године указује на пад укупног броја испитаних



и пад броја узорака испитиваних на параметре микробиолошке и физичко-хемијске исправности (табела 3).

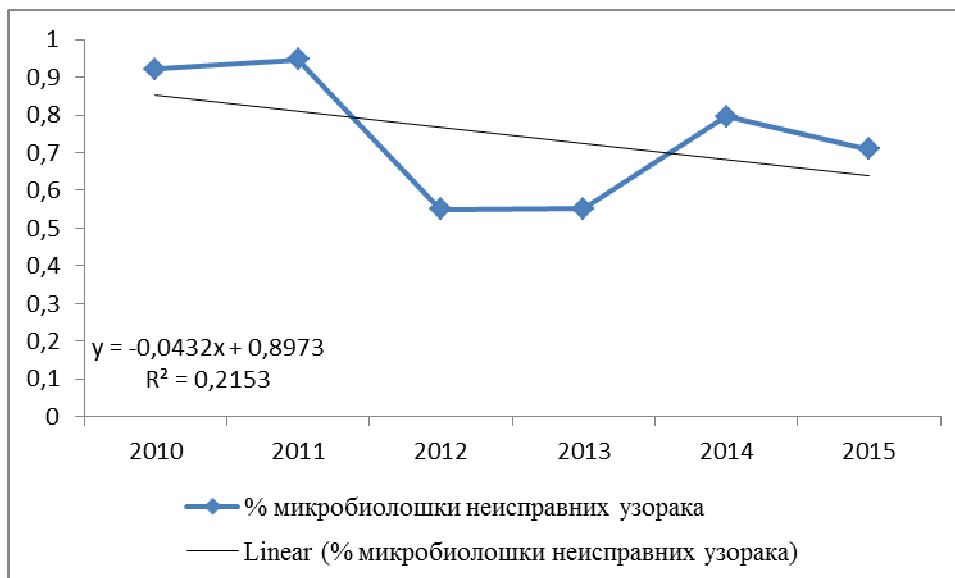
**Табела 3.** Број физичко-хемијски и микробиолошки испитаних узорака намирница, Србија, 2010–2015.

| Г<br>О<br>Д<br>И<br>Н<br>А | Намирнице домаћег порекла             |   | Намирнице пореклом из увоза           |   | УКУПНО                                |   |
|----------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
|                            | Број микро-биолошки испитаних узорака | Број физичко-хемијски испитаних узорака | Број микро-биолошки испитаних узорака | Број физичко-хемијски испитаних узорака | Број микро-биолошки испитаних узорака | Број физичко-хемијски испитаних узорака |
| 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                                    |
| 2014.                      | 1124                                  | 1228                                    | 3897                                  | 4329                                    | 5021                                  | 5557                                    |
| 2015.                      | 1044                                  | 1059                                    | 3766                                  | 4249                                    | 4810                                  | 5308                                    |
| 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                                  |
| Index 13/14                | 62,86                                 | 54,41                                   | 106,56                                | 103,81                                  | 92,21                                 | 86,46                                   |
| Index 14/15                | 92,88                                 | 86,24                                   | 96,64                                 | 98,15                                   | 95,80                                 | 95,52                                   |

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

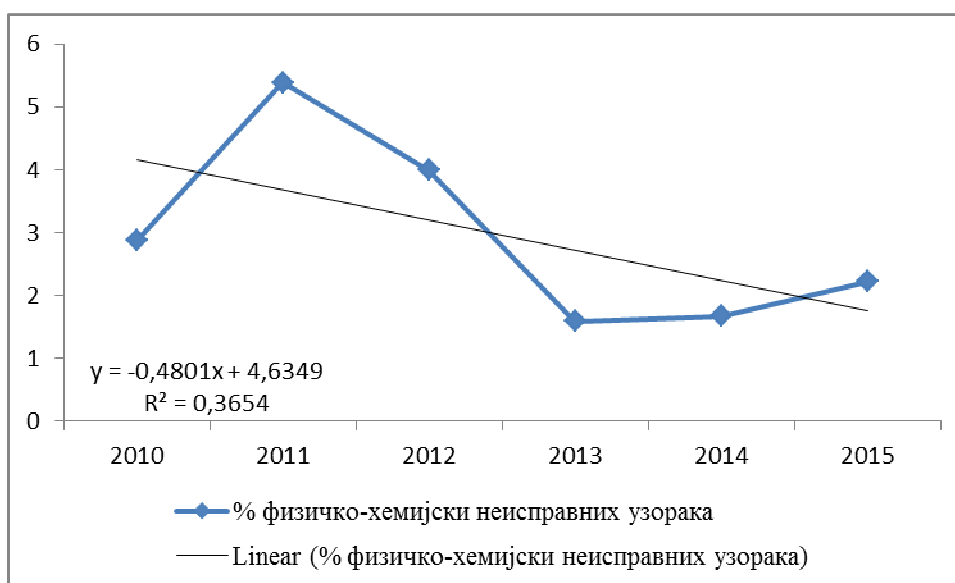
Временски тренд микробиолошке и физичко-хемијске неисправности намирница испитаних у периоду од 2010. до 2015. године указује на пад опште неисправности и намирница домаћег порекла и намирница пореклом из увоза. Заступљеност неисправних у укупном броју микробиолошки испитаних узорака током протеклих пет година није прелазила 1%. У укупном броју физичко-хемијски испитаних, заступљеност неисправних узорака намирница била је највећа 2011. године (5,4%), а најмања 2013. године (1,6%) (графикони 23 и 24).

**Графикон 23.** Тренд микробиолошке неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2015.



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

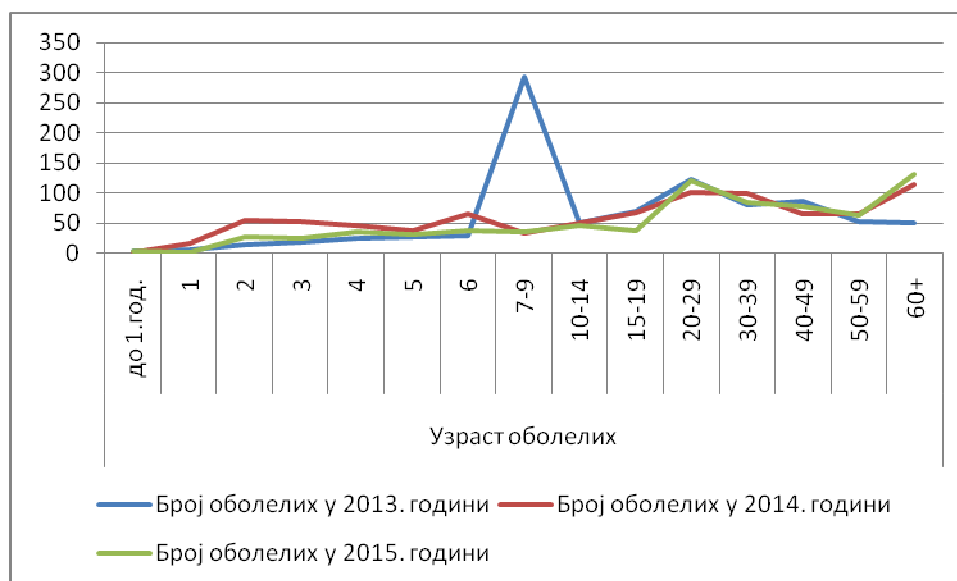
**Графикон 24.** Тренд физичко-хемијске неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2015.



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

Узрасна дистрибуција оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења у периоду од 2013. до 2015. године приказана је на графикону 25.

**Графикон 25.** Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења према годинама живота, Србија, 2013–2015.



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

Контрола здравствене исправности тринаест група намирница се у појединим областима обављала у скромном обиму. То значи да у 2015. години девет завода за јавно здравље није имало на микробиолошкој анализи ниједан, а десет завода за јавно здравље није имало на физичко-хемијској анализи ниједан узорак намирница.

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

### 1.3.3 Квалитет ваздуха

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

У Србији систематско праћење квалитета ваздуха (имисија) се обавља путем мерења и евидентирања вредности појединих индикатора на мерним местима у две мреже мерних станица. Прва је Државна мрежа аутоматских мерних станица (40) постављених од стране Агенције за животну средину Србије. Услед вишегодишње праксе неодржавања аутоматских мерних станица, с временом је дошло до све мање територијалне покривености мониторинга квалитета ваздуха које врши Агенција за животну средину Србије. Вредности индикатора за 2015. годину показују:

Сумпор-диоксид је током 2015. године праћен у 32 насеља на 60 мерних места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2015. години била су Косовска Митровица, Звечан и Чачак, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били Бор, Елемир и Зрењанин. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2014. годину забележен је у Београду, Бору, Краљеву, Сеојну и Смедереву, док је у Ваљеву, Великим Црљенима, Врању, Зајечару, Звечану, Јагодини, Кикинди, Косовској Митровици, Костолцу, Крушевцу, Прибоју, Сенти и Ћуприји загађеност била већа него претходне године.

Чађ је током 2015. године праћена у 27 насеља на 45 мерних места. Најмање загађена урбана целина у 2015. је била Кикинда. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Зајечар и Ужице. Пад загађености ваздуха димом у односу на претходну 2014. годину забележен је у Београду, Бору, Ваљеву, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Нишу, Панчеву, Сеојну и Ћуприји, док је у Елемиру, Зајечару, Звечану, Зрењанину, Ивањици, Јагодини, Кикинди и Косовској Митровици забележен пораст загађења.

Таложне материје су током 2015. године праћене у 24 насеља на 31 мерном месту. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2015. била су Звечан и Шабац.

Специфичне загађујуће супстанције током 2015. године праћене су у 29 насеља на 61 мерних места. Неорганске загађујуће материје праћене су у Београду, Бору, Ваљево, Великим Црљенима, Грабовцу, Елемиру, Зајечару, Звечану, Зрењанину, Јагодини, Кикинди, Косјерићу, Косовској Митровици, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Лазаревцу, Лесковцу, Нишу, Обреновцу, Панчеву, Прибоју, Севојну, Сенти, Смедереву, Ћуприји, Ужицу, Чачку и Шапцу.

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

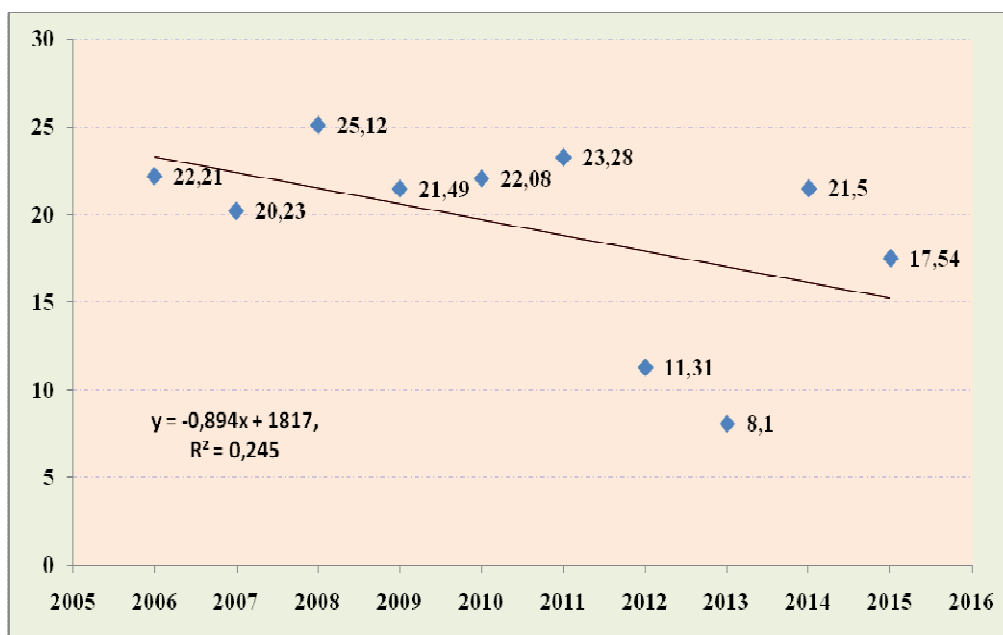
Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање неквалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.

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

С обзиром на економску кризу, праћену опадањем индустријске производње, у току је транзиција извора загађења ваздуха урбаних простора. У том смислу, саобраћај и индивидуална кућна ложишта постају доминантни извори загађења.

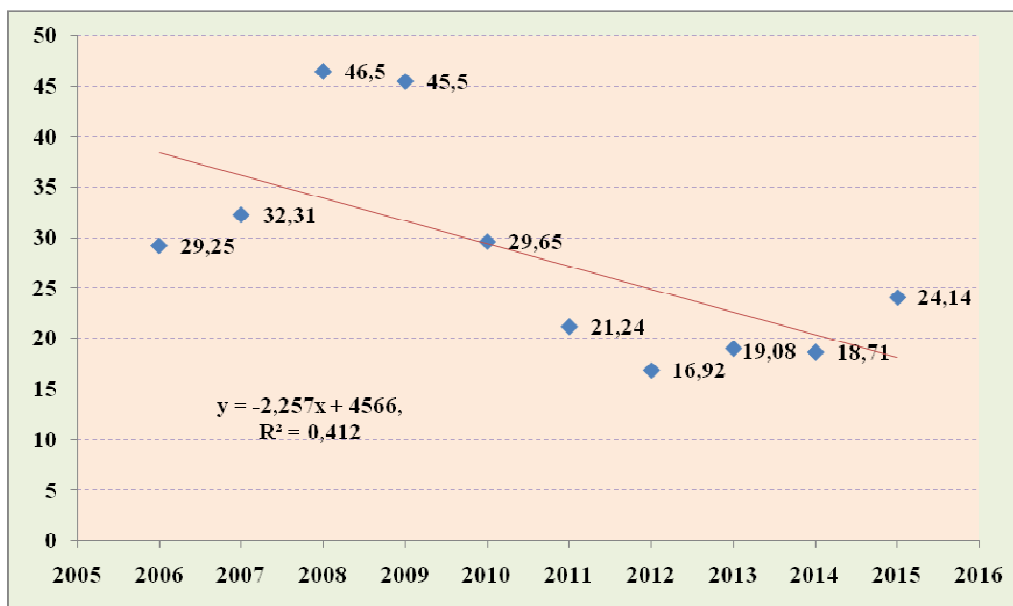
Опадајући тренд загађења амбијенталног ваздуха сумпор-диоксидом, у Београду, може бити узрокован коришћењем све мање кућних ложишта у урбаним деловима града, то јест све динамичнијим ширењем мреже корисника топлана на природни гас, који, од свих енергената, сагоревањем ослобађа најмање концентрације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

**Графикон 26.** Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Београд, 2006–2015.



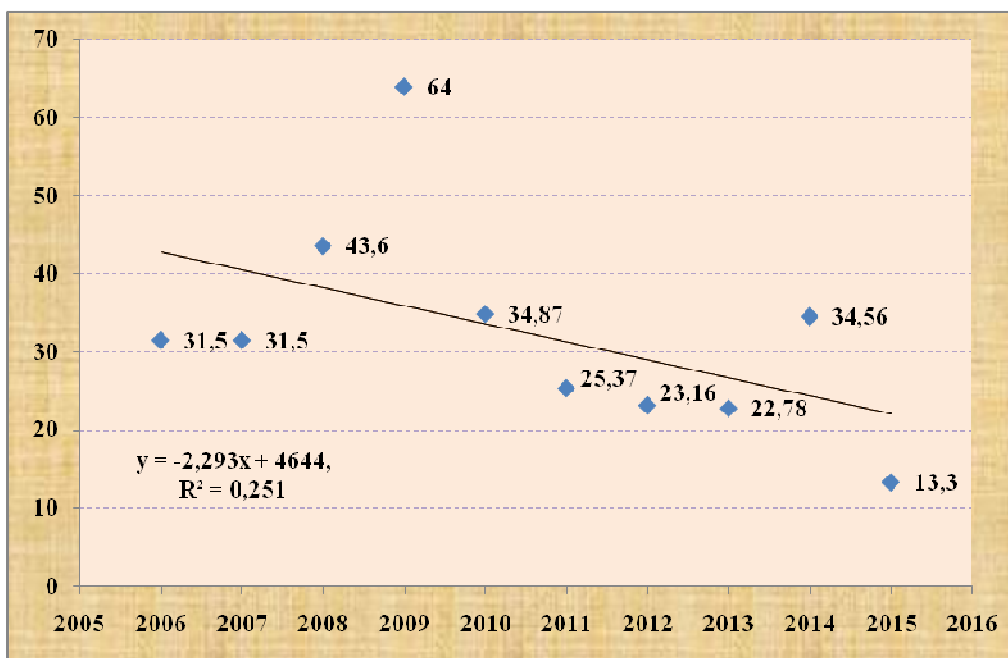
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 27.** Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2006–2015.



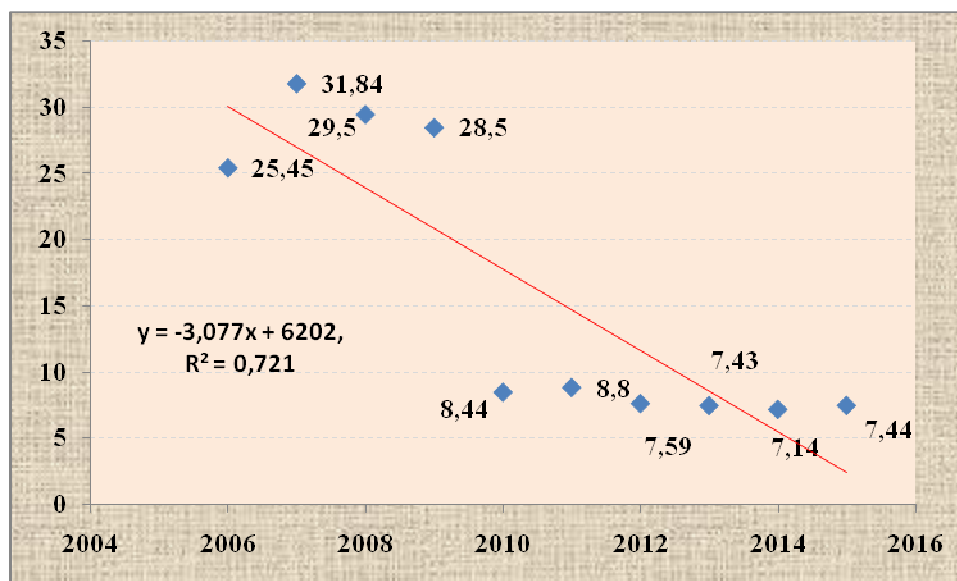
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 28.** Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2006–2015.



