



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

## РЕПУБЛИКА СРБИЈА

# ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗА 2016. ГОДИНУ



ISBN 978-86-7358-085-2

2017.

## **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 sc. med. 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 Драгана Плавша

Др Снежана Плавшић, специјалиста епидемиологије

Др Ивана Ракочевић, специјалиста епидемиологије

Др Данијела Симић, специјалиста епидемиологије

Др Маја Стошић, мастер јавног здравља

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	27
1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће	27
1.3.2 Здравствена исправност намирница	31
1.3.3 Квалитет ваздуха	38
<b>2. Умирање и оболевање становништва</b>	43
2.1 Смртност становништва	43
2.2 Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем	44
2.2.1 Болести система крвотока	45
2.2.2 Малигне болести	46
2.2.3 Шећерна болест	53
2.3 Оболевање и умирање од заразних болести	54
<b>3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите</b>	63
3.1 Здравствено стање деце	63
3.2 Здравствено стање школске деце	66
3.3 Здравствено стање одраслог становништва	70
3.4 Здравствено стање жена	75
3.5 Стоматолошка здравствена заштита	78
3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце	79
3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце	80
3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва	83
<b>4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите</b>	86
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама	86
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите	88
<b>5. Здравствене установе и кадрови</b>	91
<b>6. Закључци</b>	92
<b>7. Предлог мера</b>	98

# 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.

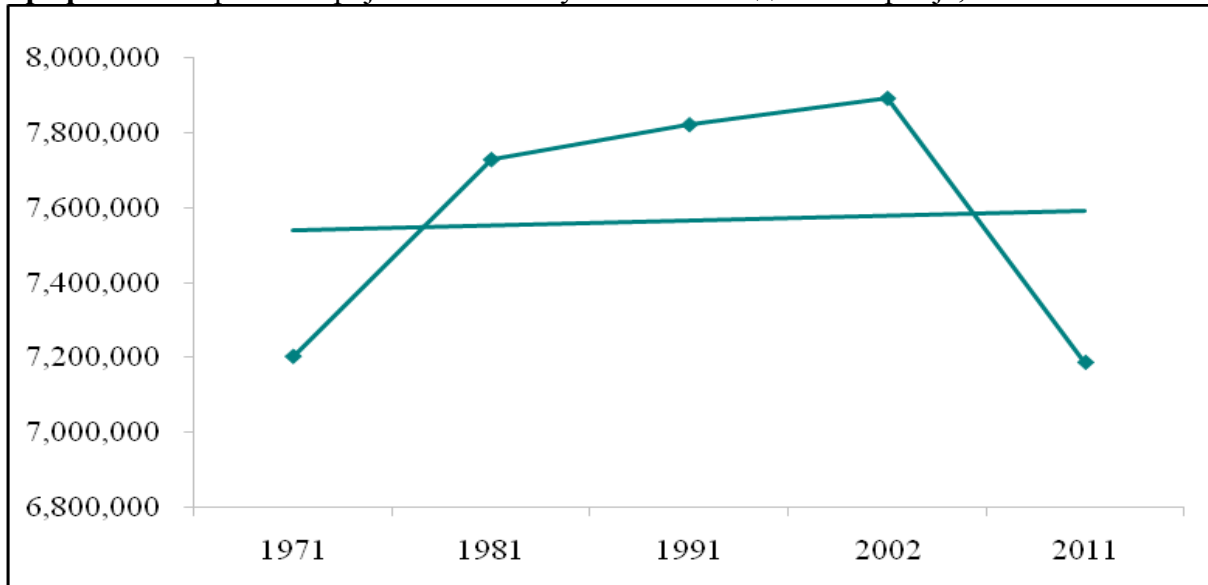
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953–1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији бележи тренд смањења (графикон 1).

**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

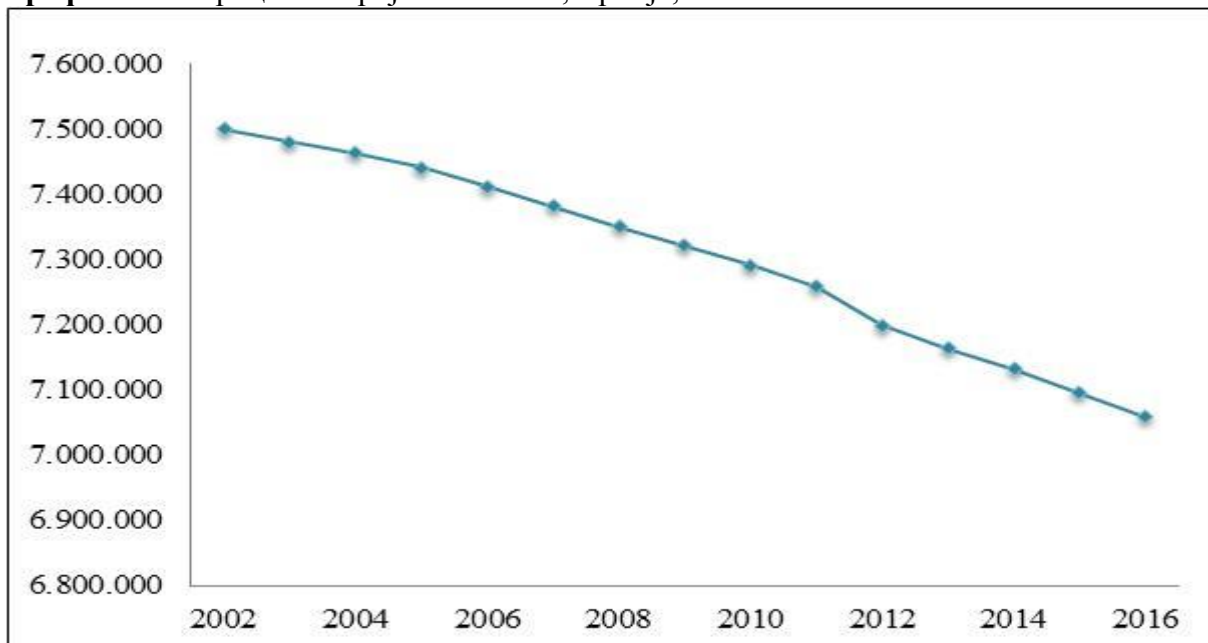
**Графикон 1.** Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2016. година (графикон 2).

**Графикон 2.** Процењен број становника, Србија, 2002–2016.



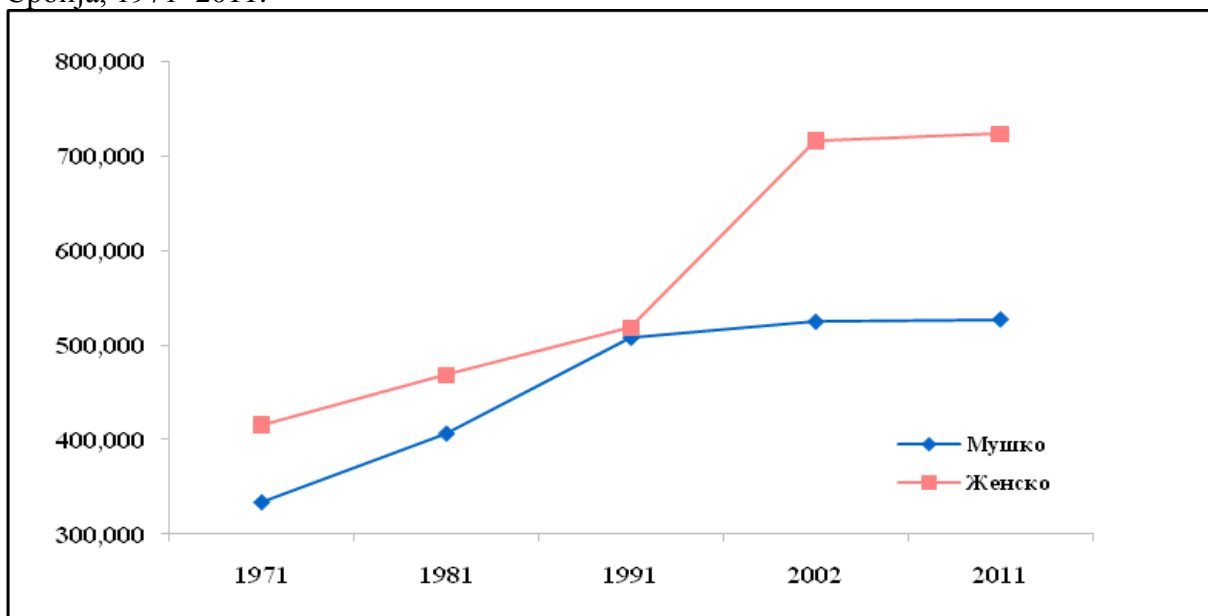
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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.

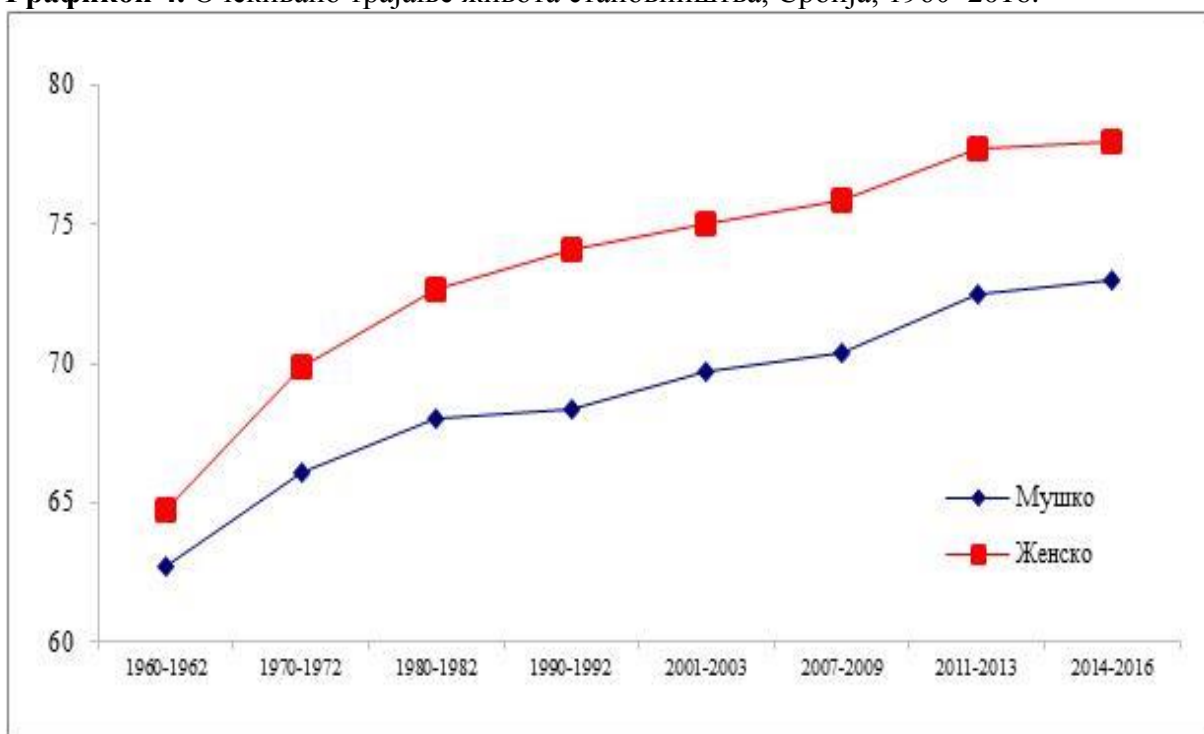


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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.

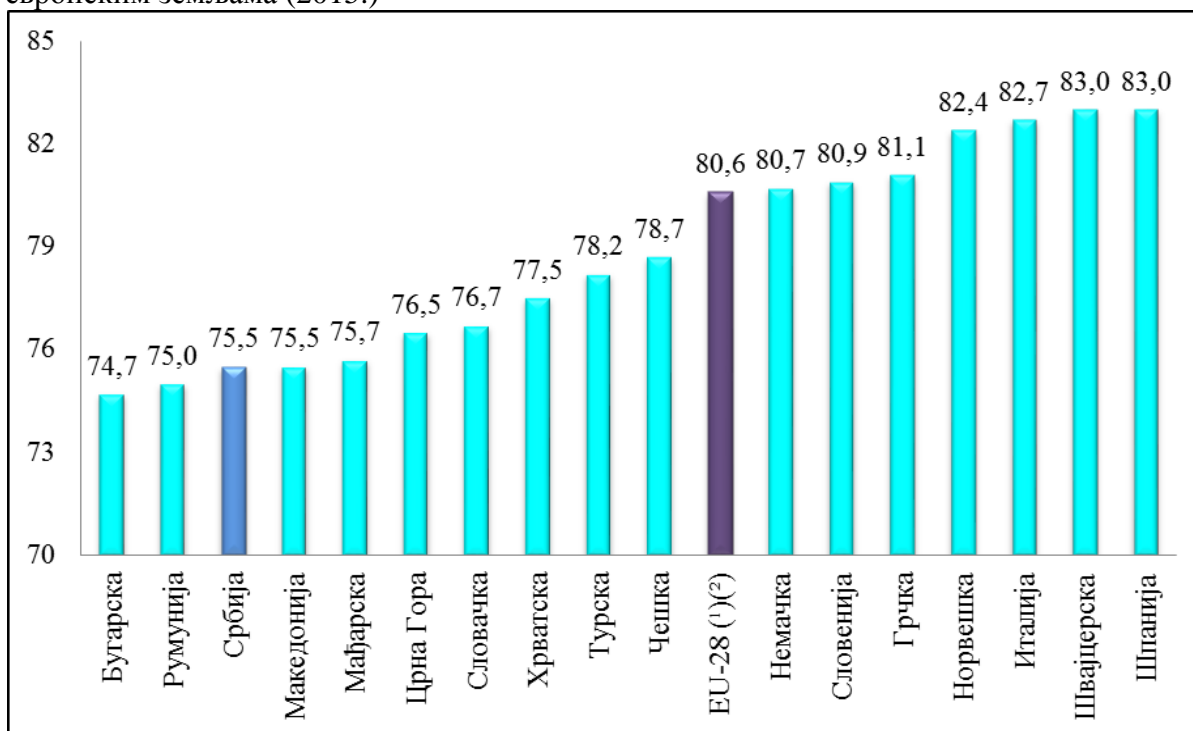
Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва и квалитета његовог живота. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2016. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2016. године достигло 73 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2016. години оно бележи пораст за преко 13 година (78 година).

**Графикон 4.** Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2016.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

**Графикон 5.** Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2016.) и изабраним европским земљама (2015.)



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

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

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

- уједначена стопа наталитета (на 1000 становника) која се кретала у распону од 9,0 колико је износила 2011. године до 9,6 у 2009. години. У 2016. години износила је 9,2;
- уједначена стопа општег морталитета (на 1000 становника) до 2015. године, када је забележила највећу вредност овог показатеља (14,6). У 2016. години стопа општег морталитета смањена је на 14,3;



- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -4,7 у 2007. години на -5,3 у 2015. години, са незнатним порастом вредности природног прираштаја на -5,1 у 2016. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 7,1 у 2007. на 5,3 у 2015. години, док у 2016. не показује значајно одступање у односу претходну годину (табела 2).

**Табела 2.** Витални догађаји, Србија, 2007–2016.

ПОКАЗАТЕЉ	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	9,2	9,4	9,6	9,4	9,0	9,3	9,2	9,3	9,3	9,2
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	13,9	14,0	14,2	14,2	14,2	14,2	14,0	14,2	14,6	14,3
Стопа природног прираштаја (на 1000 становника)	-4,7	-4,6	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9	-4,8	-4,9	-5,3	-5,1
Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)	7,1	6,7	7,0	6,7	6,3	6,2	6,3	5,7	5,3	5,4

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

## 1.2 Социјално-економски показатељи

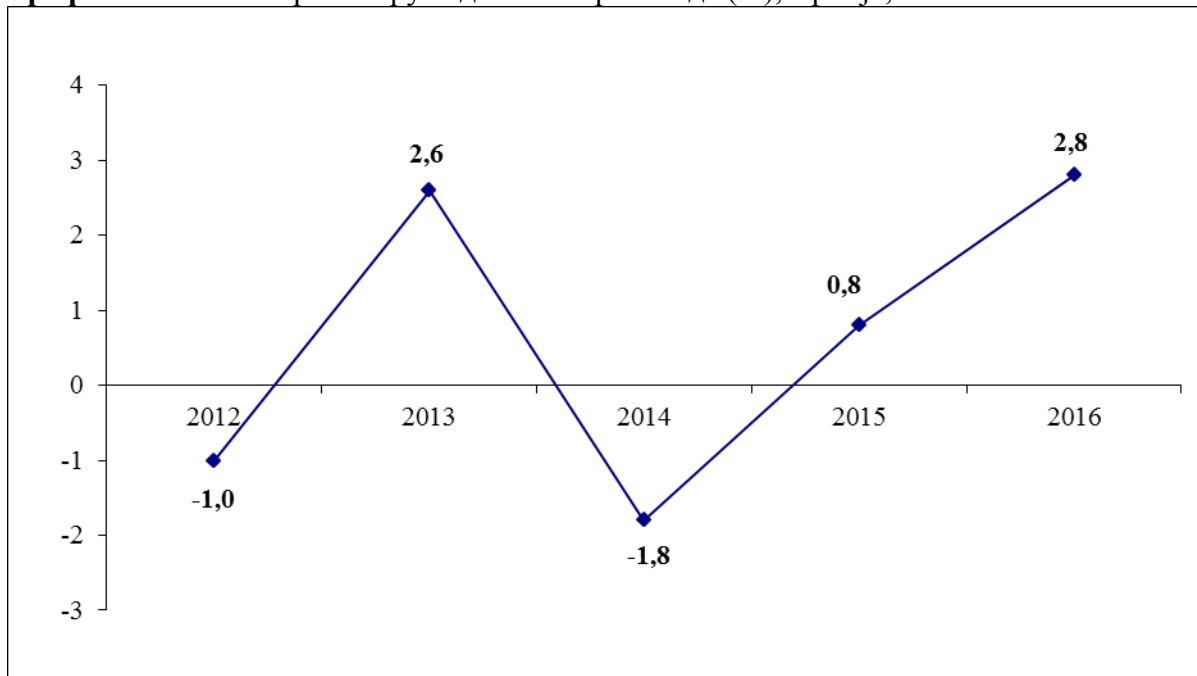
У условима скромног опоравка глобалних економских токова, током економски релативно стабилне 2016. године, дошло је до убрзавања привредног раста у Републици Србији. Још од последњег квартала 2014. године, домаћа економска активност почиње да се опоравља и тако се превазилазе негативни ефекти поплава које

су у мају погодиле Србију. Привредни опоравак настављен је и у 2015. години. На убрзање привредног раста током 2016. године кључни утицај имали су: динамичан раст нето извоза, јачање инвестиционих улагања и раст потрошње домаћинстава. Повећање приватне потрошње резултат је како позитивних кретања на тржишту рада, тако и већег реално расположивог дохотка по основу ниских цена нафте и нижих каматних стопа, које су олакшале терет отплате постојећих кредита уз истовремено смањење кредитног оптерећења код новог задуживања. Позитиван допринос укупним привредним перформансама дали су и ниски инфлаторни притисци, валутна стабилност и благи позитивни помаци на тржишту рада.

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 2012. години ова стопа бележи пад од једног процентног поена, да би у 2013. години била позитивна и исказала повећање бруто домаћег производа за 2,6% у односу на претходну годину (графикон 6). У наредној, 2014. години поново се бележи негативна стопа раста од -1,8%. Од 2015. године стопе раста бруто домаћег производа поново су позитивне и износе 0,8% у 2015. години, односно 2,8% у последњој посматраној години. Укупан бруто домаћи производ износи у 2016. години 34.617 милиона евра, што је 4904 евра (5426 US\$) по становнику. Највећи реални раст бруто додате вредности у 2016. години бележе: сектор пољопривреде, шумарства и рибарства (чак 8,1%); сектор снабдевања електричном енергијом, гасом и паром (6,3%); сектор информисања и комуникација (5,8%); сектор трговине на велико и мало и поправке моторних возила (3%) и сектор

прерађивачке индустрије (2,2%). Реални пад бруто додате вредности забележен је у сектору рударства (-3,7%).