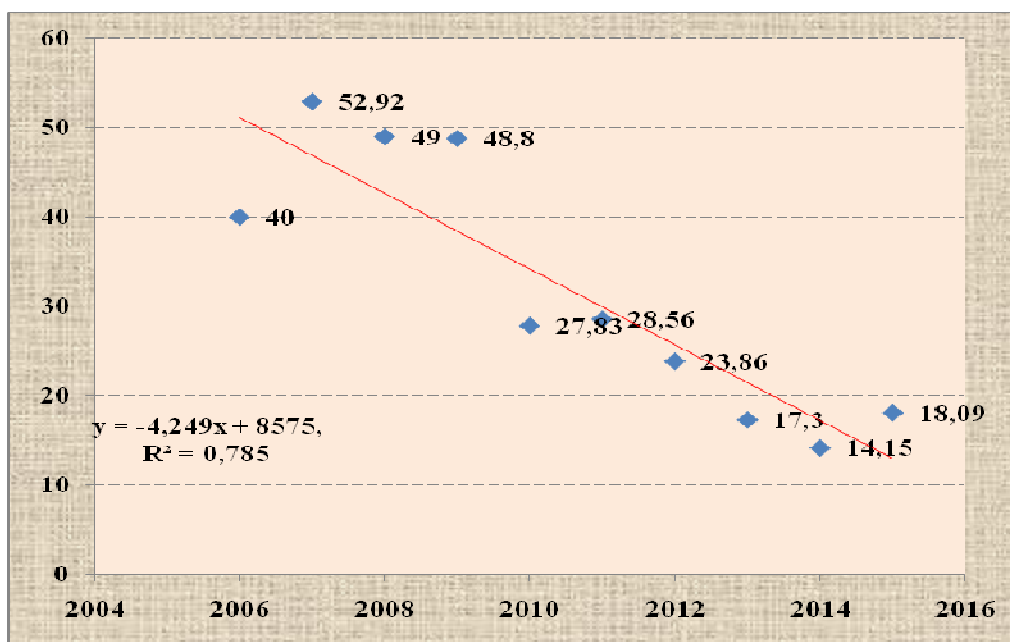
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 29.** Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2006–2015.



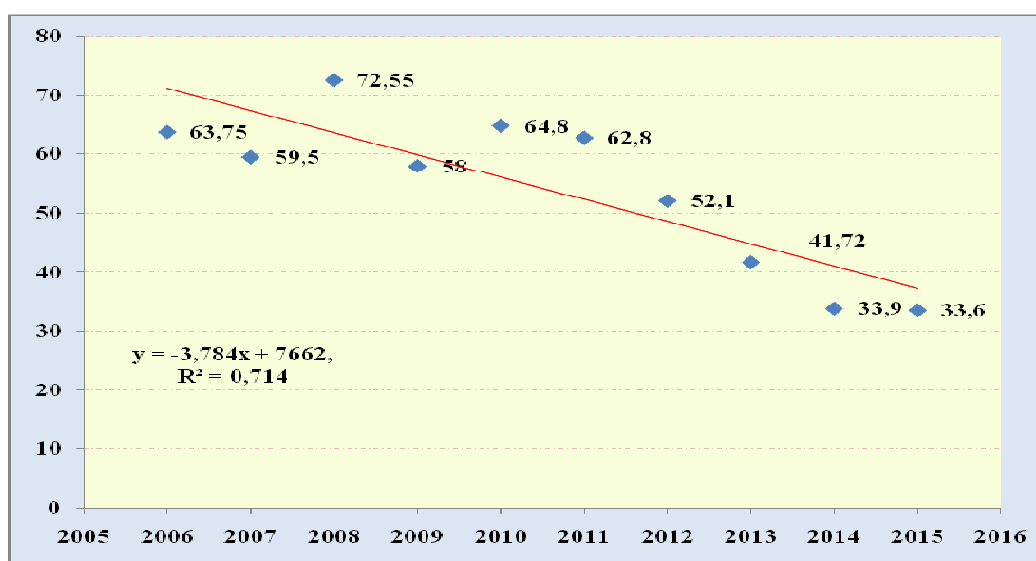
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 30.** Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2006–2015.



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

**Графикон 31.** Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2006–2015.



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 2015. године стопа умрлих (општи морталитет) износила 14,6 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 2014. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1419,7 на 100.000 становника, у 2015. години стопа смртности је порасла на 1461,2 на 100.000 становника (табела 4).

**Табела 4.** Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00-Т98), Србија, 2011–2015.

| Стопа морталитета | 2011.  | 2012.  | 2013.  | 2014.  | 2015.  |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Општа             | 1418,1 | 1422,4 | 1400,0 | 1419,7 | 1461,2 |
| Стандардизована*  | 586,4  | 567,6  | 551,4  | 550,5  | 557,3  |

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

\* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2011. до 2015. 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 5).

**Табела 5.** Водећи узроци умирања, Србија, 2011. и 2015. година

| Групе узрока смрти (МКБ-10)                                     | Процент (%) |       |
|---|-------------|-------|
|   | 2011.       | 2015. |
| Болести система крвотока ( I00-I99)                             | 53,9        | 52,4  |
| Малигни тумори (C00-C97)  | 20,4        | 20,6  |
| Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабор. налази (R00-R99)  | 4,6         | 4,8   |
| Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)              | 2,6         | 2,6   |
| Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98) | 3,2         | 2,9   |
| Остали узроци   | 15,2        | 16,6  |
| 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-10: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ-10: C00-C97) и сваки десети од последица

повреда (МКБ-10: S00-T98), дијабетеса (МКБ-10: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ-10: J40-J47). Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигних 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 2015. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 24.690 мушкараца (45,4%) и 29.686 жена (54,6%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2011. до 2015. године износила је 758,2 на 100.000 становника (табела 6). У односу на 2014. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 757,1 на 100.000 становника, у 2015. години стопа смртности је опала на 766,4 на 100.000 становника.

**Табела 6.** Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2011–2015.

| Стопа морталитета | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Општа             | 764,8 | 763,6 | 744,9 | 757,1 | 766,4 |
| Стандардизована*  | 270,7 | 261,2 | 250,4 | 251,4 | 250,0 |

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 2015. години са дијагнозом АКС евидентирано 23.882 случаја. Инциденција АКС у Србији износила је 336,6 на 100.000 становника. Од овог синдрома у Србији су у 2015. години умрле 4852 особе. Морталитет од АКС у Србији износио је 68,4 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 289,4 у 2011. години, на 301,2 на 100.000 становника у 2015. години. У односу на 2014. годину када је смртност од рака износила 299,0 на 100.000 становника, у 2015. години стопа смртности се повећала на 301,2 на 100.000 становника (табела 7).

**Табела 7.** Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ-10: С00 – С97) на 100.000 становника, Србија, 2011–2015.

| Стопа морталитета | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Општа             | 289,4 | 295,4 | 294,4 | 299,0 | 301,2 |
| Стандардизована*  | 141,0 | 137,6 | 135,2 | 136,0 | 135,7 |

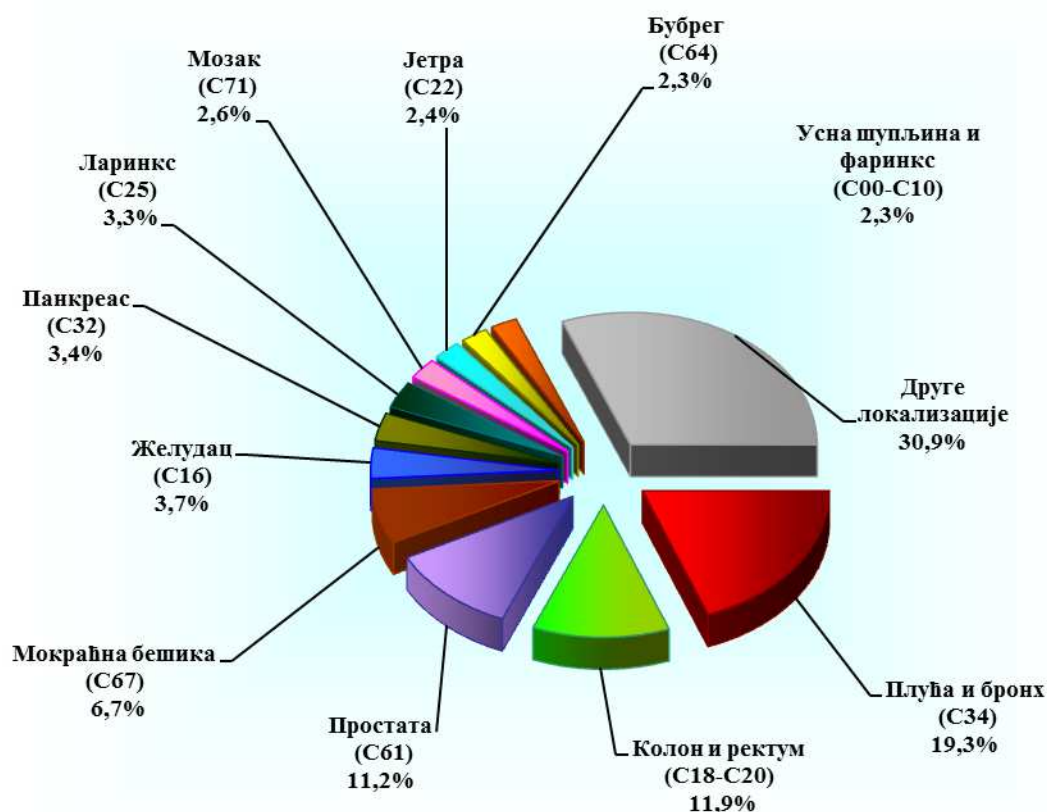
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2014. години, оболело је 26.124 особа од малигнух тумора (13.668 мушкараца и 12.456 жена), а 15.152 особе (8553 особе мушког пола и 6599 особа женског пола) су умрле од рака.

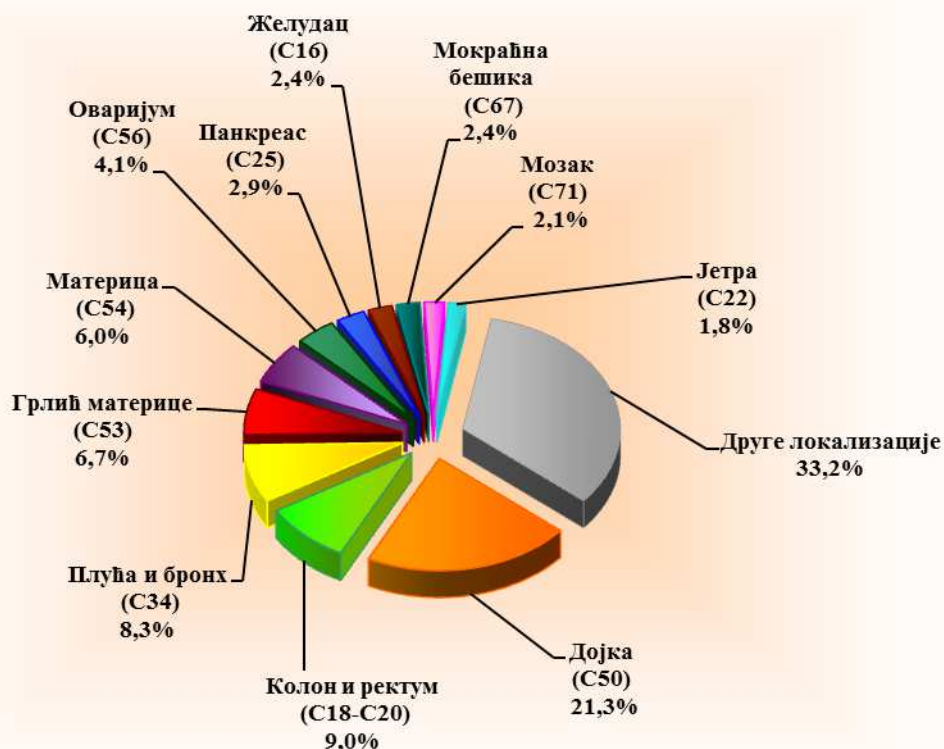
У централној Србији у 2014. години мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате, и мокраћне бешике (графикон 32), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, плућима и грлићу материце (графикон 33).

**Графикон 32.** Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

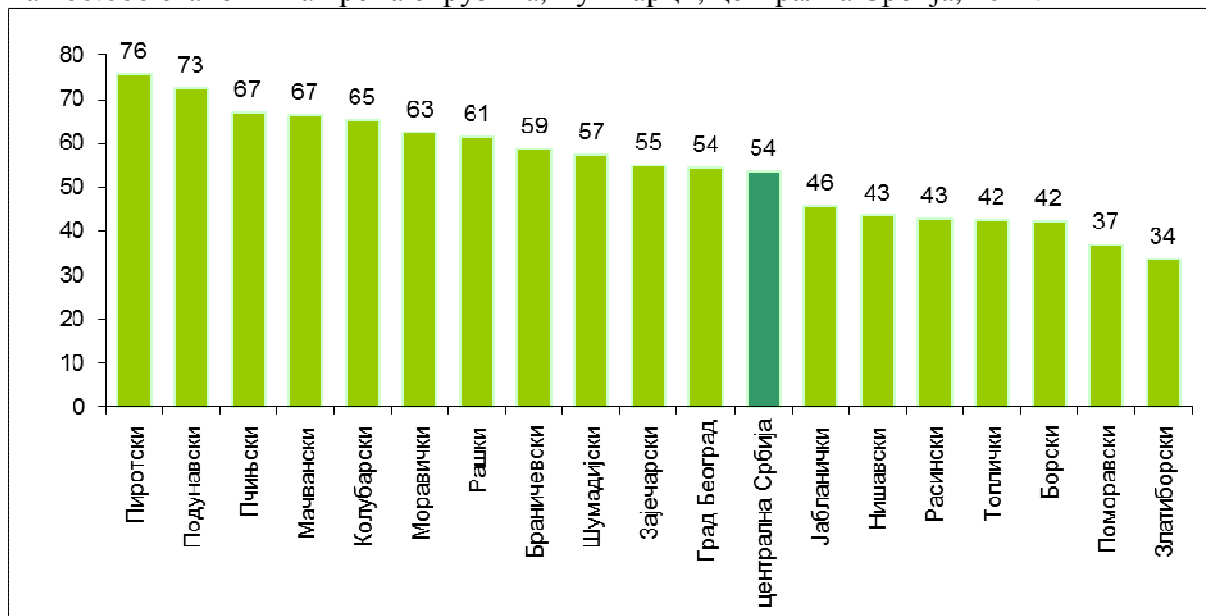
**Графикон 33.** Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 34), у односу на просечну стопу у централној Србији (53,7/100.000), регистроване су код мушкараца у Пиротском округу (75,7/100.000), Подунавском округу (72,5/100.000) и Пчињском округу (67,1/100.000), а најниже у Поморавском округу (36,9/100.000) и Златиборском округу (33,8/100.000).

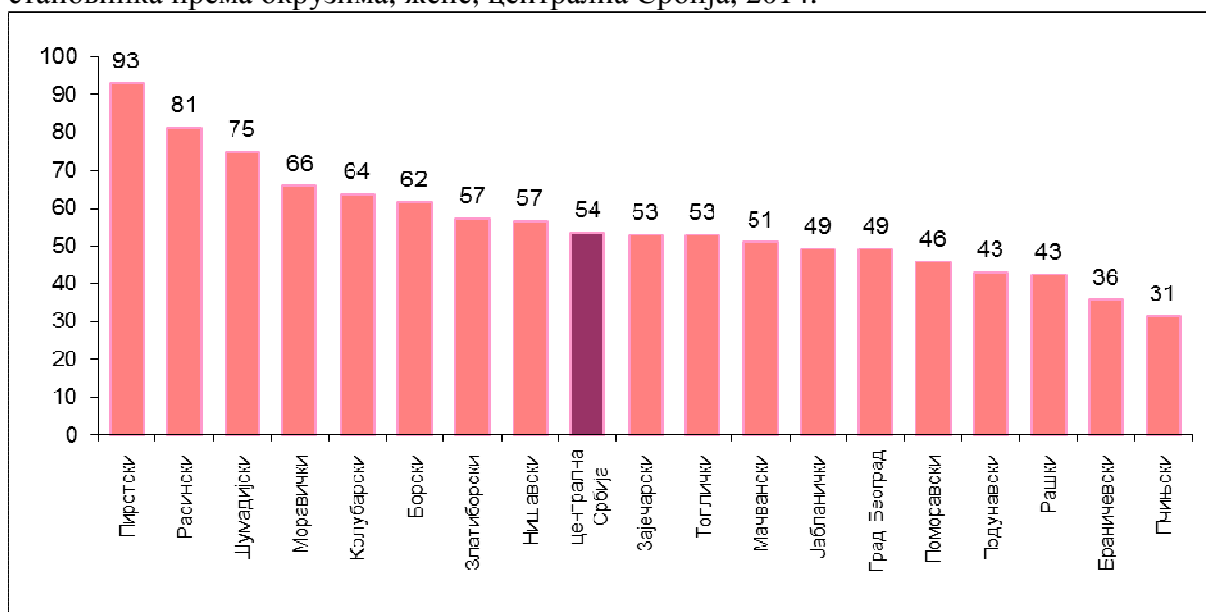
**Графикон 34.** Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, \*стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 35), у односу на просечну стопу у централној Србији (53,6/100.000), регистроване су код жена у Пиротском (93,0/100.000), Расинском (81,4/100.000) и Шумадијском округу (74,8/100.000), а најниже у Браничевском (35,9/100.000) и Пчињском округу (31,4/100.000).

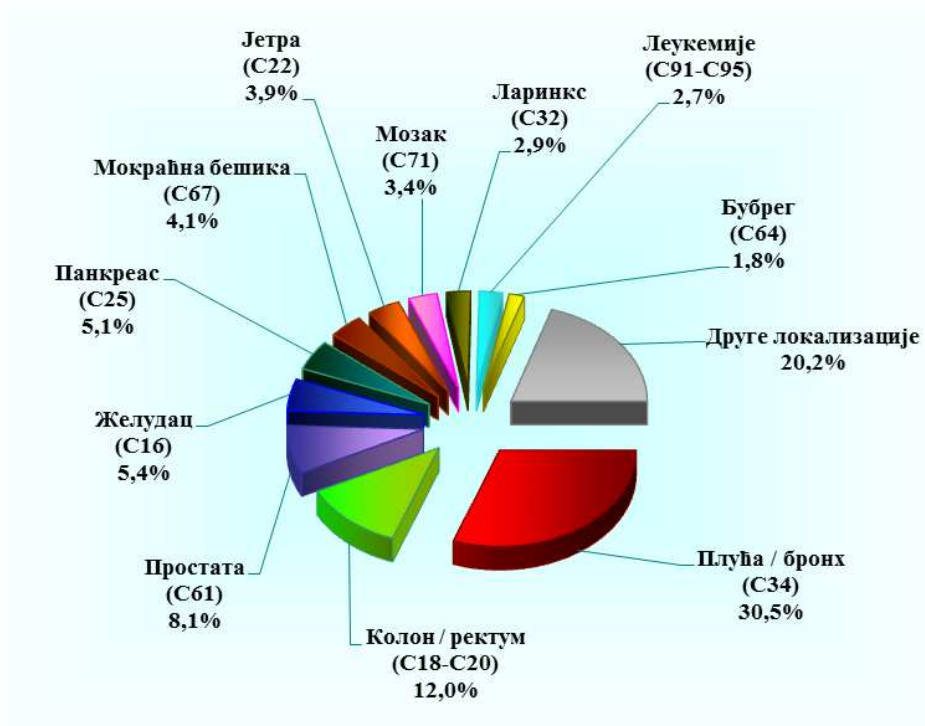
**Графикон 35.** Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, \*стандардизоване стопе на популацију света

Мушкарци у централној Србији, током 2014. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и желуца (графикон 36), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 37).