**Графикон 6.** Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2012–2016.



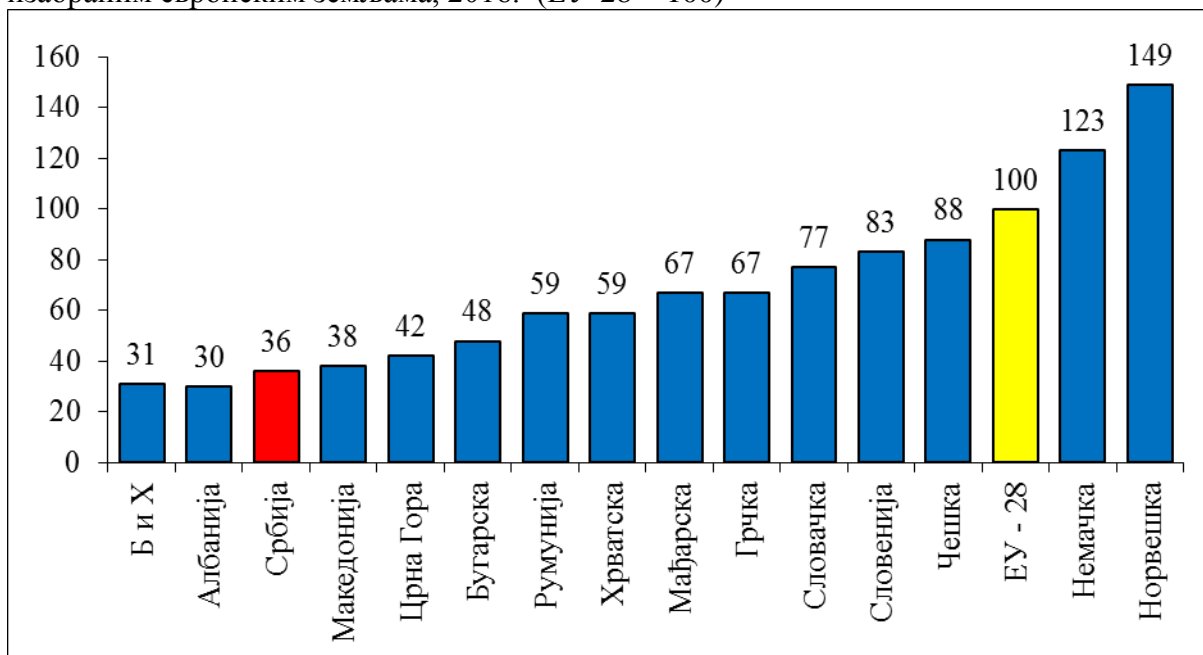
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

У посматраном петогодишњем периоду стопе раста бруто домаћег производа земаља Европске уније су углавном позитивне. Изузетак је почетна посматрана 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 највећа у посматраном периоду, а негативну стопу раста бруто домаћег производа забележила је само Грчка. У 2016. години стопе раста бруто домаћег производа су позитивне у свим земљама Европске уније, док је ова стопа на нивоу просека нешто нижа у односу на претходну годину и износи 1,9.

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2016. години износи свега 36 индексних поена просека Европске уније, односно 10.700 PPS по становнику у еврима (просечна вредност на

нивоу 28 земаља Европске уније износи 29.000 PPS по становнику). Нижи индекс бруто домаћег производа по становнику имају само Босна и Херцеговина и Албанија, док је највиши у Луксембургу и износи чак 267 индексних поена (EY=100). Овај индикатор има релативно стабилну вредност у Србији у посматраном периоду, а у односу на претходну годину је задржао своју вредност (графикон 7).

**Графикон 7.** Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2016. (EY-28 = 100)



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

Према извештају Светског економског форума за 2016. годину, Србија је рангирана на 90. позицији, на листи од 138 земаља, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 3,97. Тиме је поправила своју позицију у односу на претходну годину за четири места, као и вредност Индекса који је у 2015. години износио 3,89. 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 до пораста вредности GCI појединих компоненти, али и благе промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену макроекономског окружења забележен је напредак у односу на извештај из претходне године, са 3,60 на 4,12. У домену здравства и основног образовања, као једном од 12 стубова конкурентности, дошло је до пораста вредности GCI са 5,87 у 2015. на 5,97 у 2016. години (ранг је са 62. померен на 53.). У структури свих фактора који се истичу као генератори проблема у пословној активности у Србији, јавно здравље учествује са најмањих 0,4% (при том је забележен благи позитиван помак у односу на претходну годину).

Вредност GCI коју је Србија остварила у 2016. години је за 0,52 виша у односу на претходну годину, односно највиша је у посматраном периоду.

Највећу вредност GCI, од 5,81 у 2016. години као и претходне године забележила је Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земље из окружења Србија се налази иза свих, са изузетком Босне и Херцеговине (3,80). Позиције изнад Србије заузимају: Чешка (4,71), Пољска (4,56), Бугарска (4,44), Словенија (4,39), Румунија (4,30), Словачка (4,28), Македонија (4,23), Мађарска (4,20), Хрватска (4,15), Албанија (4,06), Црна Гора (4,05) и Грчка (4,00).

У 2016. години настављен је тренд смањења рањивости финансијског система у односу на претходну годину. Томе је пре свега допринео пад учешћа јавног дуга у БДП-у, чиме је у 2016. години прекинут вишегодишњи тренд раста овог учешћа. Поред тога, настављен је позитиван тренд смањења екстерне неравнотеже, односно дефицита текућег рачуна платног биланса, који је на крају 2016. године износио 4,0% бруто домаћег производа. Дуг централне државе на крају 2016. године износио је 73% БДП-а, што је смањење за два процентна поена у односу на претходну годину. Уколико се у посматрање укључи и негарантовани дуг јединица локалне власти, ово учешће износи

74% БДП-а. Валутна структура дуга је неповољна, с обзиром да је око три четвртине дуга деноминовано у иностраној валути. Ниво јавног дуга је знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему (45% БДП-а).

Крајем 2016. године спољни дуг Републике Србије износио је 78% БДП-а, при чему се он повећао у апсолутном износу у односу на претходну годину, али је његово учешће у бруто домаћем производу опало за 0,4 процентна поена. Треба имати у виду да је 80% критеријум Светске банке за улазак у област високе задужености, као основни индикатор екстерне солвентности.

У 2016. години у Србији је дошло до раста нето извоза. Након што је у 2015. години извоз знатно повећан, са стопом раста од 7,9% (остварио је вишеструко увећан раст у односу на претходну годину), 2016. године извоз остварује још већи раст од 11,6%. Са друге стране, увоз након незнатне стопе раста у 2014. години, и њеног увећања на 5,8% у 2015. години, у последњој посматраној години бележи раст од 6,1%.

Нето стране директне инвестиције у 2016. години имају раст од 5,5% у односу на претходну годину, што је повећање за свега 0,1 процентни поен.

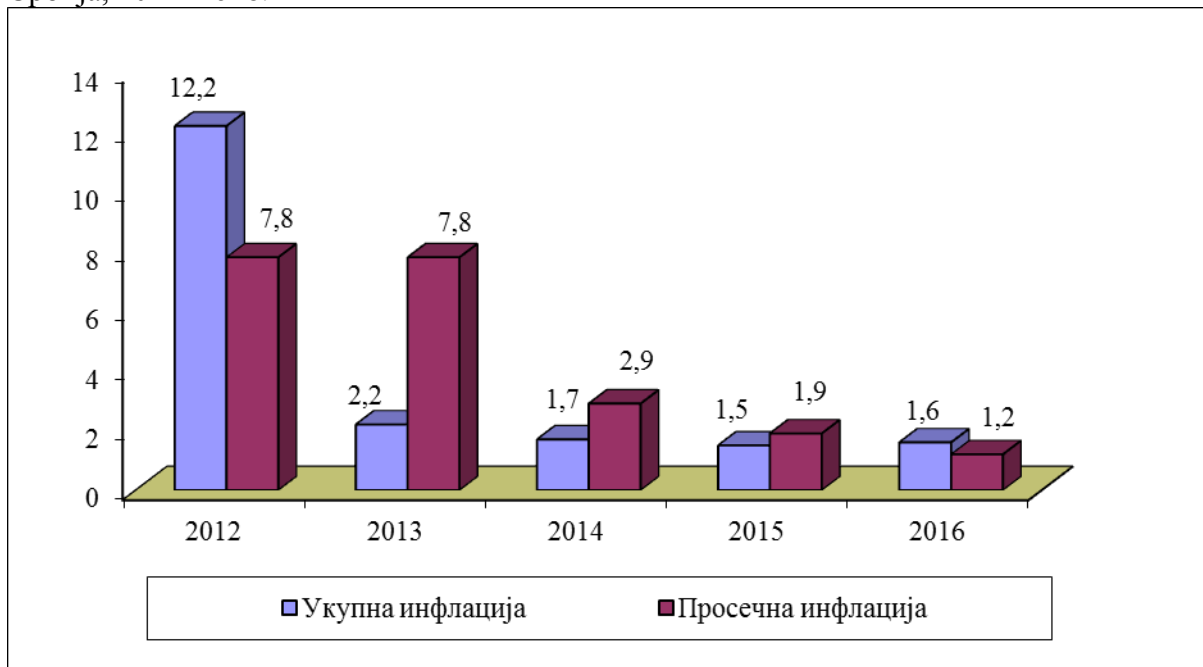
Крајем 2014. године усвојене су мере фискалне консолидације: смањење трошкова зарада и рационализација јавног сектора; смањење издвајања за пензије; смањење субвенција и реструктуирање јавних и државних предузећа. Номинално смањење зарада у јавном сектору и пензија спроводи се од новембра 2014. године, 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. До новог повећања зарада у јавном сектору и пензија дошло је тек крајем 2016. године. У односу на претходну годину, када је евро опао за свега

0,5%, у 2016. години динар је према еврџ депресирао 1,5%. Како је за привреду Србије карактеристична висока финансијска евроизација, изражене флукуације девизног курса утичу не само на инфлацију, већ и на билансе реалног и јавног сектора, а због валутне неусклађености њихових обавеза и потраживања. Благовремене реакције и интервенције Народне банке Србије на девизном тржишту су зато неопходне, а спроводе се у циљу смањења прекомерних краткорочних осцилација девизног курса, очувања ценовне и финансијске стабилности и одржања адекватног нивоа девизних резерви. Током 2016. године Народна банка Србије интервенисала је на девизном тржишту у оба смера, и продајом и куповином евра (била је нето продавац девиза у износу од 160 милиона евра). Иако су девизне резерве на крају 2016. године износиле 10,2 млрд евра бруто, односно смањене су у односу на претходну годину за 0,2 млрд евра, ипак је задржан њихов адекватан (и више него довољан) ниво за очување финансијске стабилности.

У посматраном петогодишњем периоду, 2012–2016. 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. и 2016. године дају стопу укупне инфлације која је испод доње границе циљане инфлације ( $4\% \pm 1,5\%$ ). У 2016. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је свега 1,6%, што је за 0,1 процентни поен мање у односу на 2015.

годину. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2016. години мањи је у односу на претходну годину и износио је 1,2% (графикон 8).

**Графикон 8.** Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2012–2016.

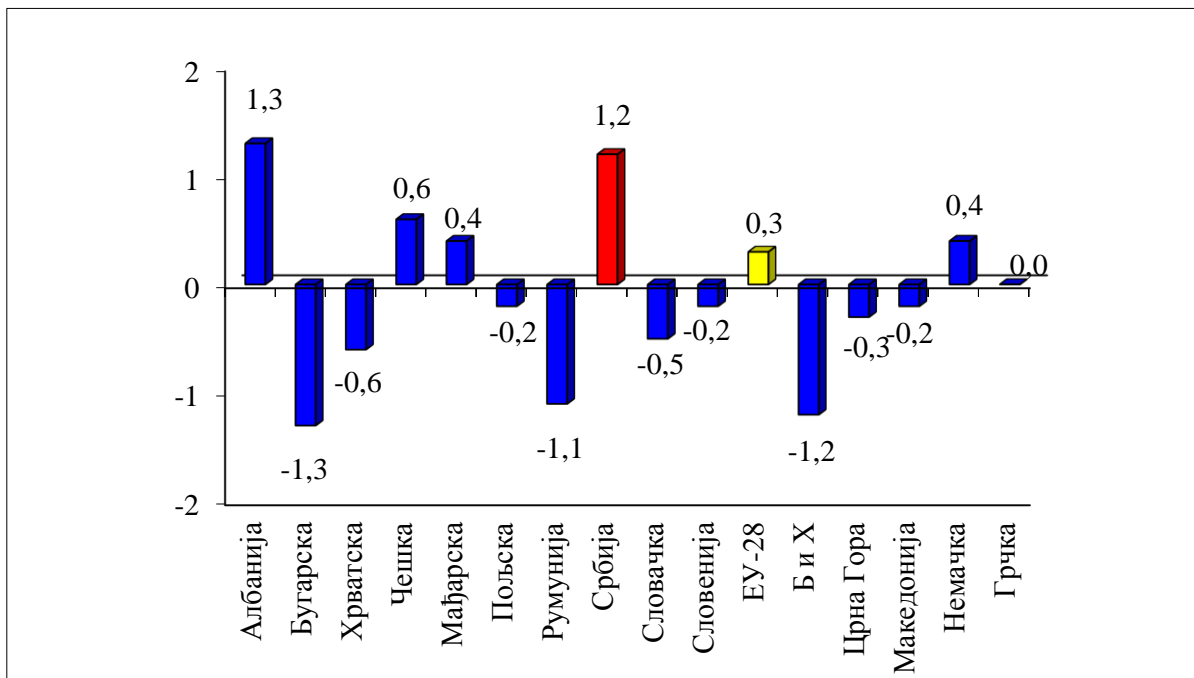


Извор података: Републички завод за статистику Србије

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (0,3% у 2016. години, што представља раст у односу на претходну годину која је била без инфлације). У 2016. години већи број посматраних земаља исказао је негативну стопу раста инфлације. Иако постоје значајне разлике у нивоу инфлације између појединих земаља, ова стопа је у Србији и даље знатно виша у односу на земље из окружења (графикон 9).



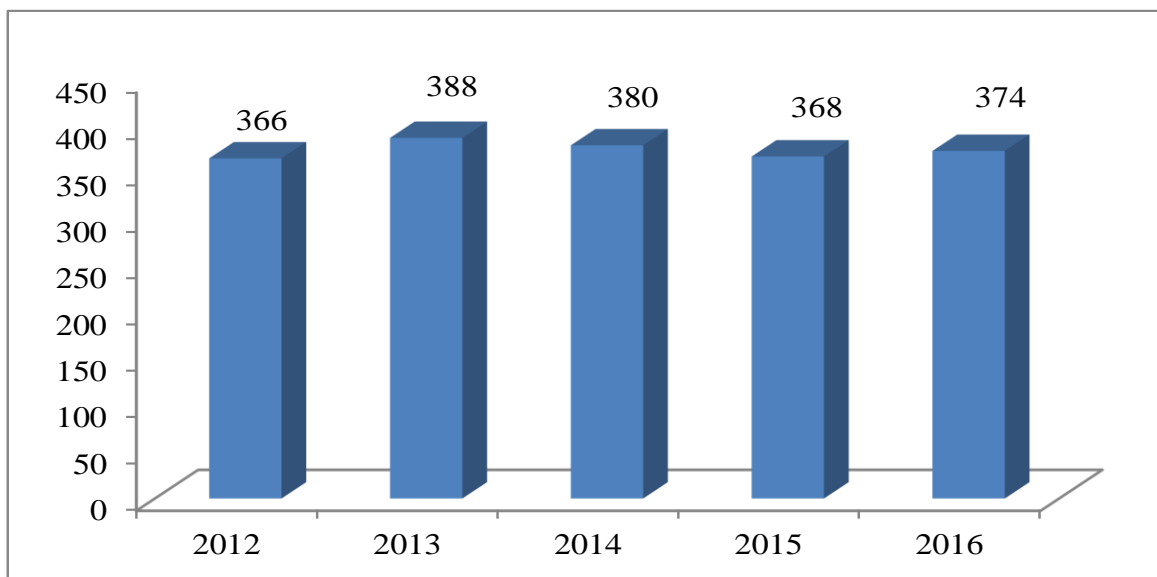
**Графикон 9.** Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2016.



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

У посматраном петогодишњем периоду (2012–2016), просечне нето зараде благо осцилирају, од 366 евра у 2012. години до највишег износа у 2013. години и 374 евра у 2016. години. Међутим, реалне стопе раста су позитивне само у првој и последњој години посматраног периода, односно са 1,1% на почетку периода реална стопа раста зарада порасла је на 2,5% у 2016. години. У 2013. и наредне две године стопе раста просечних реалних нето зарада су негативне и износе -1,5%, -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 2016. години ова стопа је -0,1%. У 2016. години просечна нето зарада у Србији износила је 46.097 динара, што је номинални раст у динарима и индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 10).

**Графикон 10.** Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2012–2016.



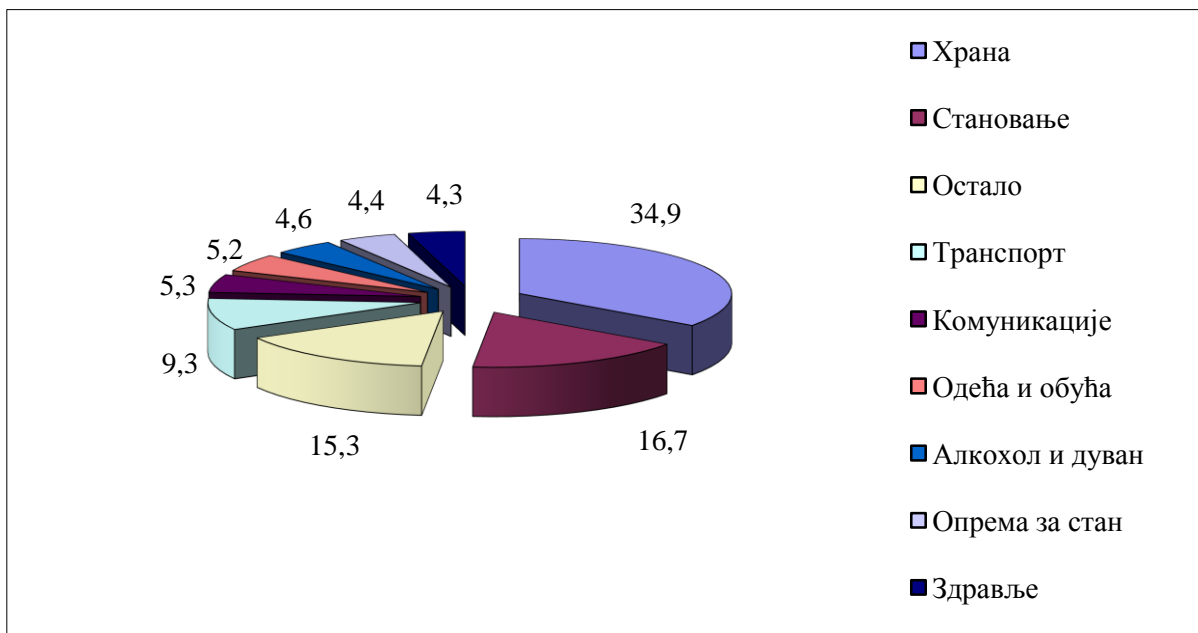
Извор података: Републички завод за статистику Србије

У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу нижима. У 2016. години у Србији је просечна месечна бруто зарада износила 516 евра (374 евра у нето износу), а на сличном нивоу налазила се и Македонија са 533 евра. Насупрот томе, више зараде имале су: Румунија (643), Босна и Херцеговина (665), Црна Гора (751), Мађарска (833), Хрватска (1030) и Словенија (1897). Нижу бруто зараду је од земаља у окружењу имала само Бугарска – 486 евра.

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинстава, као и пензије као основни социјални трансфер становништву продукују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинстава, као и њену структуру по намени. У 2016. години потрошња домаћинстава остварила је раст од 0,8%, што је дало позитиван допринос кретању бруто домаћег производа од 0,6 процентних поена. Раст потрошње домаћинстава резултат је раста запослености и плата, ниских цена нафте, али и нижих каматних стопа. У току 2016. године, Народна банка Србије је два пута снизила референтну стопу, за по 0,25 процентних поена.

Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2016. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 59.624 динара (57.814 динара у 2015. години). У структури личне потрошње домаћинстава у 2016. години највеће учешће имају, као и сваке године, издаци за исхрану (34,9%), што представља наставак пада њиховог учешћа у структури укупне личне потрошње (у односу на претходну годину 0,7 процентних поена). Следе их трошкови становања (16,7%), 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 2016. године су наставили тренд повећања свог учешћа за 0,5 процентних поена и износе 15,3%. Издаци за транспорт су незнатно смањили своје учешће у структури личне потрошње домаћинстава за 0,2% и у 2016. години износе 9,3%. Издаци за комуникације задржали су своје учешће (5,3%), док су издаци за одећу и обућу незнатно повећали учешће у структури личне потрошње. Издаци за здравље повећали су своје учешће за 0,2 процентна поена и у 2016. години износе 4,3%. Издаци за алкохолна пића и дуван остали су на истом нивоу, а издаци за опрему за стан незнатно су смањили своје учешће у структури личне потрошње домаћинстава (графикон 11).