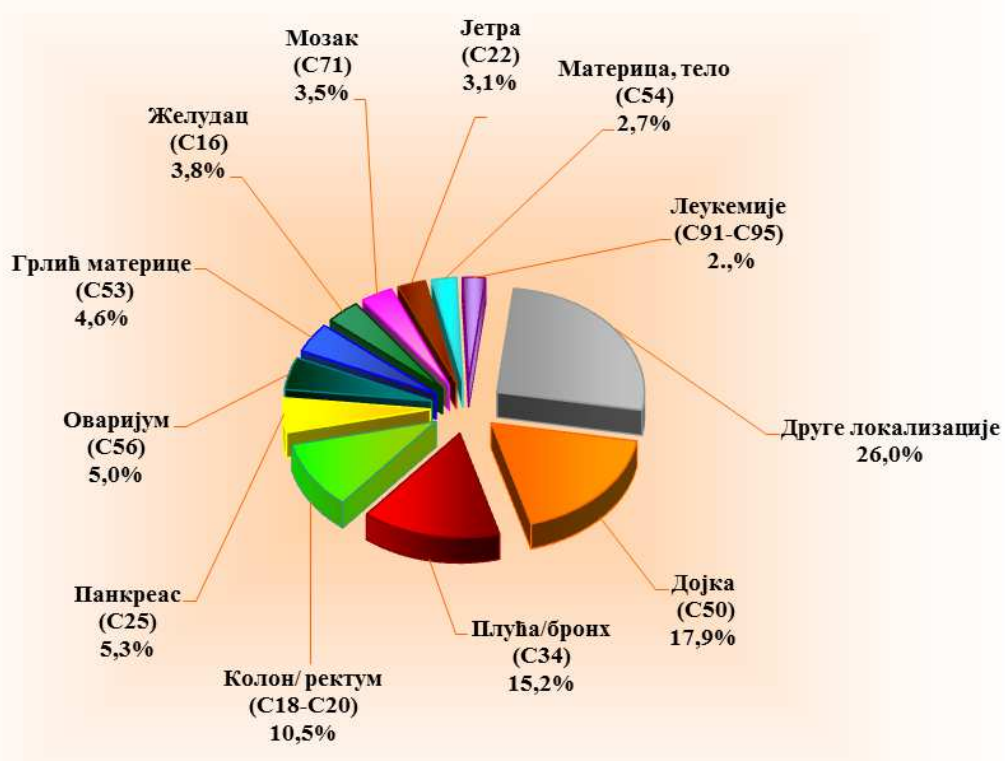
**Графикон 36.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”



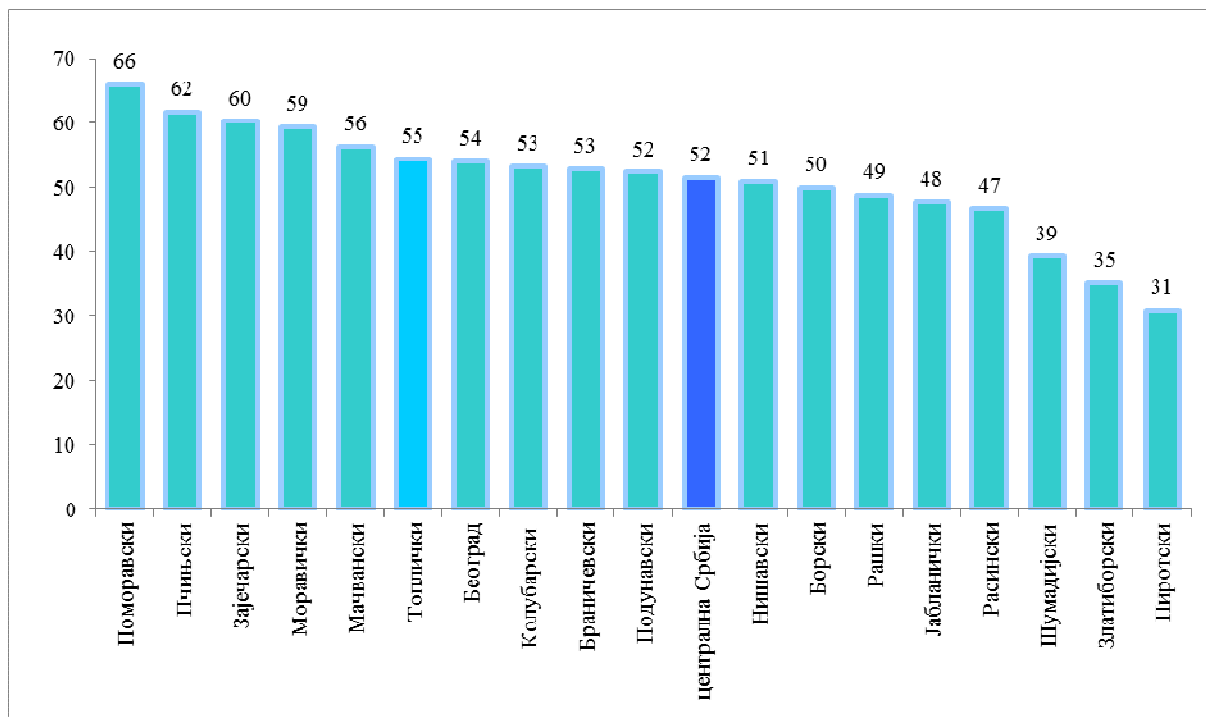
**Графикон 37.** Водеће локализације у умирању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 38), у односу на просечну стопу у централној Србији (51,5/100.000), регистроване су код мушкараца у Поморавском (65,9/100.000) и Пчињском округу (61,7/100.000), а најниже у Златиборском (35,1/100.000) и Пиротском округу (31,0/100.000).

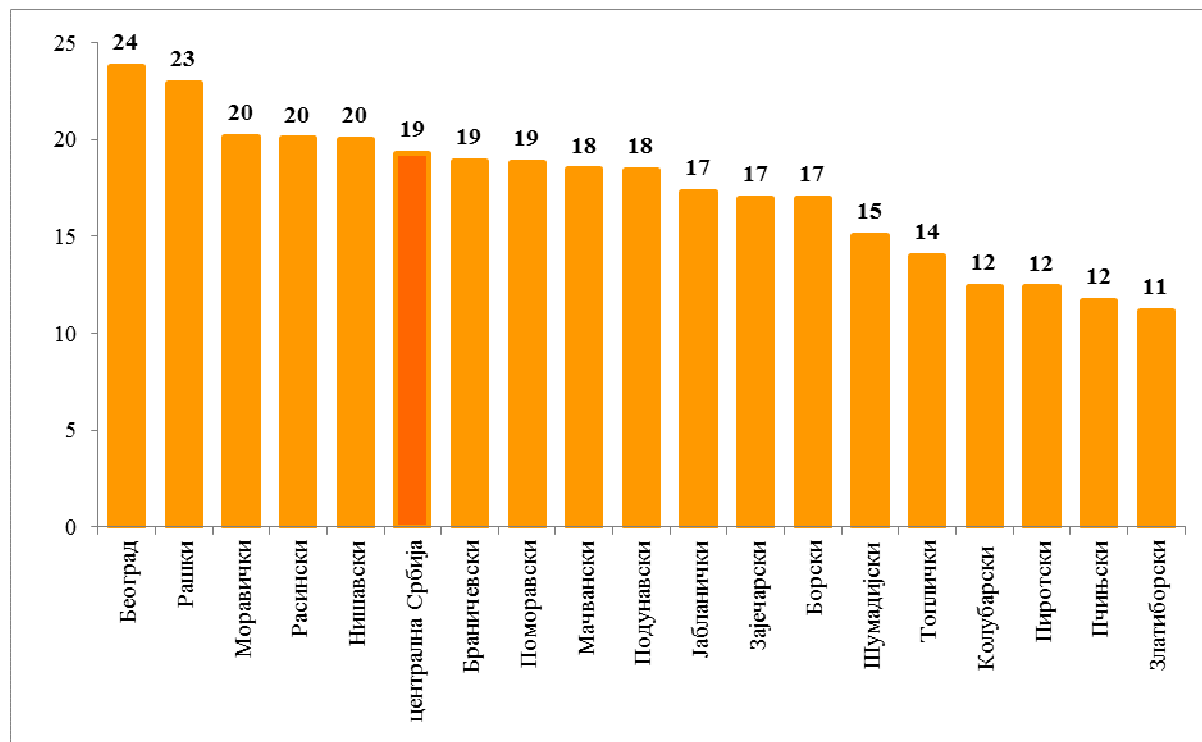
**Графикон 38.** Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, \*стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 39), у односу на просечну стопу у централној Србији (19,3/100.000), регистроване су код жена у Граду Београду (23,8/100.000) и Рашком округу (22,9/100.000), а најниже у Пчињском (11,7/100.000) и Златиборском округу (11,1/100.000).

**Графикон 39.** Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2014.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, \*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 387 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 592 милиона људи. Највише људи са дијабетесом (80%) живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих. У Србији око 710.000 особа или 12,4% становништва има дијабетес, 465.000 или 8,1% одраслог становништва зна за своју шећерну болест и још 245.000 особа нема постављену дијагнозу болести и не лечи се. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са

овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, сваки десети (10,2%) становник наше земље имаће дијабетес.

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 43,2 у 2011. години, на 42,7 на 100.000 становника у 2015. години (табела 8). 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 2014. години евидентирано 281 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 14.939 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса. У односу на 2014. годину када је морталитет од дијабетеса износио 35,2 на 100.000 становника, у 2015. години стопа смртности је порасла на 42,7 на 100.000 становника.

**Табела 8.** Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (E10-E14) на 100.000 становника, Србија, 2011–2015.

| Стопа морталитета | 2011. | 2012. | 2013. | 2014 | 2015 |
|-------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Општа             | 43,2  | 41,7  | 39,1  | 35,2 | 42,7 |
| Стандардизована*  | 17,1  | 15,7  | 14,7  | 12,6 | 15,2 |

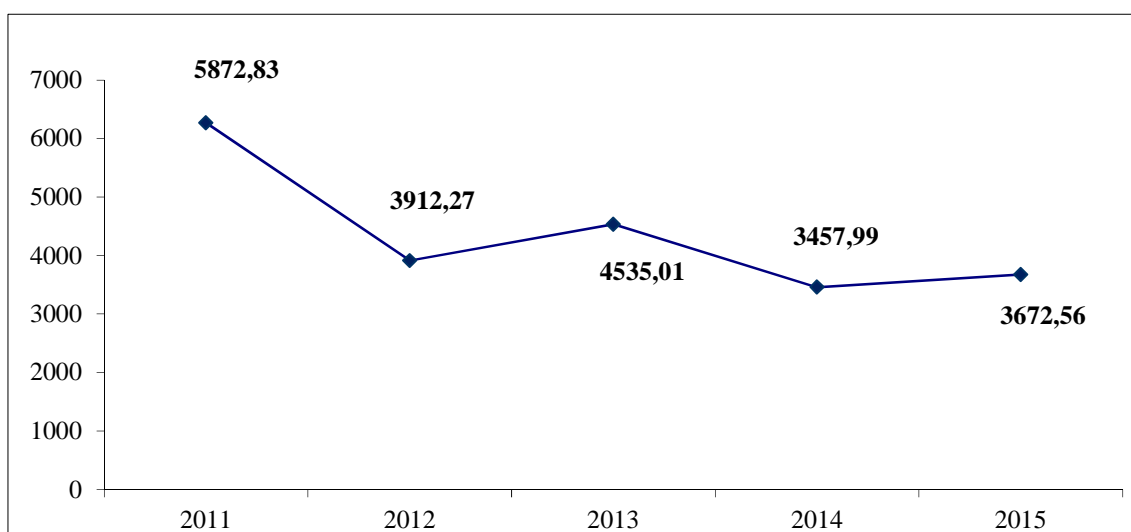
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

\*на популацију света

## 2.3 Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије у 2015. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 261.919 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 3672,56 на 100.000 становника. У 2015. години региструје се благи пораст стопе инциденције заразних болести у односу на претходну годину. Када се посматра тренд стопе инциденције појединих болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом, уочава се да највећи допринос порасту укупне инциденције заразних болести дају *Pharingitis* и *Tonsilitis streptococcica*, што је вероватно последица пријављивања ових обољења углавном само на основу клиничке дијагнозе. Осим тога, постоји разлика у методологији пријављивања болести које се пријављују збирном пријавом на нивоу округа, тако да је уочено да се у појединим окрузима са сличним бројем становника региструју стопе инциденције стерптококне упале ждрела и крајника које се драстично разликују. Благи пораст оболелих у 2015. години последица је повећања броја оболелих од инфлуенце, која у односу на претходну годину показује пораст пријављених случајева за преко 60%.

**Графикон 40.** Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2011–2015.



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

У Републици Србији, у 2015. години је пријављено 40.845 оболелих од грипа са инциденцијом 572,7/100.000. У овом периоду највећи број оболелих од грипа бележи се у сезони 2010/2011, првој сезони после пандемије, са бројем оболелих 97.699 и са инциденцијом 1339,91/100.000. У 2014. години, тј. у сезони 2013/2014. региструје се најмањи број оболелих од грипа, што корелира са спровођењем надзора над грипом у складу са Стручно-методолошким упутством у Републици Србији, када није регистрован епидемијски период на националном нивоу. Највећи број оболелих у 2015. години од обољења сличних грипу је регистрован у узрасној групи од 0 до 4 и 5 до 14 година. У циркулацији су потврђена сва три типа вируса В, А (Н3) и А (Н1) pdm09.

Од 2011. до 2015. године забележен је тренд смањења броја оболелих од туберкулозе. Број оболелих кретао се од 1343 у 2011. години, до 889 оболеле особе, колико је регистровано у 2015. години.

Од укупног броја оболелих новооболели су чинили 89–90%, док се проценат раније лечених кретао око 10–11%. Код 87–89% оболелих дијагностикована је плућна туберкулоза, која је у 79–85% случајева била културом потврђена. Од ванплућних локализација најчешће је регистрована туберкулоза плеуре (41–46%) и екстраторакалних лимфних жлезда (22–32%).

**Табела 9.** Кретање одабраних показатеља утицаја и исхода Програма контроле туберкулозе, Србија, 2011–2015.

| Назив показатеља   | 2011. | 2012. | 2013. | 2014. | 2015. |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Нотификациона стопа свих облика туберкулозе (на 100.000)                                   | 19    | 17    | 17    | 15    | 13    |
| Стопа успеха лечења свих пријављених случајева туберкулозе (%)                             | 85    | 82    | 79    | 78    |       |
| Стопа успеха лечења лабораторијски потврђених оболелих од мултирезистентне туберкулозе (%) | 76    | 57    | 77    |       |       |

Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, пројекат „Контрола туберкулозе у Србији“ Министарства здравља

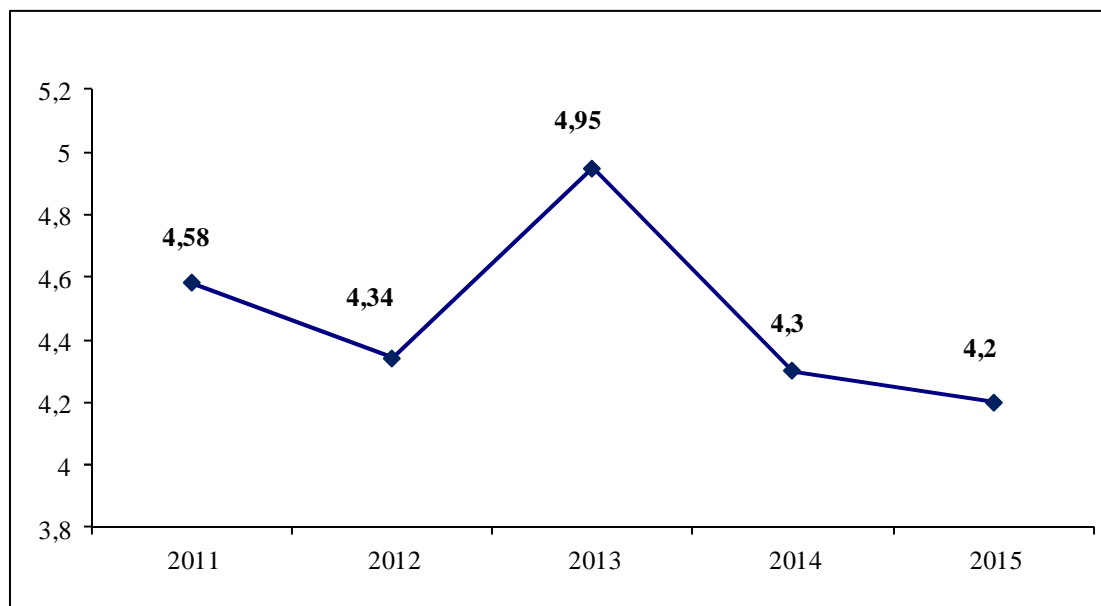
У периоду од 2011. до 2014. године регистровано је годишње између 7 и 19 оболелих од мултирезистентне туберкулозе (МДР ТБ), док је у 2015. регистровано 6 оболелих, више од двоструко мање него у 2014. Обухват тестирањем резистенције на антитуберкулотске лекове прве линије кретао се од 84% у 2011. до 93% у 2014. години, док је у 2015. години износио 75%, што је за 20% ниже у односу на претходну годину.

У периоду од 2011. до 2014. године пријављено је од 17 до 28 случајева, док је 2015. године пријављено 15 оболелих, што чини стопу од 70/100.000, која је значајно мања него у претходних неколико година.

Међу особама које живе са HIV-ом у периоду од 2011. до 2014. године пријављивано је од 6 до 20 оболелих од туберкулозе, док је 2015. године пријављено 4.

Од последица заразних болести у 2015. години је умрло 300 лица, са стопом морталитета 4,2/100.000, што је нижа вредност у односу на претходну годину (графикон 41).

**Графикон 41.** Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника), Србија, 2011–2015.



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

Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од сепсе (79), ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (61), пнеумоније (49), грипа (42), туберкулозе (15) и бактеријског менингитиса (15).

У сезони 2015. године закључно са 20. октобром регистровано је 30 случајева оболевања од грознице Западног Нила (у даљем тексту ГЗН) на територији 7 округа. На основу критеријума за класификацију случајева инфекције вирусом Западног Нила (у даљем тексту ВЗН) на основу дефиниције Европске уније, 28 случајева је класификовано као потврђени случајеви инфекције ВЗН (присутна ВЗН специфична IgM антитела у ликвору), а два случаја класификована су као вероватни случајеви инфекције (ВЗН специфична IgM антитела присутна у серуму).

Током 2015. године није регистрована епидемијска појава ГЗН. Од укупног броја регистрованих случајева (30), 66,7% оболелих особа било је мушког пола у односу на 33,3% оболелих жена (однос мушког према женском полу износи 2:1). Укупно 90% оболелих особа било је у узрасту изнад 50 година старости, а међу њима је 66,7% са коморбидитетом. У узрасту преко 70 година регистровано је 26,7% оболелих, међу њима 50% 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.

Све оболеле особе биле су хоспитализоване.

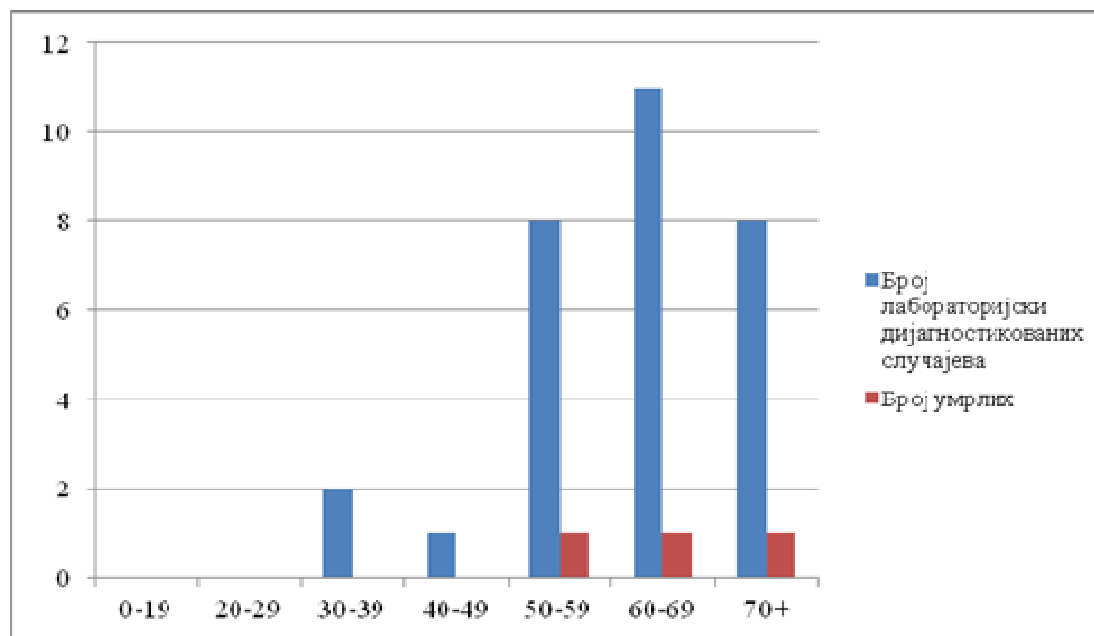
Највећи број оболелих је био са територије Града Београда (18 оболелих, односно 60%). Највећи број случајева (96,7%) регистрован је у августу и септембру месецу, што коинцидира са пиком активности комараца.

Међу потврђеним и вероватним случајевима оболевања било је укупно 3 смртна исхода који се могу довести у везу са ВЗН инфекцијом, код особа старијих од 50 година (графикон 42). Све умрле особе имале су неко хронично обољење. Леталитет је износио



10%, што је у оквиру уобичајеног распона од 4 до 14% за оболеле од неуроинвазивног облика болести.

**Графикон 42.** Узрасна дистрибуција лабораторијски дијагностикованих случајева оболевања од грознице Западног Нила и смртних исхода који се могу довести у везу са инфекцијом вирусом Западног Нила, Србија, 2015.



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

У току 2015. године, на територији Републике Србије регистроване су 242 епидемије заразних болести, са 30.354 оболеле особе. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину већи за 12,03%. У 2015. години, у епидемијама заразних болести је умрло 28 лица – 9 лица у епидемији салмонелозе, 8 лица у епидемијама грипа, а по три лица у болничким епидемијама ентероколитиса изазваног *Clostridium difficile*, затим епидемијама *Diarrhoea et gastroenteritis causa infectionis suspecta* и *St. postoperationem* и два лица у епидемији *Sepsis cum Serratia spp.*

Према путу ширења узрочника, као и претходних година, најбројније су биле алиментарне епидемије (89 епидемија или 36,8% од укупног броја регистрованих епидемија). Према учесталости следе контактне епидемије (85 или 35,1%), ваздушно-капљичне (46 или 19,0%) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (20 или 8,26%). Најређе су епидемије са хидричним путем преноса (2 или 0,82%).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2015. години, према достављеним пријавама, оболело је 526 особа (у 2014. години пријављено је 383 оболелих), што чини 0,20% укупног оболевања од заразних болести (у 2014. години учешће је износило 0,15%). Морбили су обољење са највећим учешћем у овој групи болести (72,81%), што је последица епидемијског јављања у посматраној години.

Пријављен је један смртни исход од великог кашља у Војводини, први након 1971. године. Ради се о детету старости три месеца које је оболело и умрло средином 2014. године. Пријава смрти је накнадно достављена ИЈЗ Војводине односно ИЈЗ Србије, због чега овај податак није укључен у израчунавање показатеља оболевања и умирања за извештајну годину. Није било пријављених смртних исхода од ове болести у централној Србији, од 1985. године.

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

Пријављена су четири смртна исхода од тетануса код четири особе оболеле од ове болести.

Након десет година, у 2009. години, регистрован је један случај неонаталног тетануса. Није било пријављених случајева оболевања и умирања од тетануса новорођенчади у 2015. години.

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 забележен је један случај малих богиња који је класификован као могуће импортован. Крајем 2014. године региструје се повећано оболевање од морбила (37 оболелих) са пријавом епидемије на територији Јужнобачког округа. У 2015. години настављено је епидемијско јављање и

регистровање случајева морбила (укупно 383 пријављених). Највећи број оболелих регистрован је на територији Нишавског округа, града Београда и Јужнобачког округа.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља (ДТПЗ/ДТаП-ИПВ-ХИБ) спроведена је са циљним обухватом 95,0% а против дечије парализе (ОПВ3/ДТаП-ИПВ-ХИБ) са обухватом од 94,9%. Обухват ревакцинацијом против дифтерије, тетануса и великог кашља деце у другој години живота износио је 88,7% а против дечије парализе 83,8%, што је знатно испод циљних вредности обухвата овим вакцинама од 95%. Ревакцинација предшколске деце обављена је са обухватом испод 95%, а изнад 90%. Када је у питању ревакцинација школске деце резултати обухвата бележе врло ниске резултате (дифтерија и тетанус 81,7% а полиомијелитис свега 67,6%), најниже у последњих десет година.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (ММР) у првој години живота износио је 84%, што је нижа вредност у односу на 2014. годину када је вакцинацијом обухваћено 86% обвезника. Ревакцинација у седмој години живота бележи вредност 87,5% у односу на 89,2% у претходној 2014. години.

У 2015. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 91,5%, слично као у 2014. години (93,9%). Обухват вакцинацијом у 12. години износио је свега 72,7%, што је још ниже од обухвата постигнутог у 2014. години (78,1%). Обухват вакцинацијом против обољења изазваних Хемофилусом инфлуенце тип б у 2015. години износио је 94,1%, слично као у 2014. години када је обухват овом вакцином износио 95,2%.

Као и претходних неколико година и током 2015. године бележе се прекиди у континуитету спровођења имунизације услед недостатка вакцина као последице неправовремене дистрибуције (посебно ОПВ и ММР вакцине). Овим је озбиљно доведено у питање достизање циљних вредности обухвата вакцинама према

националном програму имунизације чиме се стварају услови за нагомилавање осетљиве популације, оболевање, па и епидемијско јављање вакцинама превентабилних болести.

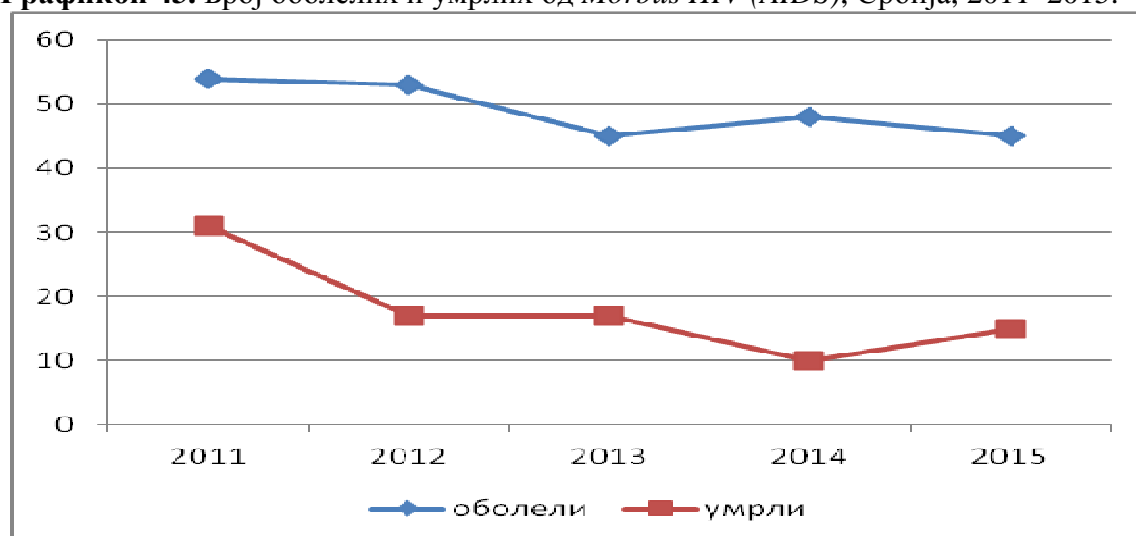
**Табела 10.** Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2005–2015.

| Спроведена имунизација        | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ДТПЗ/ДТаП/ИПВ/ХИБ вакцинација | 98   | 97   | 98   | 98   | 97   | 97   | 98   | 96   | 97   | 95   | 95   |
| ОРV3/ДТаП/ИПВ/ХИБ вакцинација | 98   | 97   | 98   | 98   | 97   | 97   | 98   | 94   | 97   | 95   | 95   |
| ММР вакцинација               | 96   | 96   | 97   | 96   | 96   | 96   | 97   | 90   | 93   | 86   | 84   |
| ХБ вакцинација 1. г.          | 65   | 92   | 94   | 94   | 95   | 95   | 96   | 93   | 93   | 94   | 92   |
| ХБ вакцинација 12. г.         |      | 57   | 80   | 78   | 62   | 76   | 87   | 83   | 74   | 78   | 73   |
| Хиб/ДТаП/ИПВ/ХИБ вакцинација  |      | 74   | 91   | 97   | 96   | 97   | 97   | 91   | 95   | 95   | 94   |

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

Од 2011. до 2015. године забележен је тренд смањења броја особа оболелих и умрлих од синдрома стеченог имунолошког дефицита (AIDS, SIDA) узрокованог HIV-ом. У 2015. години регистрована инциденција AIDS-а је била на истом нивоу као и 2013. године (45 оболелих особа), односно број оболелих од AIDS-а у 2015. години је био за 6% мањи него претходне године. Такође, 2015. године регистрована је двоструко нижа стопа морталитета него 2011. године, али морталитет у 2015. години је био за 50% већи него претходне године (графикон 43).

**Графикон 43.** Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV (AIDS)*, Србија, 2011–2015.



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

Учешће популације деце узраста од 0 до 6 година у укупном броју становника смањило се са 6,7% у 2011. години на 6,5% у 2012. години, да би се од 2013. до 2015. задржало на 6,5%. Одојчад (деца старости 0–365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2015. године пружало је 708 доктора медицине, од чега је 87,0% лекара специјалиста. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2015. години је износио 1,5 (табела 11).

Просечан број деце узраста 0–6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду варира у опсегу од 613 колико је износио 2012. године, до 653 у 2015. години (графикон 44), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

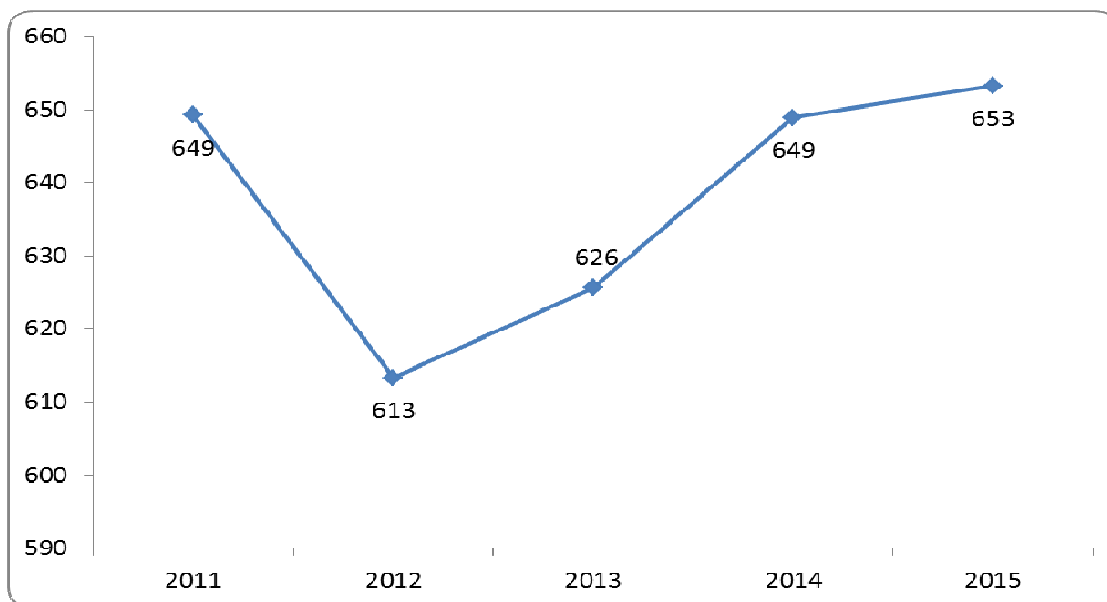
**Табела 11.** Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2011–2015.

| 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 |
|--------|-------------|--|--|--|---|--|
| 2011   | 752         | 1202                                   | 1,6  | 6.010,3                                | 9,3   | 63,8%  |
| 2012   | 764         | 1185                                   | 1,6  | 5.540,3                                | 9,0   | 63,8%  |
| 2013   | 743         | 1116                                   | 1,5  | 5.930,7                                | 9,5   | 63,4%  |
| 2014   | 714         | 1076                                   | 1,5  | 6.143,3                                | 9,5   | 63,4%  |
| 2015   | 708         | 1068                                   | 1,5  | 6.139,5                                | 9,4   | 64,0%  |

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

У служби за здравствену заштиту деце 2015. године регистровано је укупно 4.346.789 посета деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се у посматраном периоду кретало од 63,4% до 64,0%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2015. години износио је 6140.

**Графикон 44.** Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2011–2015.



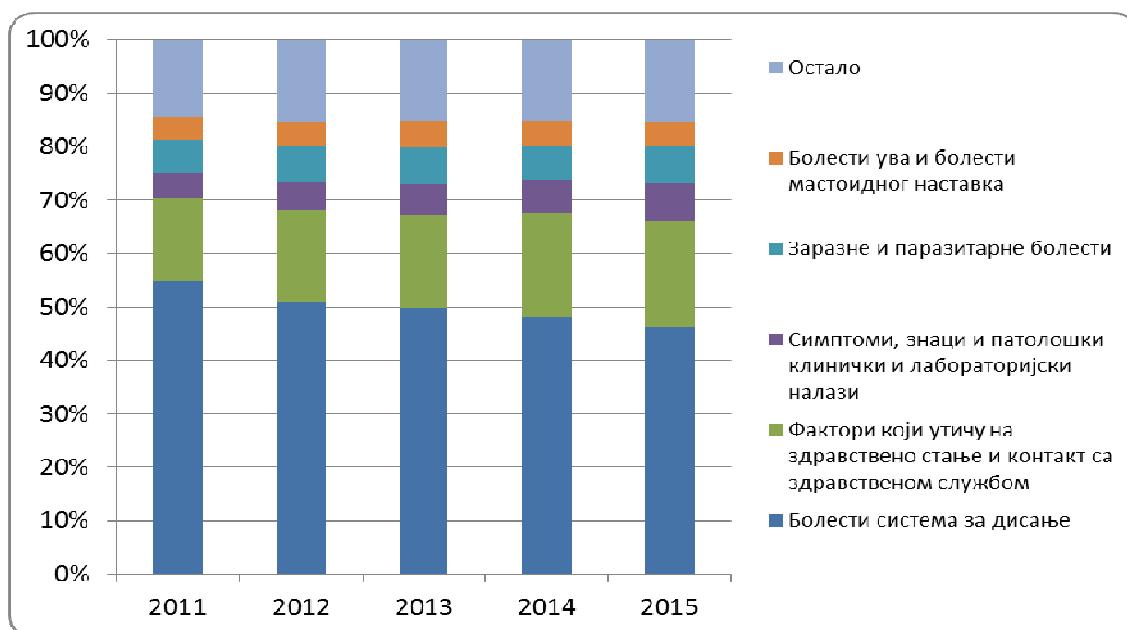
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду се креће од 9,0 колико је износио 2012. године до 9,5 у 2013. и 2014. години. У 2015. години свако дете је просечно било 9,4 пута код лекара.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2015. године је износио 2.689.437. Стопа оболевања у 2015. години је 5815,0 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 5,8 по детету), што је нешто нижа вредност у односу на период од 2011. до 2014. године када се ова стопа кретала око вредности од 6100,0.

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу пет најчешћих група болести биле су болести система за дисање (X група МКБ-10), фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (XX група МКБ-10), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10), заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) и болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10). Процентуално учешће најчешћих група болести у посматраном периоду је приказано на графикону 45.

**Графикон 45.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2011–2015.



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 2015. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 13% у укупној популацији (укупно 921.851). У 2014. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (936.540), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене.