**Графикон 11.** Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2016.



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.

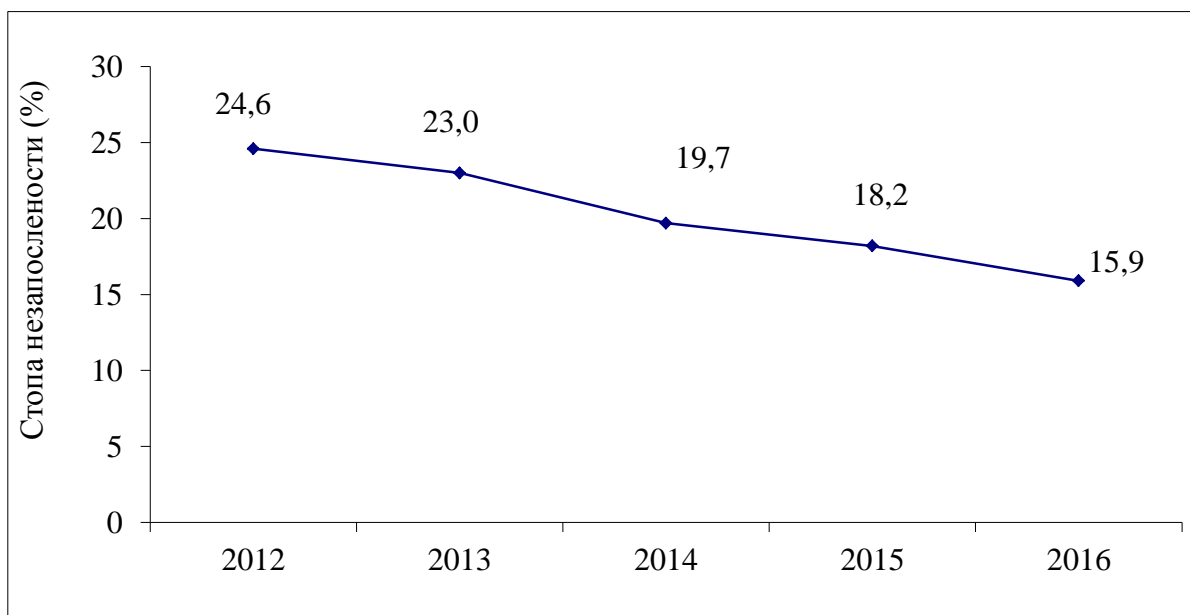
Негативна тенденција пада броја запослених прекида се 2013. године, а у наредним годинама долази до континуираног повећања укупног броја запослених, тако да је тај број према Анкети о радној снази у 2016. години 2.719.400 лица. Од тога је формално запослених 2.120.200, од чега ван пољопривреде 1.888.000. 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 55,2% становништва радног узраста, што је повећање од 9,8 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 2016. години 65,6%, што је за 2 процентна 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 2016. години на нивоу од 15,9%. То је ниже у односу на претходну годину за 2,3 процентна поена, а смањење у односу на почетак посматраног периода износи 8,7 процентних поена. 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 (8,6%) и знатно је већа у односу на низ европских земаља, као што су Хрватска, Словачка, Словенија, Бугарска, Пољска, Румунија, Мађарска и Чешка. Од земаља из окружења, приближно исти ниво незапослености бележе Албанија и Црна Гора, док је знатно виши у Македонији и Босни и Херцеговини (графикон 13). Укупан број незапослених у 2016. години смањен је за чак 62.500 лица (скоро шест пута веће смањење у односу на претходни период), тако да износи укупно 489.400. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 16,7%, чиме је убрзана њена динамика пада (пад за 2,6 процентних поена у односу на 1,1 процентни поен смањења у 2015. години). Стопа незапослености је највећа код лица са средњим образовањем, која у укупној незапослености учествују са 63,2%.

**Графикон 12.** Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2012–2016.



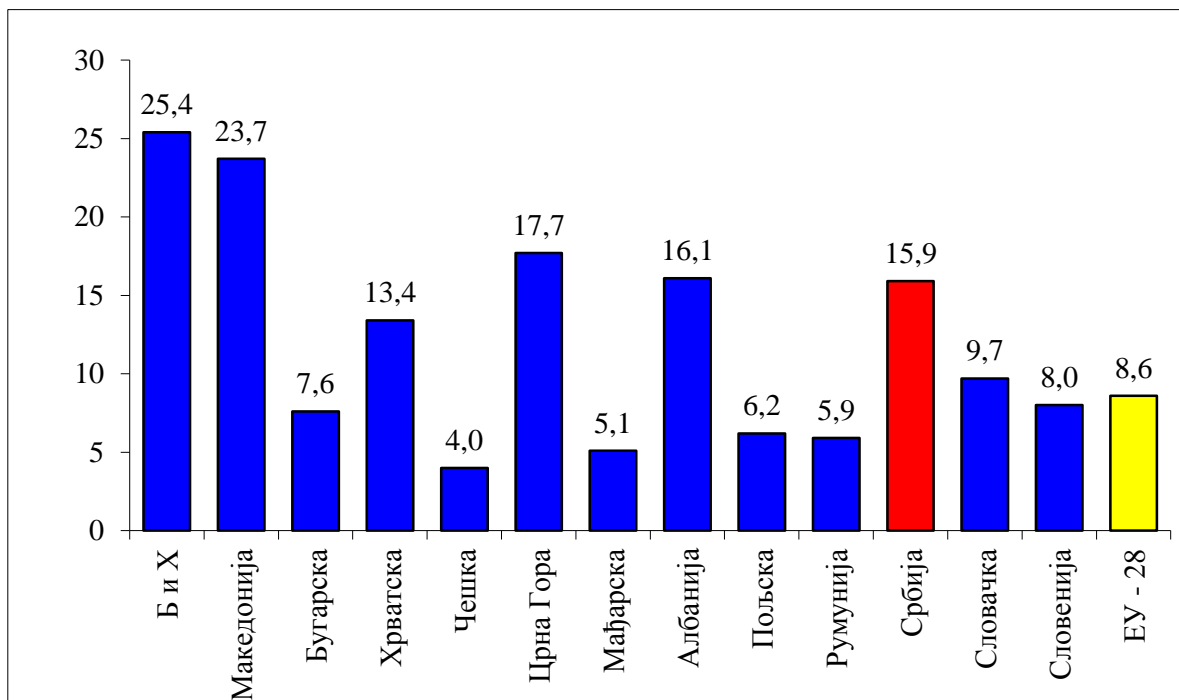
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2016. години. У односу на 2015. 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 9,9%. То је пад у односу на претходну годину за 1,4 процентних поена, али и даље указује на висок степен социјалне искључености.
2. Учешће дугорочне незапослености у укупној повећало се за један процентни поен у односу на претходну годину и налази се на изузетно високом нивоу од 65%.
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 6,7%, што је ипак смањење у односу на претходну

годину, за 0,7 процентних поена. Ова стопа далеко је важнија од стопе укупне незапослености, са социјалног и психолошког аспекта, јер указује на ризик од западања у стање безизлазности и обесхрабрениости за даље тражење запослења и ситуације социјалне искључености.

**Графикон 13.** Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2016.



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

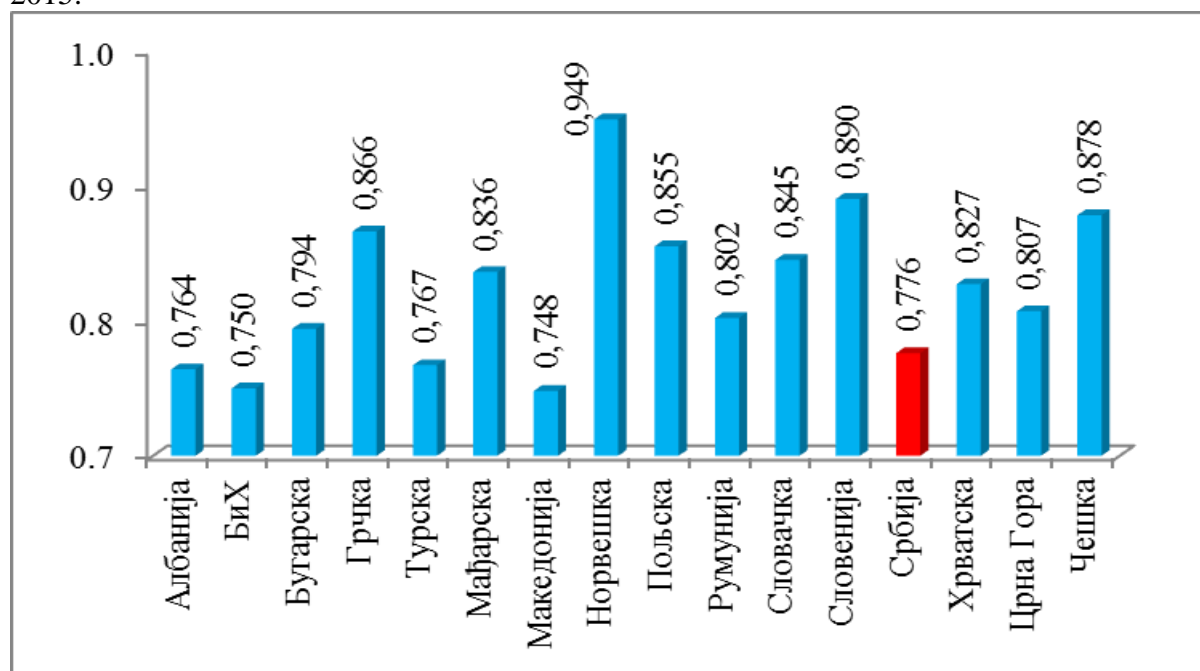
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја. Индекс хуманог развоја (HDI) је сложени показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја и изражава просечна достигнућа земље у домену здравља,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

порасту у Србији, да би, према последњим доступним подацима, у 2015. години износио 0,776.

Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI прилагођеног индекса (0,689) су следеће: очекивани животни век 75,0 година (здравствени индекс 0,780), просечна дужина школовања 10,8 година и очекивана дужина школовања 14,4 година (образовни индекс 0,698) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 12.202 (доходни индекс 0,600).