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

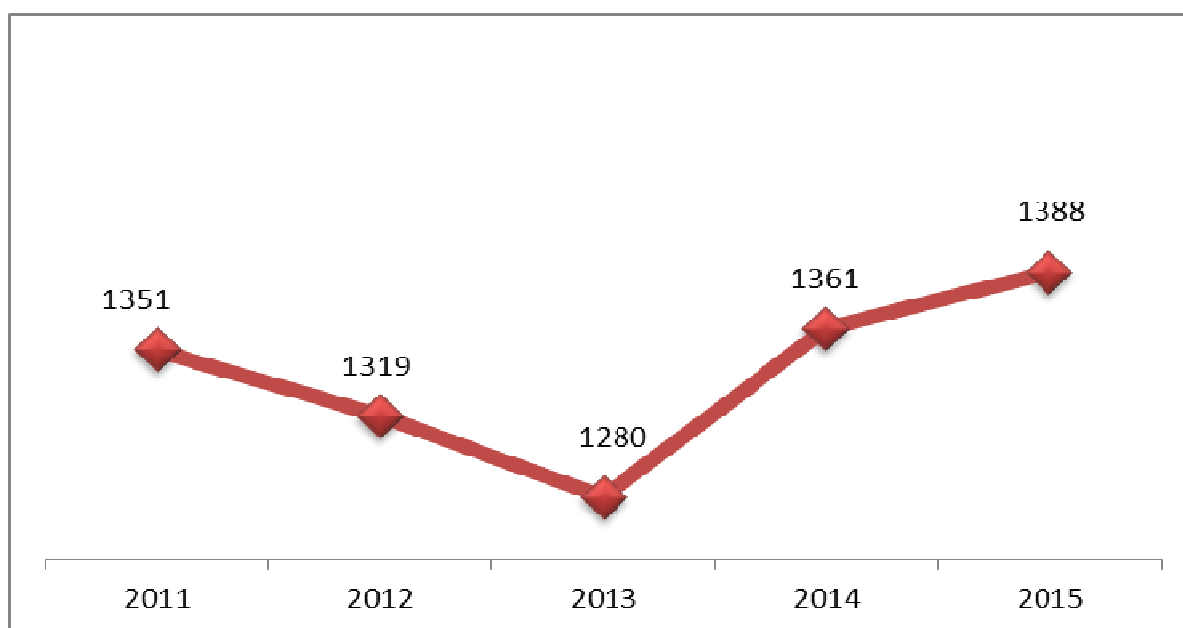
Здравствену заштиту у службама за здравствену заштиту школске деце у 2015. години пружало је 664 доктора медицине, од чега 428 специјалиста педијатрије (64,5%)



и 91 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну 2014. годину је мањи за 24, а проценат специјалиста је за два процентна поена већи. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара је 1,17 и значајно је нижи у односу на претходне године (за 30% у односу на 2011. годину) (табела 12).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2015. године у Републици Србији износио је 1388 (графикон 46). Рационализација кадра у систему здравствене заштите утицала је на промене у броју здравствених радника (лекара и сестара), као и броју школске деце по лекару у овим службама.

**Графикон 46.** Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2011–2015.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2015. године регистровано је укупно 4.352.274 посета, од чега 3.349.912 (77%) код лекара и 23% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је мањи за око 303.000 у односу на претходну годину (укупно 4.655.530 посета 2014. године). У

просеку, свако дете (7–19 година) је у 2015. години посетило свог лекара 3,6 пута (табела 12).

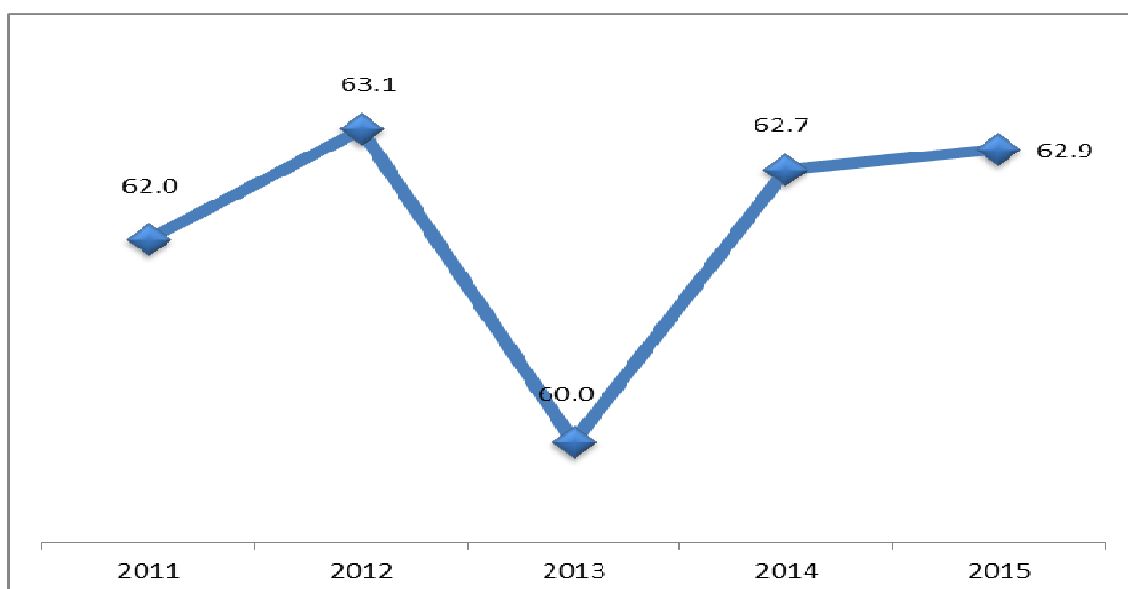
**Табела 12.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2011–2015.

| 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 (%) |
|--------|-------------|--|--|---|------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 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   |
| 2014   | 688         | 62,6   | 791                                    | 1,0                                     | 1361                               | 5049                                   | 3,7                   | 62,7   |
| 2015   | 664         | 64,5   | 776                                    | 1,2                                     | 1388                               | 5045                                   | 3,6                   | 62,9   |

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 5045 посета и не постоји значајна разлика у односу на 2014. годину (табела 12). Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2015. години је 62,9% (графикон 47).

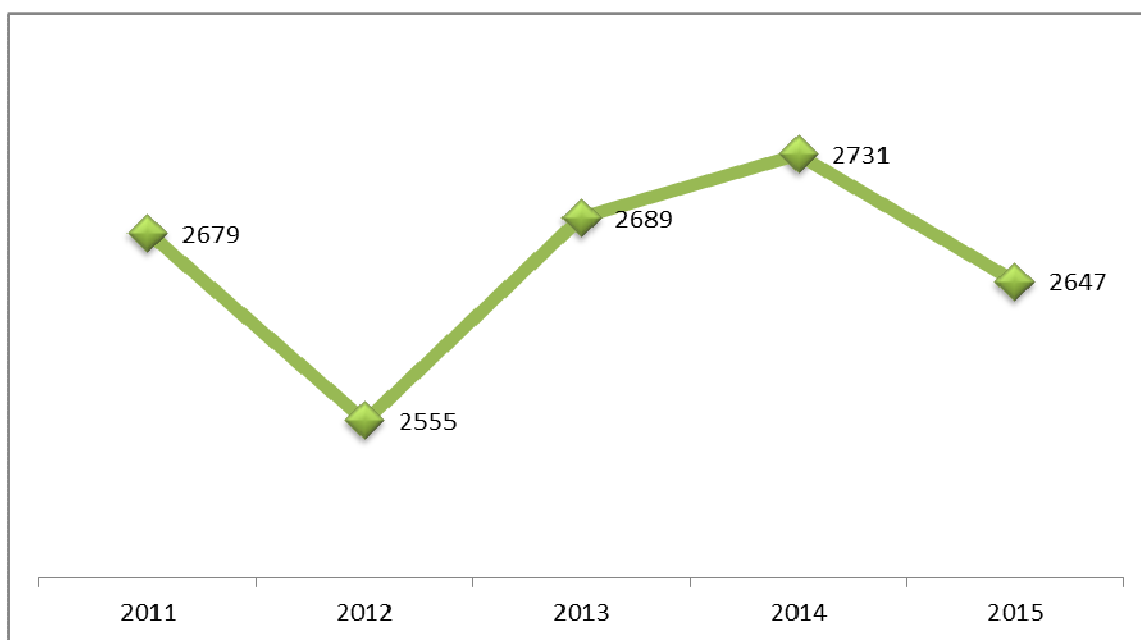
**Графикон 47.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2011–2015.



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, 2015. године је износио 2.440.488, а стопа оболевања 2647 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,6 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је нижи за око 117.000, а стопа оболевања на 1000 деце је за 84 нижа у односу на 2014. годину (графикон 48).

**Графикон 48.** Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2011–2015.

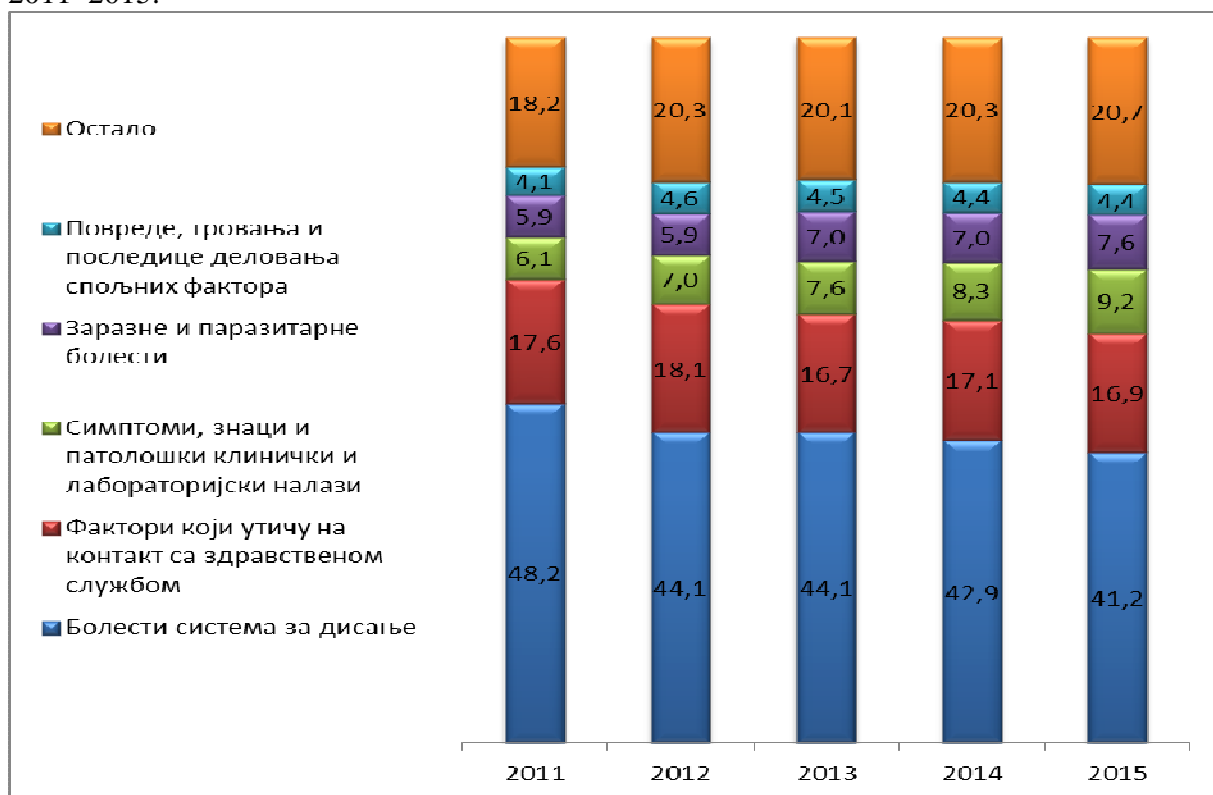


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања школске деце у периоду од 2011. до 2015. 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 49). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих група болести.

Ипак, запажа се смањење учешћа болести система за дисање, а пораст заразних и паразитарних болести.

**Графикон 49.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2011–2015.

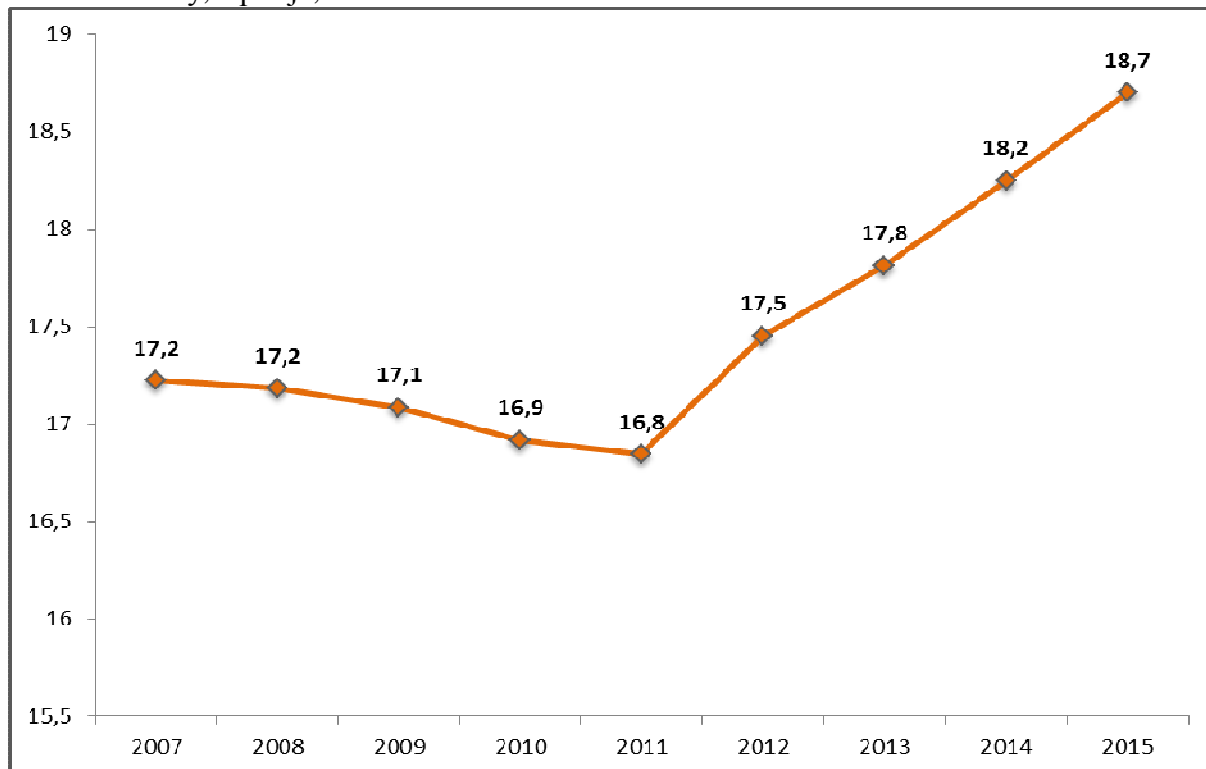


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### 3.3 Здравствено стање одраслог становништва

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2010. години учествовала са 79,1% у укупном становништву. У 2015. тај проценат износи 80,5%. Пропорција старих особа (65 и више година) у укупном становништву од 2007. до 2011. се смањивала, да би се од 2012. до 2015. нагло повећала и у 2015. износила је 18,7% (графикон 50). Процент особа старости од 20 до 64 године у укупној популацији се повећао са 61,8% у 2009. на 62,4% у 2013. години. У 2015. тај проценат је на нивоу 2009. године и износи 61,8%.

**Графикон 50.** Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву, Србија, 2007–2015.



Извор података: Републички завод за статистику

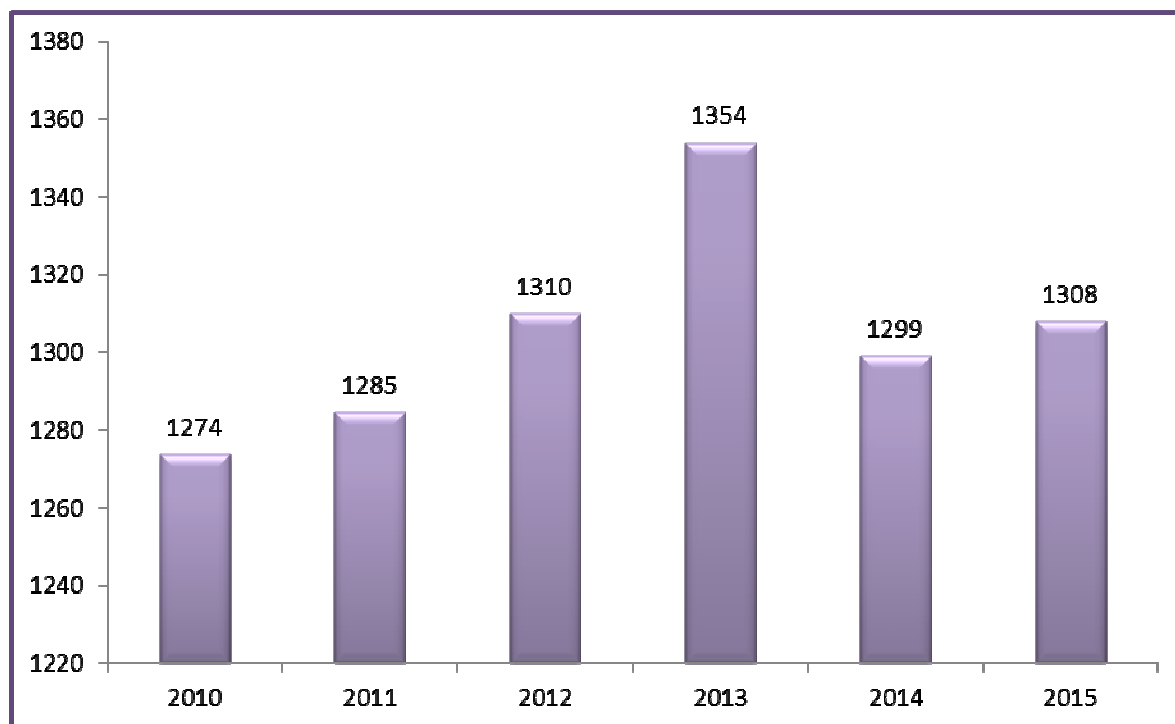
У структури одраслог становништва 51,3% су жене, а 48,7% мушкарци.

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 обезбеђују ванболничку здравствену заштиту радноактивном становништву.

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2015. години пружало је 4367 доктора медицине. Од тог броја 2006 (45,9%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду износи 1,5. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада од 2010. до 2013. године се повећао од 1274 на 1354, а у 2014. години њихов број је опао на 1299, а у 2015. се опет повећао на 1308 (графикон 51).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2015. године регистровано је укупно 42.428.432 посете, од чега 28.316.007 или 66,7% код лекара и 33,3% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је у 2015. години порастао са 4,8, колико је износио 2012. и 2013. године, на 5,0 (табела 13).

**Графикон 51.** Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2010–2015.



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

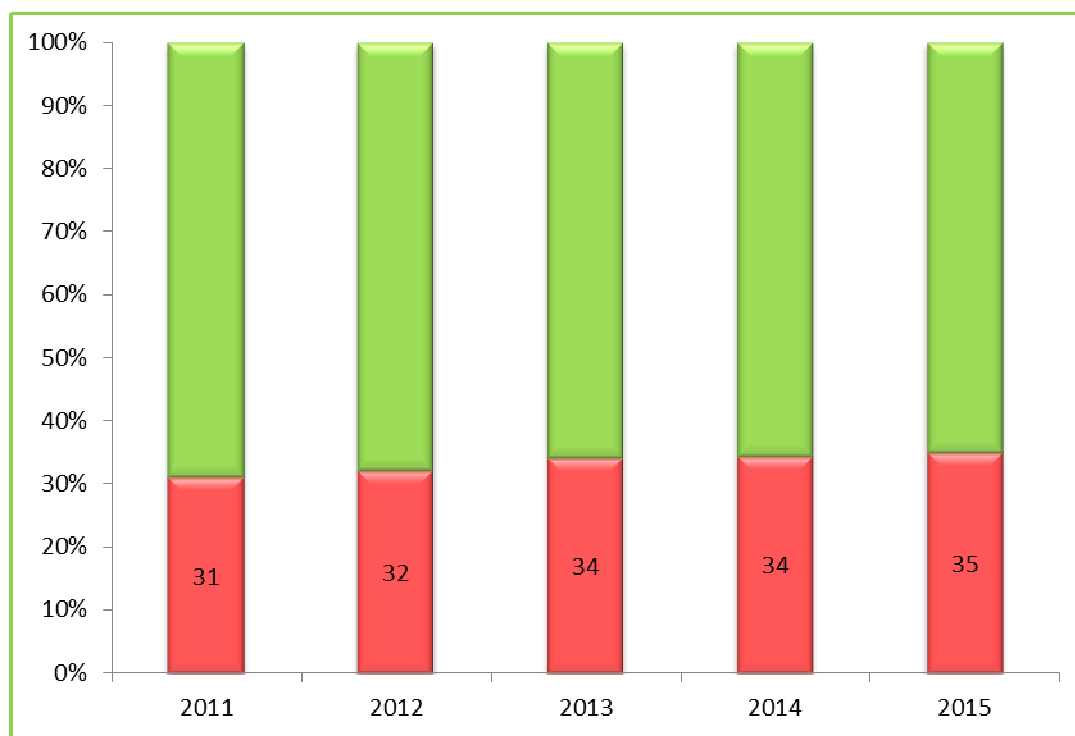
Од укупног броја посета лекару у ординацији, удео првих из године у годину постепено расте и у 2015. износи 35% (графикон 52).