Према вредности индекса хуманог развоја (0,776), Србија је на 67. месту у свету и има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља, што се дугује пре свега релативно ниској вредности доходног подиндекса (графикон 14).

**Графикон 14.** Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2015.



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 2016. години била 25,5%, односно незнатно је повећана у

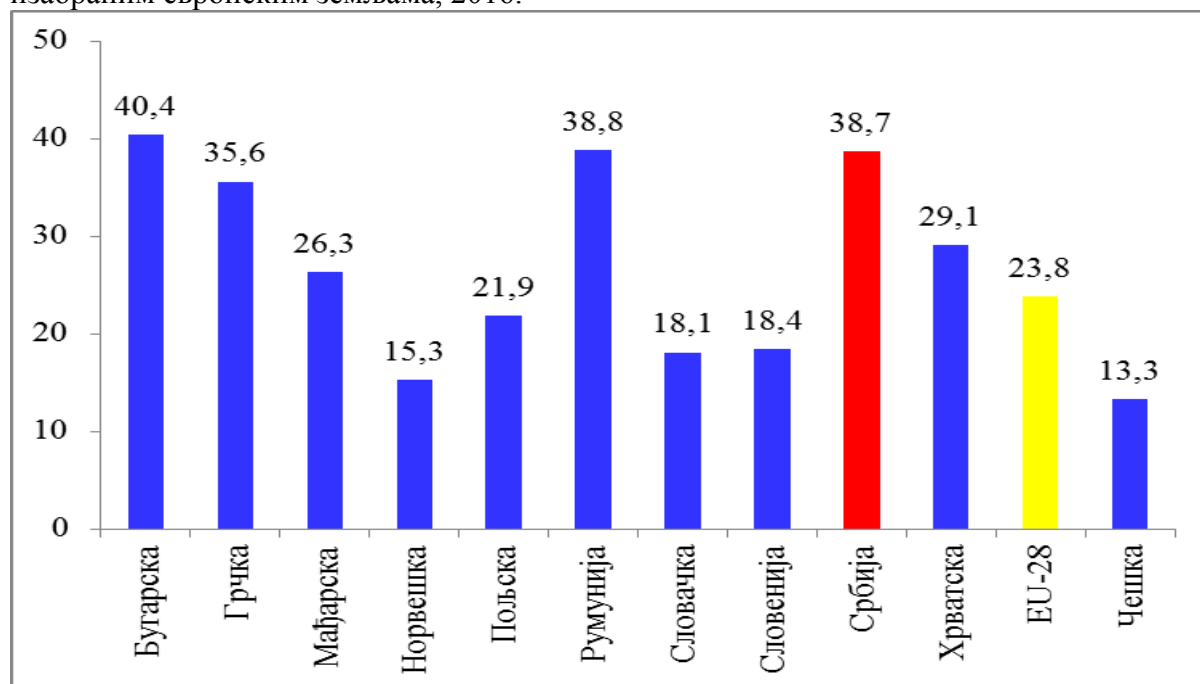


односу на претходну годину. Релативна линија сиромаштва (праг ризика од сиромаштва) представља 60% медијане националног еквивалентног прихода и у 2016. години износила је 15.416 динара просечно месечно за једночлано домаћинство.

Ризику од сиромаштва су највише изложена лица 18–24 године (32,7%) и лица млађа од 18 година (30,2%), док најнижу стопу ризика од сиромаштва имају особе старије од 65 година (19,1%). Највишу стопу ризика од сиромаштва имају домаћинства са троје и више издржаване деце (49,8%), а затим лица млађа од 65 година која живе у једночланим домаћинствима (40,1%).

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 38,7% становника Србије у 2016. години (2,6 процентних поена мање него у претходној години, чиме је настављена тенденција смањења). То је изразито лоша перформанса, с обзиром да је ова стопа на нивоу Европске уније просечно износила 23,8% у 2015. години (графикон 15). Низак интензитет рада има стопу од 15,7%, док је стопа изразите материјалне ускраћености чак 19,5%.

**Графикон 15.** Стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености у Србији и изабраним европским земљама, 2016.



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 2011–2015. 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.

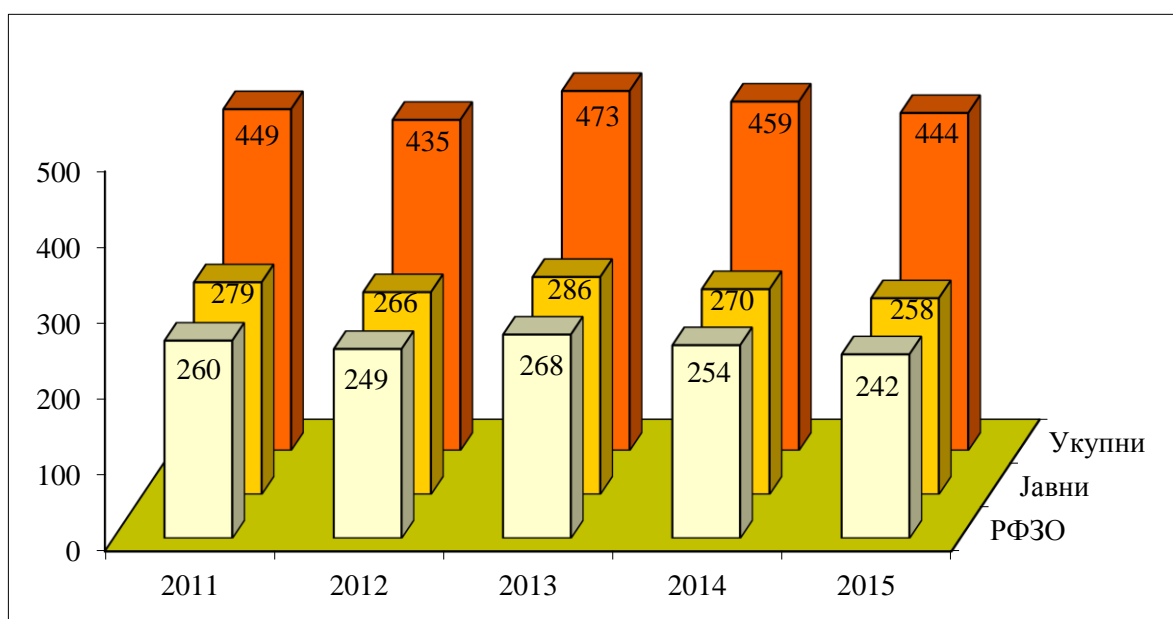
Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту све до последње посматране године, уз релативно стабилно учешће у бруто домаћем производу. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији порасли су у односу на претходни период. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2012. 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 и посматрано у еврима. У наредној, 2014. години, укупни расходи за здравствену заштиту незнатно су

већи него претходне године у свом динарском износу, али опадају индексирано у еврима.

У 2015, последњој посматраној години, укупни расходи за здравствену заштиту нижи су него претходне године, како у динарском износу, тако и индексирано у еврима, с обзиром да износе 444 евра по становнику (графикон 16). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су у паду и износили 242 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту такође у паду и износили су 258 евра по становнику.

Приватни расходи за здравствену заштиту од 2012. године расли су по вишој стопи раста од укупних (10%), а у 2015. години једини су показали раст (1%) и износили су 186 евра по становнику.

**Графикон 16.** Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2011–2015.

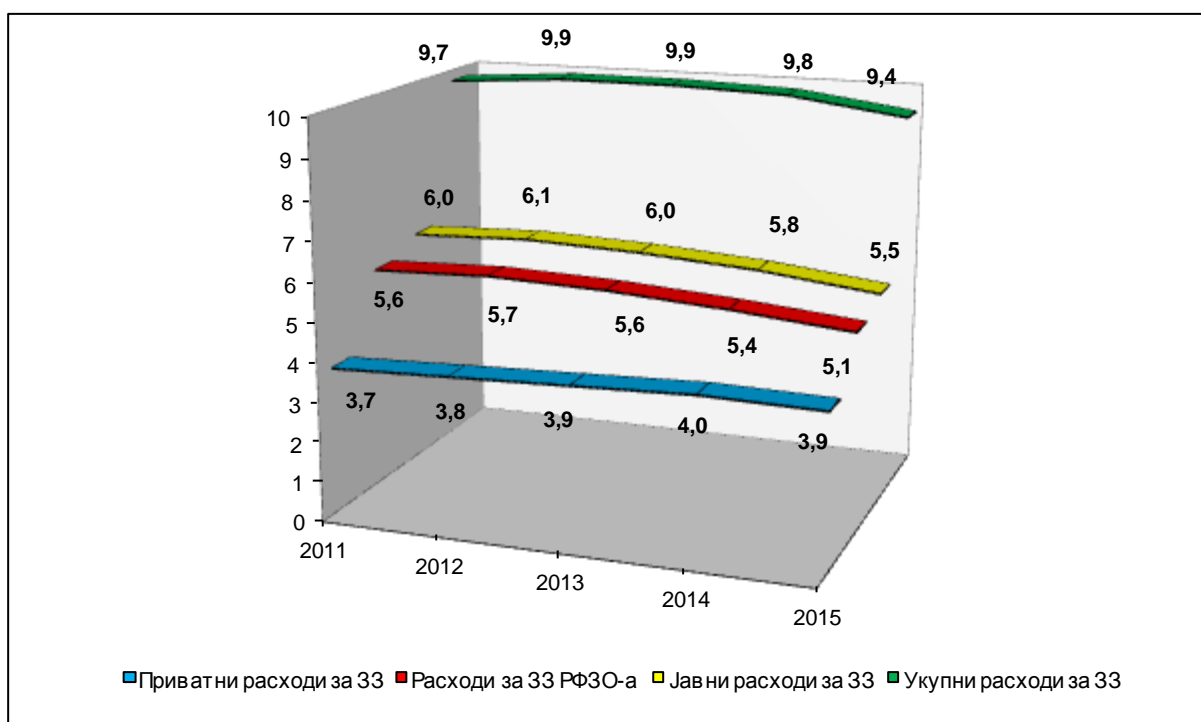


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу благо осцилира у посматраном периоду, с тим да је у првој години посматраног периода 9,7% БДП-а (графикон 17), а у 2015. години износи 9,4%. Учешће приватних

расхода за здравствену заштиту такође благо осцилира у посматраном периоду и у 2015. години је на нивоу 3,94% БДП-а. Учешће расхода за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП-у износи 5,13% у 2015. години, са кретањем које је карактеристично за кретање укупних расхода за здравствену заштиту. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 5,46% у 2015. години, уз сличну динамику у посматраном периоду.