**Табела 13.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2011–2015.

| Година | Број лекара | Процент специјалиста од укупног броја лекара | Број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом | Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара | Број одраслих становника на једног лекара | Просечан годишњи број посета на једног лекара | Просечан годишњи број посета код лекара на једног становника | Процентуално учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији |
|--------|-------------|--|---|--|---|---|--|---|
| 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  |
| 2014   | 4412        | 46   | 6323  | 1,4  | 1299                                      | 6401  | 4,9  | 34,3  |
| 2015   | 4367        | 46   | 6385  | 1,5  | 1308                                      | 6567  | 5,0  | 34,9  |

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

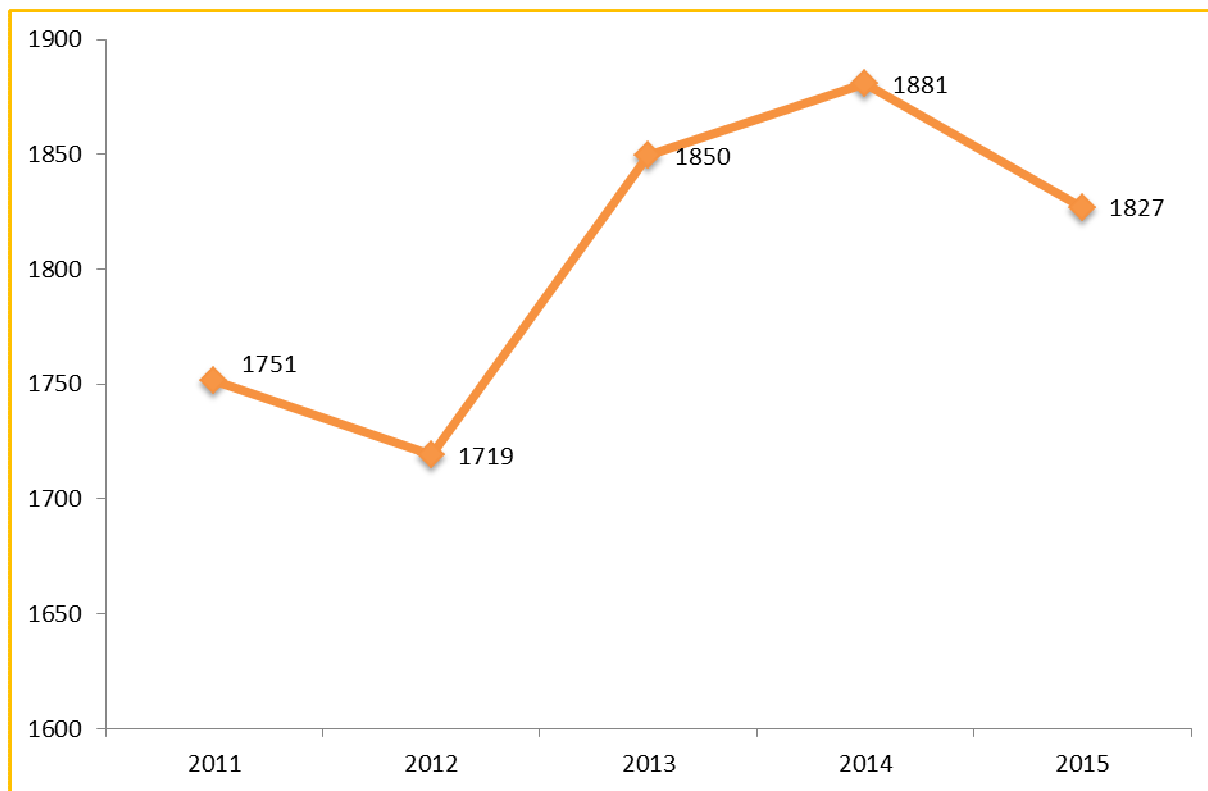
**Графикон 52.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2011–2015.



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

Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва су се од 2010. до 2014. повећавале да би се у 2015. години смањиле и износе 1827 на 1000 становника (графикон 53).

**Графикон 53.** Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2011–2015.

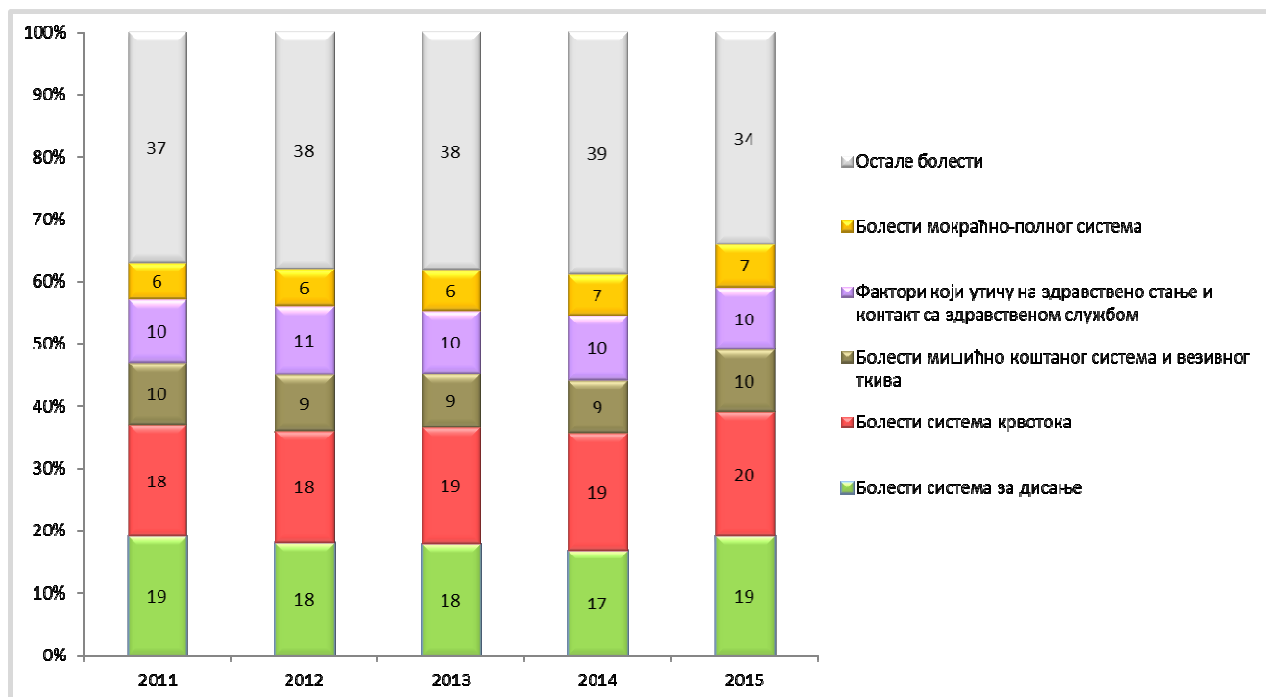


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2011. до 2015. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. С тим, да се удео ових болести у укупном морбидитету повећао у 2015. години за 3 процентна поена у односу на прошлу годину. На трећем месту су болести коштано-мишићног система и везивног ткива, чији је удео такође повећан у укупном морбидитету (графикон 54).



**Графикон 54.** Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2011–2015.



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

### 3.4 Здравствено стање жена

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

Здравствену заштиту у службама здравствене заштите жена пружало је у 2015. години 568 лекара, што је нешто више него у претходној години. У исто време број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је смањен, па је самим тим и њихов међусобни однос смањен у односу на претходне године и износио је 1,3 (табела 14).

**Табела 14.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2011–2015.

| 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 |
|--------|-------------|--|--|---|--|--|
| 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%   |
| 2014   | 565         | 775                                    | 1,4  | 3374,3  | 0,60   | 46,17%   |
| 2015   | 568         | 758                                    | 1,3  | 3246,0  | 0,59   | 45,31%   |

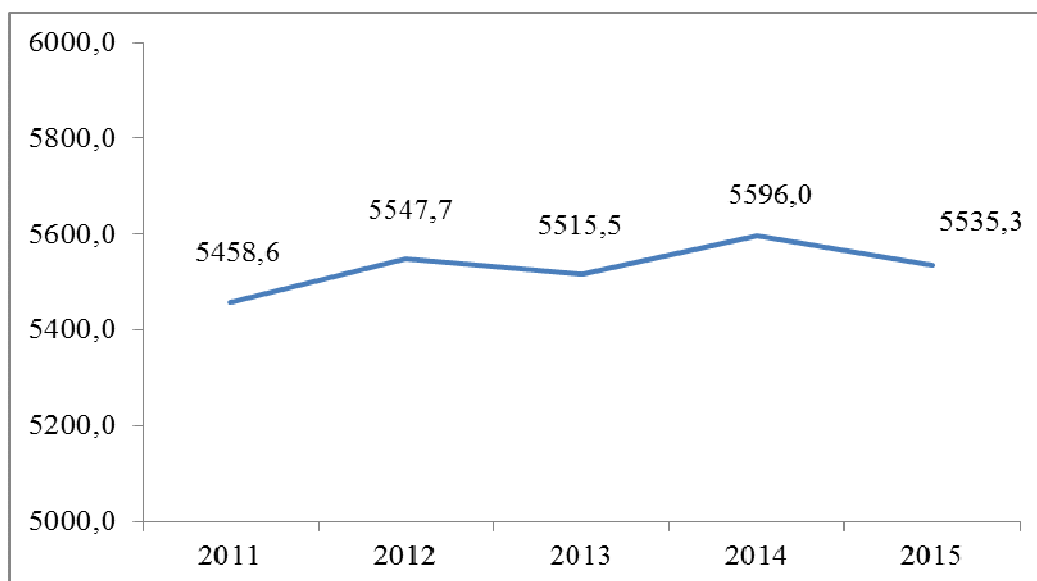
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета по једном лекару варирао је у посматраном периоду са највећом вредношћу (3374,3) у 2014. години, да би у 2015. години забележио најнижу вредност. Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2011. године, а најмањи у 2012. и 2015. години, док је у претходне две године имао исту вредност (табела 14).

Од укупног броја посета лекару у ординацији више од две петине су чиниле прве посете и тај проценат бележи пораст у периоду 2011–2014. године, да би у 2015. години дошло до његовог смањења.

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да она у периоду 2011–2015. година бележи пад вредности које су се кретале од 5458 жена старих 15 и више година по једном лекару у 2011. до 5535 у 2015. години, док је најнижа обезбеђеност регистрована у 2014. години (графикон 55).

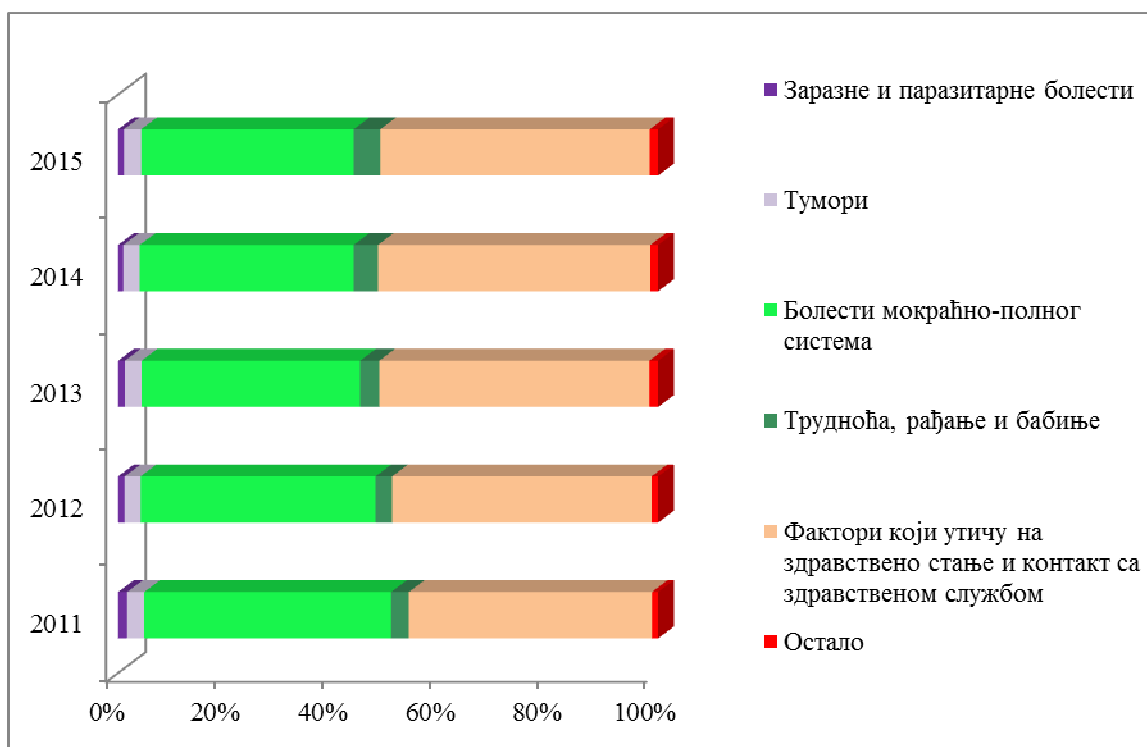
**Графикон 55.** Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2011–2015.



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

У структури оболевања жена у периоду 2011–2015. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 45% до 50% у укупном морбидитету и болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 45% до 40%. У пет најчешћих група оболевања у службама здравствене заштите жена у Републици Србији убрајају се и трудноћа, рађање и бабиње, тумори, као и заразне и паразитарне болести. Ових пет најчешћих група болести заједно су чиниле преко 98% учешћа у укупном морбидитету у свим посматраним годинама (графикон 56).

**Графикон 56.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2011–2015.



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

Број посета предшколске деце стоматологу је веома значајан показатељ имајући у виду да ову популациону групу није лако обухватити, а веома је важна за спровођење превентивних стоматолошких мера и усвајање адекватног понашања у односу на здравље уста и зуба. У периоду од 2011. до 2015. године просечан број посета стоматологу на једно предшколско дете варирао је између 1,24 у 2014. и 1,31 у 2013. години, док је у 2015. износио 1,25 (табела 15).

У истом периоду просечан број посета на једног стоматолога бележи тренд смањења (табела 15). Услед смањења броја деце овог узраста, повећавала се обезбеђеност предшколске деце стоматологом, али је у 2015. години, услед смањења броја стоматолога, овај тренд заустављен. 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 недовољан.

**Табела 15.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2011–2015.

| 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 |
|--------|--|--|---------------------------------|--|
| 2011   | 0,47   | 2569,2                                     | 1985                            | 1,29   |
| 2012   | 0,49   | 2343,7                                     | 1859                            | 1,26   |
| 2013   | 0,43   | 2222,1                                     | 1703                            | 1,31   |
| 2014   | 0,46   | 2079,7                                     | 1673                            | 1,24   |
| 2015   | 0,43   | 2242,7                                     | 1786                            | 1,25   |

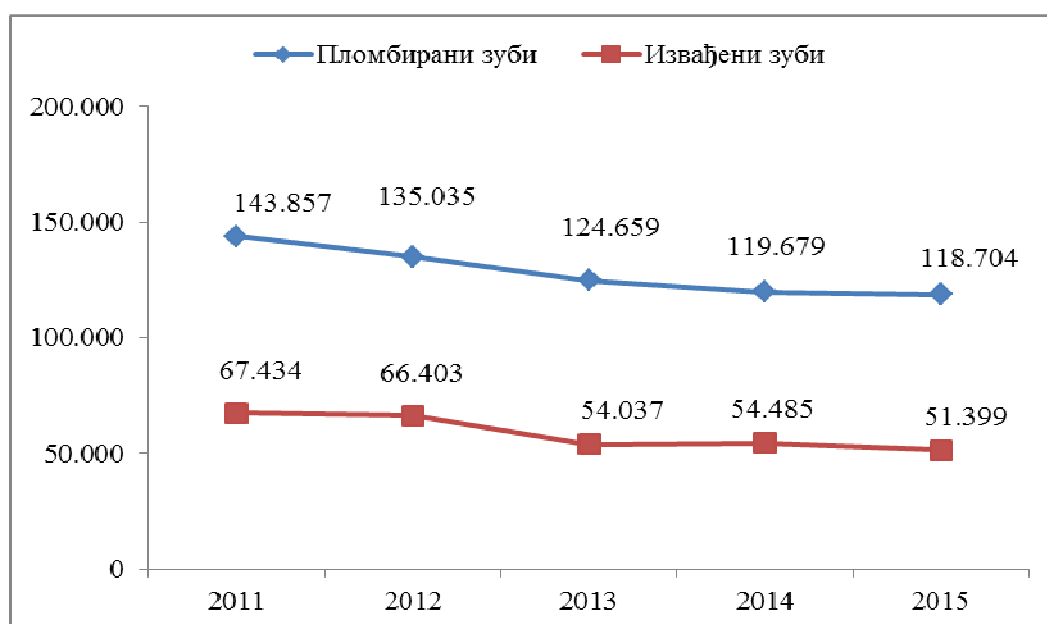
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг”

\* 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).

У 2015. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било више од четири пломбирана зуба без лечења (4,35). Код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба постоји изражен неповољан тренд (графикон 57). 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 57.** Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2011–2015.



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, а 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 2012. години (табела 16). У посматраном петогодишњем периоду је оптерећеност стоматолога била релативно уједначена и кретала се од 2900 до 3100 посета на једног стоматолога.

Број посета школске деце стоматологу варирао је незнатно у посматраном периоду, а може се рећи да је велики број посета резултат спровођења обавезних превентивних прегледа код школске деце, којој је потребан и намењен велики број превентивних мера и активности у области оралног здравља.