**Графикон 17.** Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2011–2015.



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 9,4% нешто испод просека Европске уније (за 0,5 процентних поена) у 2015. години и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља.

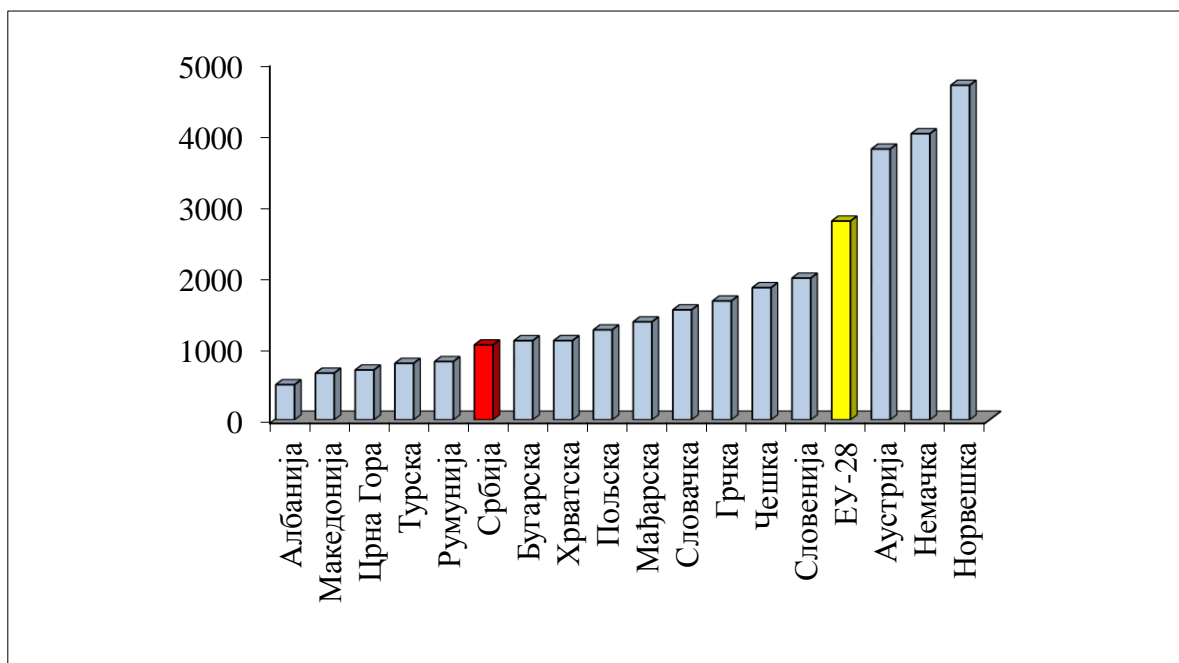
Већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат БДП-а, у Европи имају: Швајцарска (12,1%), Немачка (11,1%), Француска (11,1%), Шведска

(11,0%), Холандија (10,7%), Белгија (10,5%), Аустрија (10,4%), Данска (10,3%), Норвешка (9,9%) и Велика Британија (9,9).

Остале европске земље издвајају мање од Србије, посматрано као учешће укупних расхода за здравствену заштиту у БДП-у – Босна и Херцеговина (9,6%), Словенија (8,4%), Бугарска (8,3%), Грчка (8,2%), Чешка (7,5%), Словачка (7,0%), Мађарска (7,0%), Хрватска (6,6%), Македонија (6,5%), Пољска (6,3%), Црна Гора (6,2%), Албанија (5,9%), Турска (5,2%), Румунија (5,0%) 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 еврима ППП по становнику, Србија, ЕУ-28 и изабране европске земље, 2015.



Извор података: *OECD 2016, Health at a Glance: Europe 2016*, <http://oe.cd/disclaimer>

## 1.3 Животна средина и здравље

### 1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће

У Републици Србији је у 2016. години у 25 области укупно контролисано 2522 јавних водовода и водних објеката. Од укупног броја, контролисано је 155 јавних водовода градских насеља, 968 јавних водовода сеоских насеља и 1399 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката, на физичко-хемијску исправност укупно је контролисано 84.508 узорака воде за пиће, од којих је 15.757 или 18,6% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 84.892 узорка воде, од којих је 6785 или 8,0% било неисправно.

У 2016. години на територији Републике Србије у 25 области укупно је контролисано 155 јавних водовода градских насеља и то: 42 у региону Војводине, 75 у региону западне Србије и Шумадије, 31 у региону источне и јужне Србије и 7 у региону Београда.

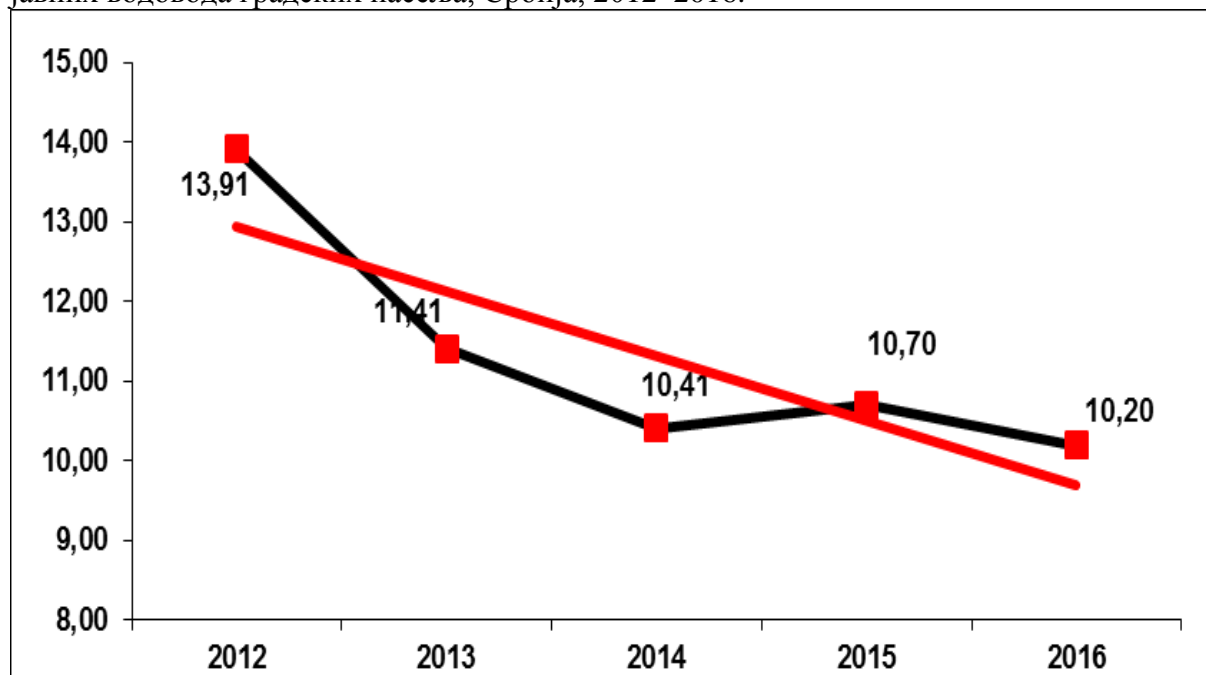
На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 63.106 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6428 или 10,2% било неисправно.

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 2012. до 2016. године, износила је 11,3%. У наведеном периоду, физичко-хемијска неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 13,9% до 10,2% показујући благи тренд пада, што указује на пораст физичко-хемијски исправних узорака воде за пиће (графикон 19).

У 2016. години на микробиолошку исправност је испитано 63.888 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, а од тог броја 2293 или 3,6% 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 2012. до 2016. године је износила 3,6%.

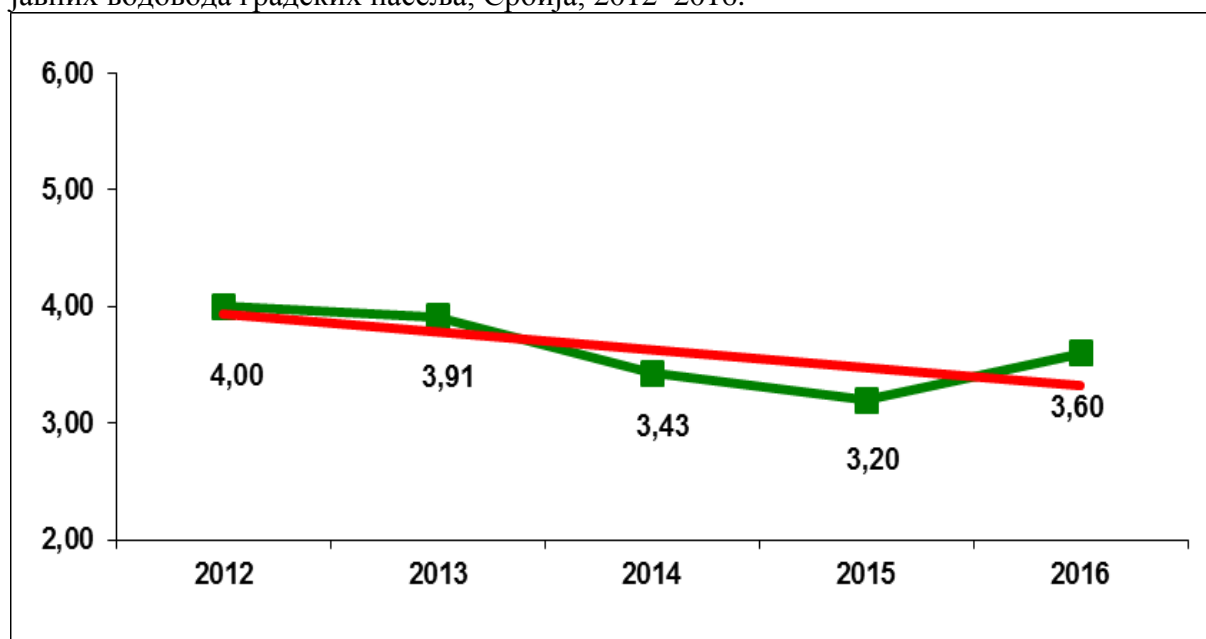
У наведеном периоду, микробиолошка неисправност контролираних узорака воде за пиће се кретала у распону од 4,0% до 3,6% са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорака воде за пиће (графикон 20).