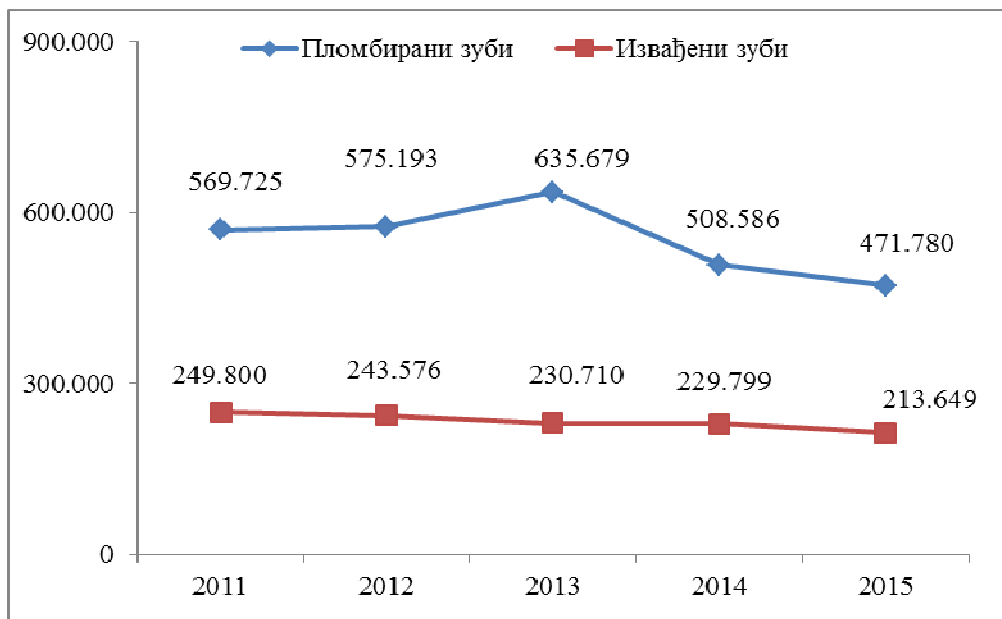
**Табела 16.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2011–2015.

| 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 |
|--------|--|--|---|--|
| 2011   | 0,44   | 2941,0                                     | 1214                                    | 2,42                                       |
| 2012   | 0,42   | 3022,1                                     | 1221                                    | 2,48                                       |
| 2013   | 0,36   | 2931,9                                     | 1154                                    | 2,54                                       |
| 2014   | 0,45   | 3080,3                                     | 1212                                    | 2,54                                       |
| 2015   | 0,45   | 3003,7                                     | 1174                                    | 2,56                                       |

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 последње три године износио око 2,4 милиона посета на нивоу Републике, а да се, са изузетком 2013. године, смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса (графикон 58).

**Графикон 58.** Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2011–2015.



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

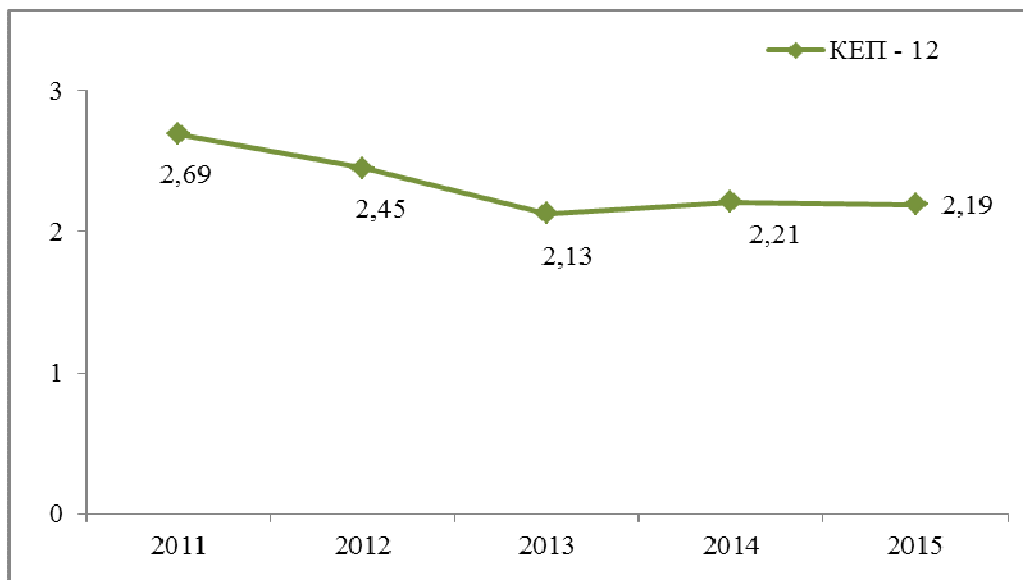
Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, а број извађених зуба у посматраном периоду континуирано опада. Однос извађених зуба и пломбираних зуба у претходних пет година углавном је био уједначен, али је драстично смањење броја пломбираних зуба у 2014. години довело до погоршања овог односа, који је у тој и у следећој години износио 2,2 (графикон 58). Овакав однос екстрахираних и пломбираних зуба веома је неповољан за овако младу популацију и захтева значајно унапређење.

Један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваленције и утврђивање потреба за лечењем популационе групе деце старости 12 година је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП–12). То је кумулативни и 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 је у 2015. години износио 2,19 што је нешто више него 2013. године, на нивоу 2014. године, али знатно ниже у односу на претходне године (графикон 59). 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 59.** Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2011–2015.



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.

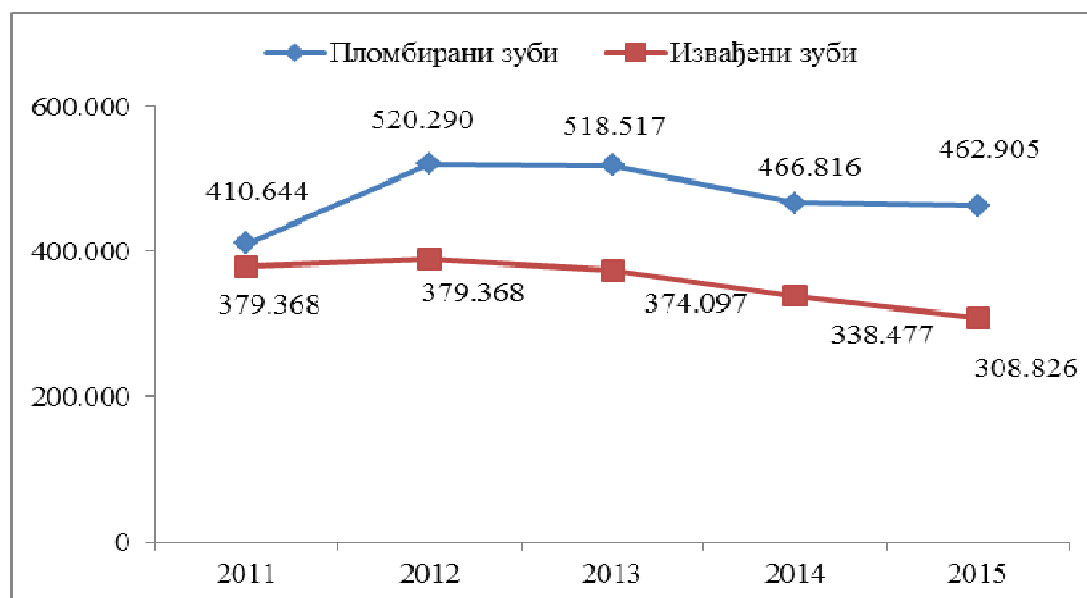
**Табела 17.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2011–2015.

| 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 |
|--------|--|--|-------------------------------------|--|
| 2011   | 0,92   | 1395,6                                     | 4644                                | 0,30   |
| 2012   | 0,75   | 1590,2                                     | 4653                                | 0,34   |
| 2013   | 0,72   | 1661,4                                     | 4810                                | 0,35   |
| 2014   | 0,73   | 1816,6                                     | 5692                                | 0,32   |
| 2015   | 0,67   | 1793,4                                     | 5840                                | 0,31   |

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

У односу на претходне две године, у 2015. години је однос извађених и пломбираних зуба нижи, што је знатно повољније него претходних година (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.

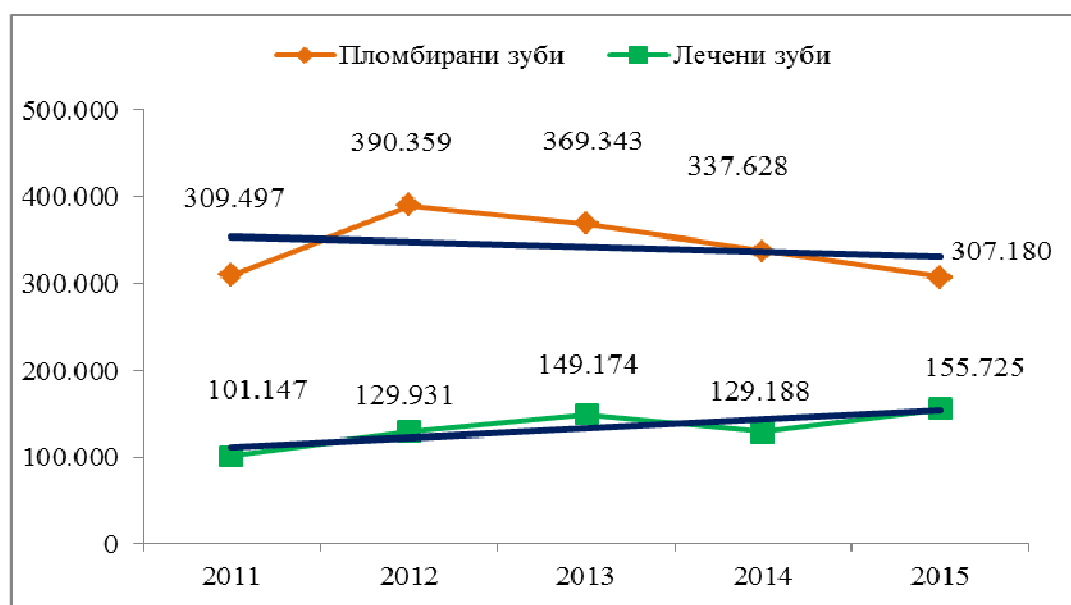
**Графикон 60.** Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2011–2015.



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 било 0,3 посете стоматологу по једном одраслом становнику, мада ни у осталим посматраним годинама ситуација није много боља. У почетку посматраног периода на један пломбиран зуб следило је скоро и једно вађење зуба, да би у последње три године ситуација постала нешто повољнија (на 1,5 пломбираних долази 1 извађен зуб) (графикон 60). Од 2012. године трендови указују на смањење броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, а повећање броја лечених зуба, што је забрињавајуће, јер указује на то да се пацијенти не јављају благовремено свом стоматологу (графикон 61).

**Графикон 61.** Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2011–2015.



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

## **4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

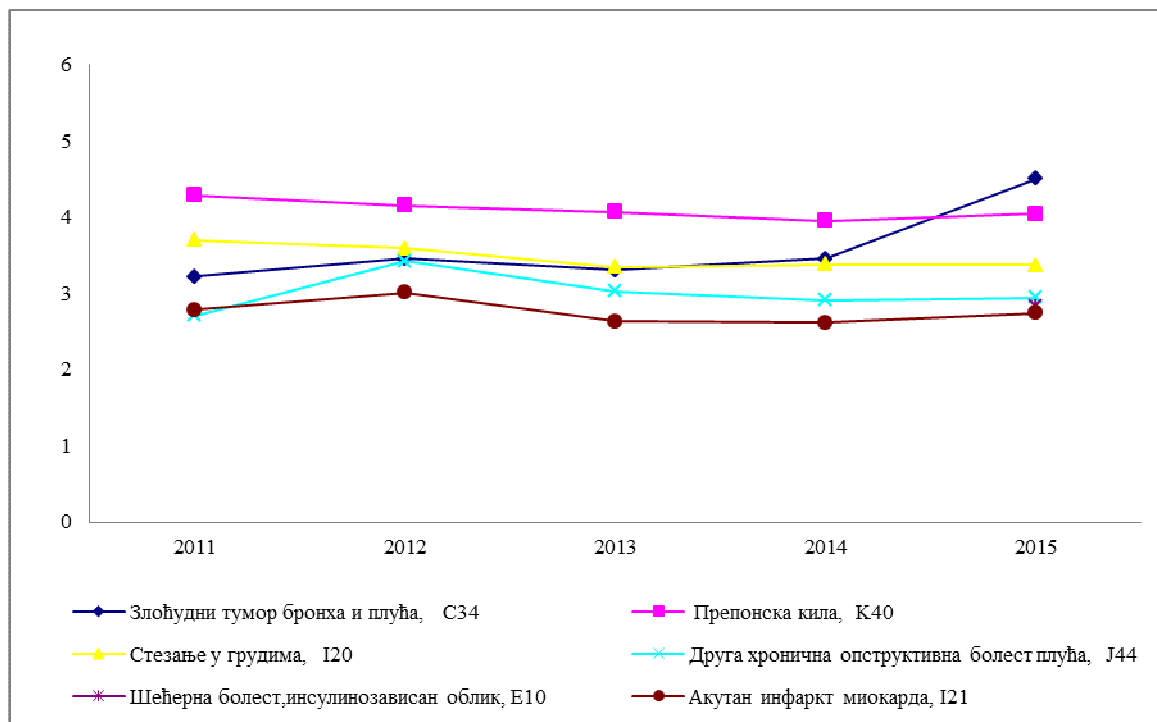
### **4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама**

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 2015. години био је злоћудни тумор бронхија и плућа, а затим следе злоћудни тумор дојке, шећерна болест, инсулинозависан облик, стезање у грудима и повишен крвни притисак непознатог порекла.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2015. години био је злоћудни тумор бронхија и плућа (МКБ10: С34). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца била је препонска кила (МКБ10: К40), трећи стезање у грудима (МКБ10: I20), а затим следе друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44) и акутни инфаркт миокарда (МКБ10: I21) (графикон 62).

**Графикон 62.** Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2011–2015.

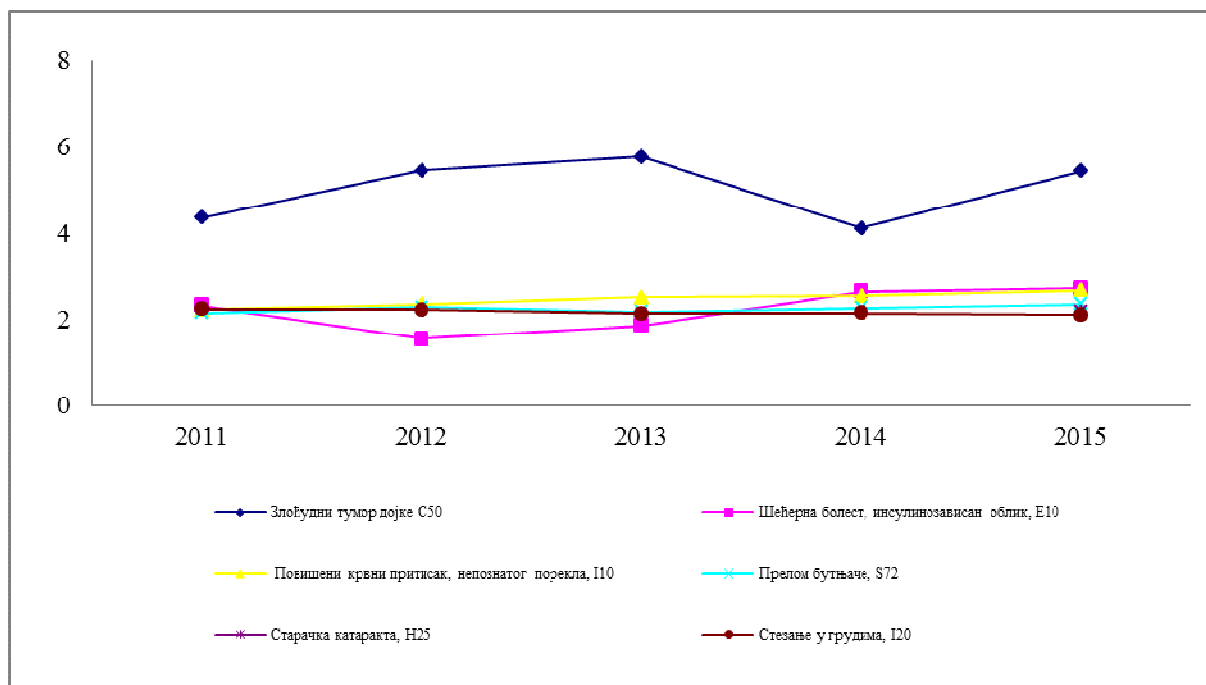


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг”, Извештај о хоспитализацијама

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2015. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење се у 2000. години није ни налазило на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злоћудног 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. С обзиром на то да је у 2014. години промењен образац за извештавање о хоспитализацијама, као и методологија извештавања, не може се тврдити да је смањење стопе хоспитализације због злоћудног тумора дојке у 2014. години последица смањене заступљености ове болести, посебно имајући у виду да се вредност ове стопе у 2015. години вратила на ниво из 2012. и 2013. године. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: шећерна болест – инсулинозависни облик (МКБ10: E10), повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10), прелом бутњаче (МКБ10:

S72), старачка катаракта (МКБ10: H25) и стезање у грудима (МКБ10: I20) (графикон 63).

**Графикон 63.** Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2011–2015.



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

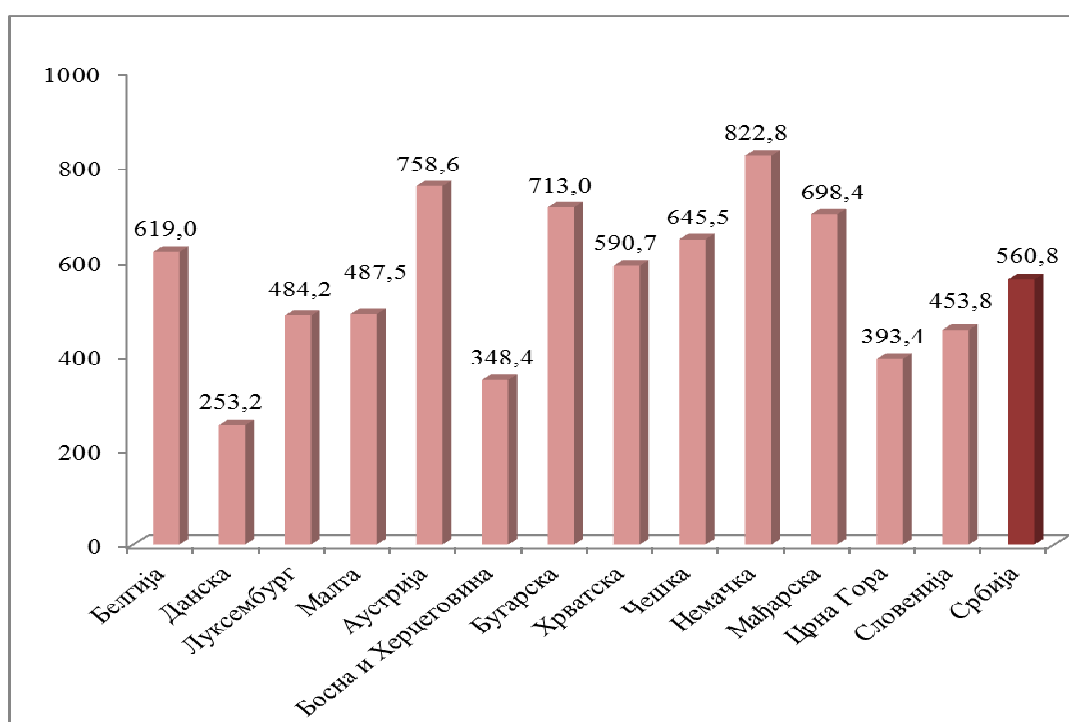
## 4.2 Коришћење болничке здравствене заштите

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 2015. години износио је 39.788 постеља (без постеља дневних болница) или 561 постеља на 100.000 становника (графикон 64). Укупан број постеља, који укључује и дневне болнице, износио је 41.491. Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Белгије, Аустрије, Бугарске, Немачке и Мађарске, а знатно већа од Данске – 253, Црне Горе – 393 и Босне и Херцеговине – 348 на 100.000 становника.

**Графикон 64.** Број постеља на 100.000 становника, Србија (2015.) и изабране европске земље (2014, 2015.)

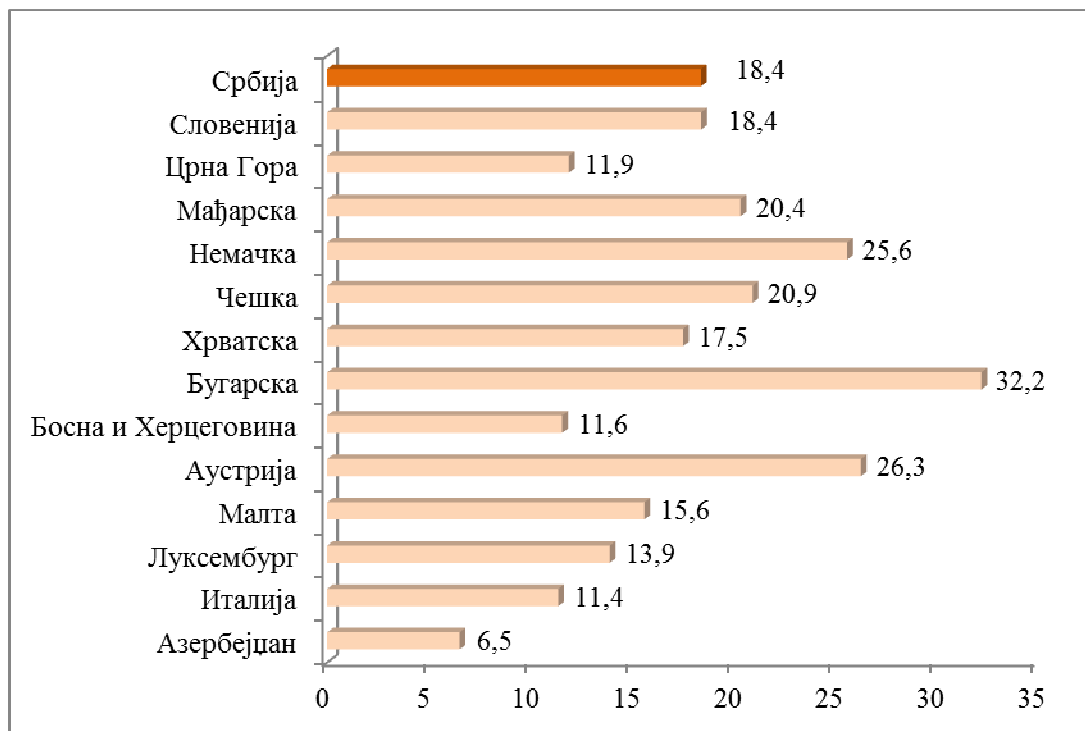


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут“; база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2015. години износила је 18,4 на 100 становника, што је на нивоу претходне године. Ова вредност је нижа него у Мађарској, Немачкој, Бугарској, Чешкој и Аустрији, на нивоу је Словеније, док је виша у односу на остале посматране земље (графикон 65).

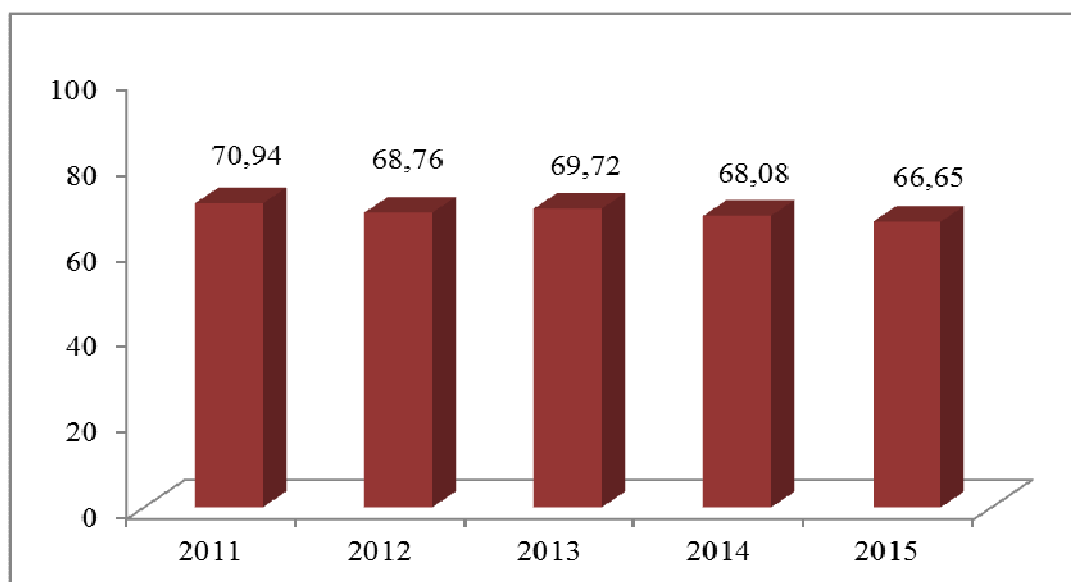
Заузетост болничких постеља у поматраном периоду константно се смањивала, од 70,94% у 2011. до 66,65% у 2015. години (графикон 66).

**Графикон 65.** Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама, Србија (2015.) и изабране европске земље (2014, 2015.)



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

**Графикон 66.** Заузетост постеља у стационарним здравственим установама, Србија, 2011–2015.



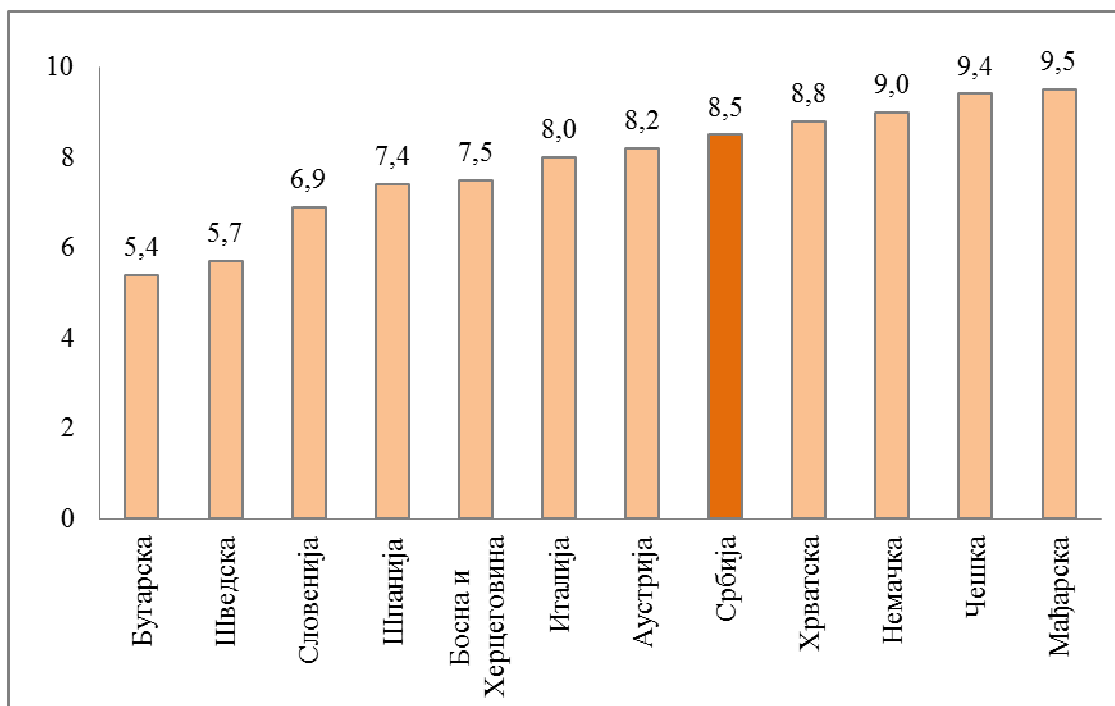
Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут“

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији (без дневних болница) у 2015. години износила је 8,5 дана, што је



нешто мање него претходне године, као и у односу на Хрватску, Немачку, Чешку и Мађарску (графикон 67).

**Графикон 67.** Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији (2015.) и изабраним европским земљама (2014.)

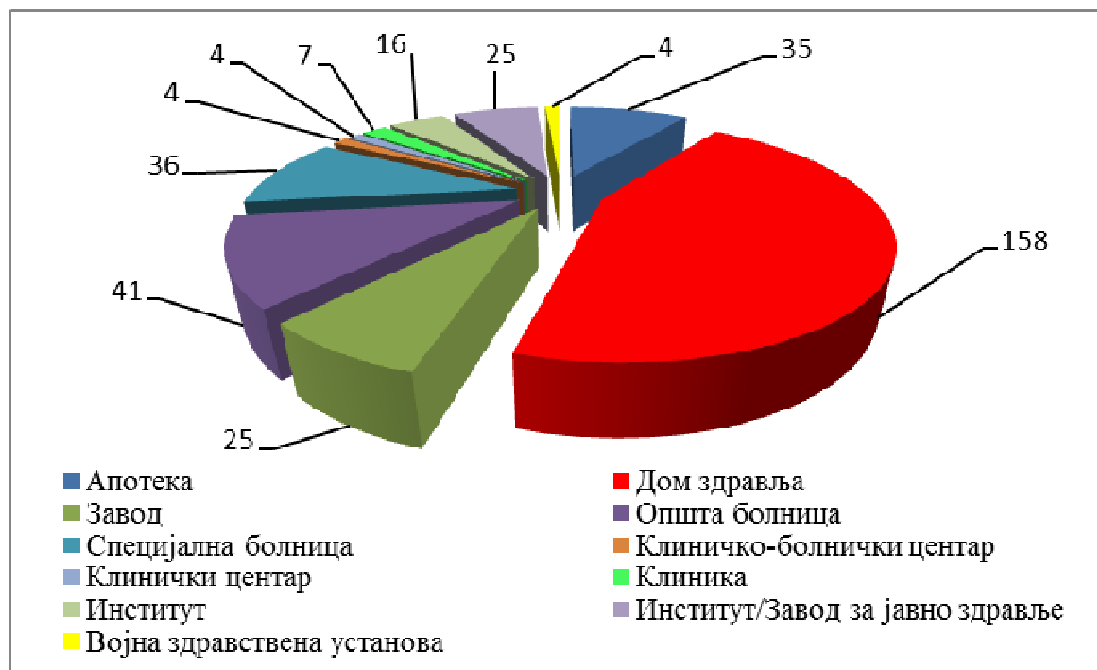


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут“; база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

## 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, 8/2014 и 92/2015) у 2015. години у Србији износио је 355 (графикон 68).

**Графикон 68.** Здравствене установе у Републици Србији (без установа са територије КиМ), 2015.



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

На дан 31.12.2015. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 107.980 радника. Од тог броја доктора медицине било је 20.450, односно 288 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (396 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (188 на 100.000). Наведене вредности су ниже или на нивоу (Сремски округ) вредности у претходној години.

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, повећана стопа општег морталитета, као и смањење опште стопе смртности одојчади.
- Позитивна економска активност у Србији, испољена кроз раст бруто домаћег производа у 2011. години прекида се у 2012. години, када привреда поново манифестује знаке рецесионих кретања. У 2013. години долази до опоравка економске активности, уз релативно високу стопу привредног раста. Међутим, 2014. године читава домаћа економска активност у великој мери је под утицајем негативних ефеката поплава које су у мају погодиле Србију, уз додатно отежавајуће ефекте ниже екстерне тражње. У 2015. годину привреда Србије улази са позитивним кретањима испољеним у последњем кварталу 2014. године, а њен даљи опоравак је под доминантним утицајем повећаних инвестиционих улагања и 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 је у 2015. години задржала истоветну позицију из претходне године, тако да је и даље рангирана ниже од свих земаља из окружења, са изузетком Босне и Херцеговине.
  3. Јавни дуг се у 2015. години додатно увећао у односу на претходну годину, при чему га карактерише и неповољна валутна структура.
  4. Екстерна солвентност је наставила тренд погоршања, с обзиром да је спољни дуг порастао (искључиво услед задуживања државе) и Србија се нашла на граници зоне високе задужености.

5. У поређењу са земљама из окружења Србија и даље има највишу просечну годишњу стопу инфлације.
  6. Релативно ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинстава продукују ниску финалну потрошњу домаћинстава.
  7. Незапосленост, иако у паду у 2015. години, у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада. Незапосленост у Србији међу највишим је у региону.
  8. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 66. место у свету. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
  9. Ризик од сиромаштва или социјалне искључености изразито је висок и знатно је изнад просека земаља чланица Европске уније.
- Расходи за здравствену заштиту у периоду 2010–2014. година показују релативну стабилност. Издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, приближно су на нивоу 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 из јавних водовода и водних објеката, чија је исправност испитивана у 2015. години, код 20,7% забележена је физичко-хемијска, а код 7,3% микробиолошка неисправност. У јавним водоводима градских насеља физичко-хемијска неисправност је забележена код 10,7%, а микробиолошка неисправност код 3,2% испитиваних узорака. Када је реч о физичко-хемијској неисправности вредности су нешто више, а код микробиолошке неисправности нешто ниже него претходне године.

- У периоду 2011–2015. година бележи се пад опште неисправности и намирница домаћег порекла и намирница пореклом из увоза. Заступљеност неисправних, у укупном броју микробиолошки испитаних узорака, током протеклих пет година није прелазила 1%. У укупном броју физичко-хемијски испитаних, заступљеност неисправних узорака намирница кретала се између 1,59% у 2013. и 5,39% у 2011. години.
- Главни узроци урбаног аерозагађења у Републици Србији су погони енергетског сектора (термо-електране), рафинерије нафте, локалне топлане, кућна ложишта на течна и чврста фосилна горива, саобраћај, као и несанитарне депоније чврстог отпада.
- 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. Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.
- Заразне болести данас не представљају већи здравствени проблем у Србији пре свега захваљујући редовном вакцинисању и релативно добром предузимању осталих превентивних мера.
- Тренд пада оболевања од туберкулозе у Републици Србији се одржава и током 2015. године, док се запажа и пад стопе успеха лечења услед повећања броја оболелих који прекидају лечење (указује на смањену доступност здравствене службе за оболеле који потичу из удаљених села, присуство све већег броја оболелих из ризичних групација становништва и са придруженим обољењима, немогућност остваривања права на здравствену заштиту, на продужену економску кризу и сиромаштво што има утицај на доступност здравствене заштите, али и на квалитет пружања услуга од стране здравствене службе), повећања броја умрлих од других болести за време лечења туберкулозе (због

старења популације) и броја оболелих са непознатим исходом лечења што указује на недовољно ажурно вођење регистра оболелих.

- Имајући у виду епидемиолошке карактеристике и знатан степен стигматизације полно преносивих инфекција у друштву, постоји оправдана претпоставка да пријављени случајеви особа инфицираних HIV-ом, односно оболевања и умирања од AIDS-а у мањем обиму, не приказују реално стање, како због непознатог степена поддијагностиковања, тако и због инсуфицијентног пријављивања клинички и лабораторијски потврђених случајева надлежним установама у складу са важећом законском и подзаконском регулативом.
- Мали број клијената у саветовалиштима за добровољно, поверљиво или анонимно саветовање и тестирање на HIV, посебно ван Београда, као и регистрована ниска стопа тестирања на HIV на нивоу Републике, доприноси незадовољавајућем степену раног дијагностиковања инфицираних и/или оболелих особа, посебно особа са ризичним понашањем из кључних популација под повећаним ризиком, што даље онемогућава значајнију редукцију оболевања и умирања од AIDS-а, а индиректно доприноси даљем ширењу HIV инфекције у популацији.
- 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 2011. до 2015. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање, 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 2011. до 2015. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштаног-мишићног система и везивног ткива.

- У службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2011–2015. 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 тумори.
- У стоматолошкој здравственој заштити деце и школске деце у периоду 2011–2015. година, однос извађених и пломбираних показује негативан тренд, док је у стоматолошкој здравственој заштити одраслих тај однос нешто повољнији.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2015. години био је малигни тумор бронхија и плућа а затим следе препонска кила, стезање у грудима, и друга хронична опструктивна болест плућа.
- Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2015. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке. Остали најчешћи узроци хоспитализације код жена су шећерна болест (инсулинозависни облик), прелом бутњаче, а по први пут се у пет најчешћих узрока хоспитализације појављује старачка катаракта.
- Вредности стопе хоспитализације (18,4 на 100 становника), заузетости болничких постеља (66,65%) и просечна дужина хоспитализације (8,5 дана), указују на недовољну искоришћеност болничких капацитета.
- Просечан број лекара на 100.000 становника у 2015. години у Републици Србији износио је 288, са најнижом вредношћу у Сремском округу (188 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (396 на 100.000). Ове вредности су нешто ниже или на нивоу претходне године.

## 7. ПРЕДЛОГ МЕРА

С обзиром на изложеност дејству екстерних фактора окружења и ограничавајуће макроекономске перформансе иманентне привреди Србије, присутан је ризик финансијске одрживости и способности државе да обезбеди здравствену заштиту доступну целокупном становништву. То намеће неопходност сензитивне и континуиране селекције приоритета у здравственој заштити и њиховог стриктног поштовања.

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;
- Унапредити превентивне услуге и менаџмент хроничних пацијената;
- Пружити подршку оснивању и јачању улоге Савета за здравље градова/ општина;
- Унапредити услуге за вулнерабилне групе кроз мултисекторски рад на локалном нивоу: образовање на свим нивоима (предшколско, основно, средње и високошколско), социјална и здравствена заштита, посебно за јавноздравствене теме;



- Унапредити услуге заштите менталног здравља;
- Унапредити рад саветовалишта за хроничне пацијенте.
- Обезбедити одрживо финансирање и повећати доступност и квалитет интервенција које доприносе успешнијој превенцији и контроли HIV инфекције и других ППИ, посебно у кључним популацијама под повећаним ризиком.
- Спроводити континуирану доедукацију здравствених радника на тему значаја спровођења дефинисаног свеобухватног надзора над заразним болестима, укључујући и надзор над HIV инфекцијом/AIDS-ом и другим ППИ.
- 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 пре или у току 2015. године било је неопходно 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.