**Графикон 19.** Процент физичко-хемијски неисправних узорака воде за пиће јавних водовода градских насеља, Србија, 2012–2016.



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

**Графикон 20.** Процент микробиолошки неисправних узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, Србија, 2012–2016.



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

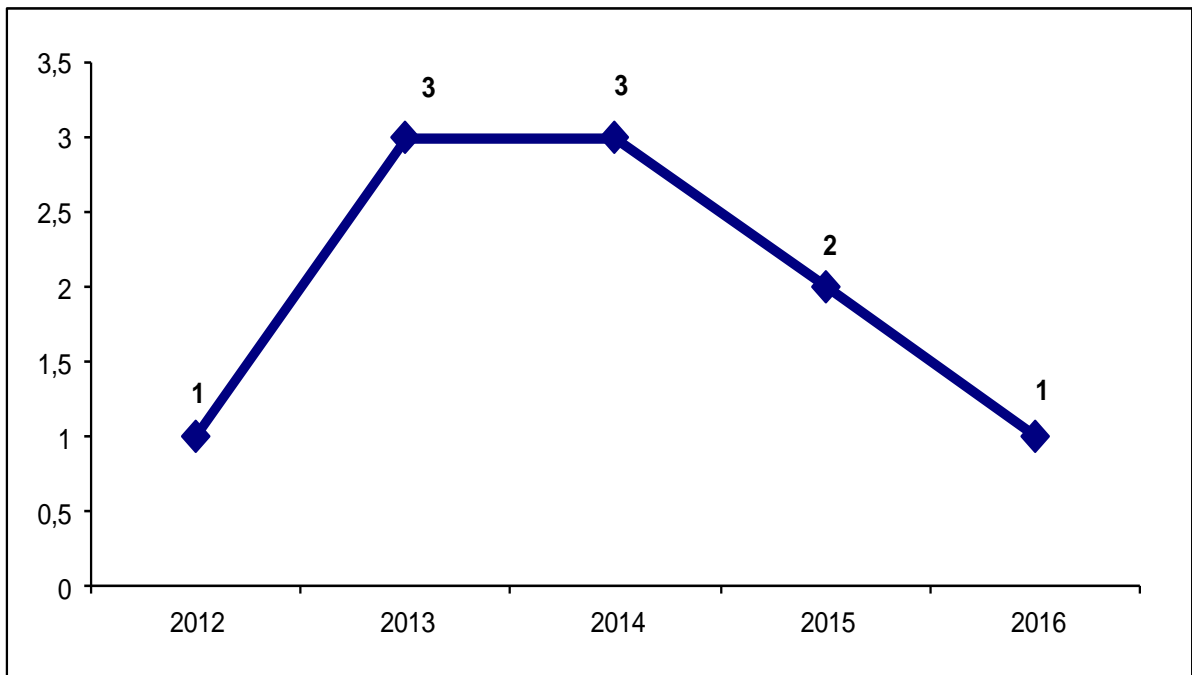
Најчешћи параметри физичко-хемијске неисправности воде за пиће су повећана мутноћа и боја, повишене концентрације гвожђа, мангана, амонијака, нитрата, нитрита, као и повећан утросак калијум-перманганата, док су најчешћи узрочници микробиолошке неисправности повећан број аеробних мезофилних и укупних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

У 2016. години у Републици Србији регистрована је једна хидрична епидемија (графикон 21) са 51 оболелом особом (графикон 22). Епидемије су последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из јавног водовода сеоског насеља.

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

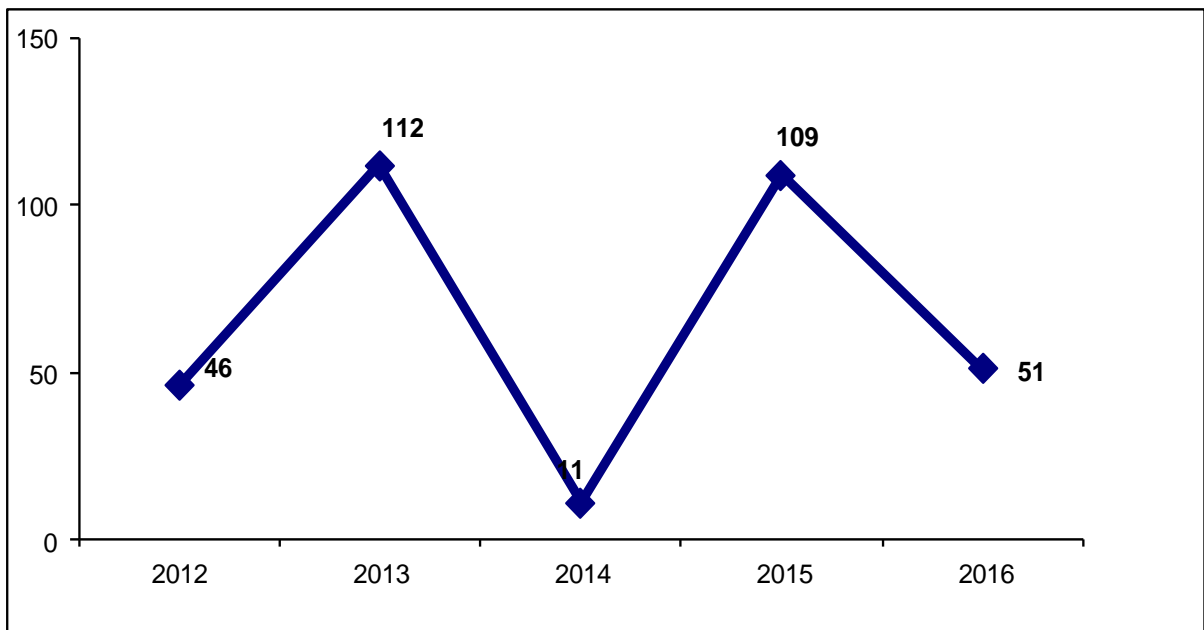


**Графикон 21.** Број хидричних епидемија, Србија, 2012–2016.



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

**Графикон 22.** Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2012–2016.



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

### 1.3.2 Здравствена исправност намирница

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 2016. године континуирано испитивала здравствена безбедност/исправност тринаест група намирница (почетне и прелазне формуле за одојчад, храна за одојчад и малу децу, храна за особе на дијети за мршављење, храна за посебне медицинске намене, храна за особе интолерантне на глутен, замене за со за људску употребу, додаци исхрани – дијететски суплементи, соли за људску исхрану и производњу намирница, адитиви, ароме, ензимски препарати за прехранбене производе, помоћна средства у производњи прехранбених производа).

Физичко-хемијска испитивања, која су у мрежи института и завода за јавно здравље у 2016. години обухватила 5908 узорка из тих група намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 1,73% или 102 узорка било неисправно. Од тог броја је 2,81% или 50 било намирница домаћег порекла, а 1,26% или 52 узорка пореклом из увоза. Структура обављене контроле и физичко-хемијске неисправности према пореклу намирница приказана је у табели 3.

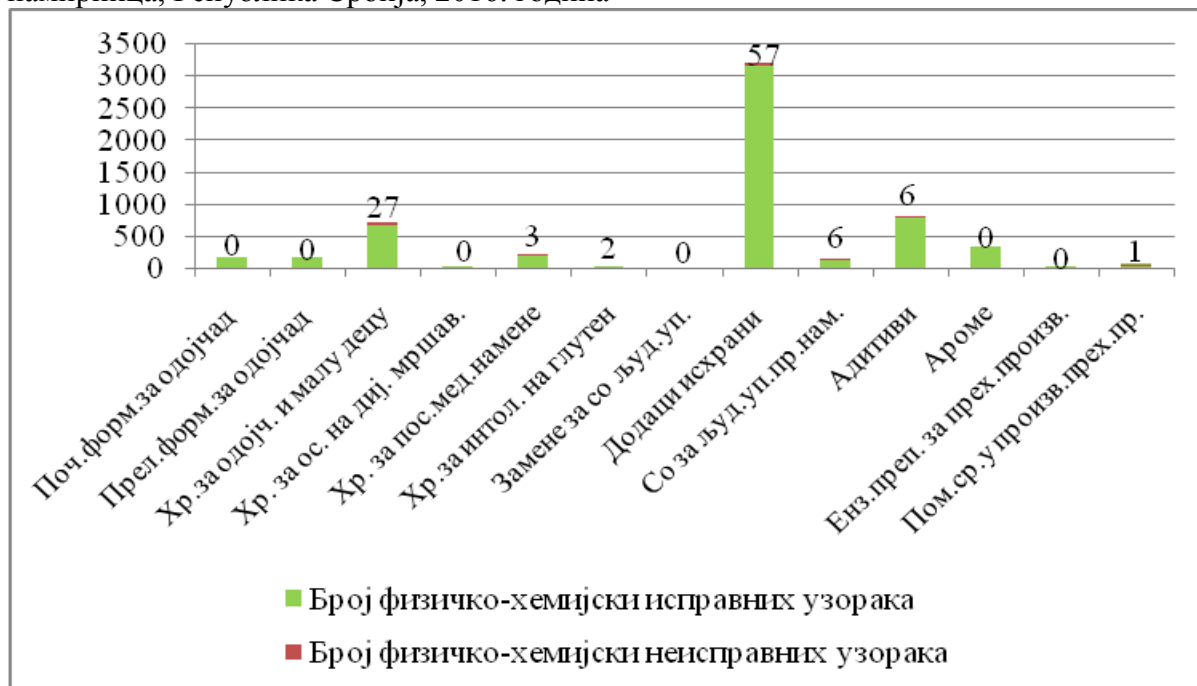
**Табела 3.** Обим контроле физичко-хемијске исправности и физичко-хемијска неисправност према пореклу намирница, Србија, 2016.

Порекло намирница	Број физичко-хемијски испитаних узорка	Број физичко-хемијски неисправних узорка	% неисправних узорка
Домаћег порекла	1781	50	2,81
Пореклом из увоза	4127	52	1,26
Прегледани узорци – укупно	5908	102	1,73

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

Учешће физичко-хемијски неисправних узорака у групама намирница контролисаним у 2016. години приказан је на графикону 23.

**Графикон 23.** Удео физичко-хемијски неисправних узорака у контролисаним групама намирница, Република Србија, 2016. година



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

Највећи број испитаних узорака намирница био је физичко-хемијски неисправан због одступања од декларисаног састава односно спецификације (26 од 3630 контролисаних узорака), повећаног садржаја олова (22 од 5192 контролисана узорка) и повећаног садржаја остатака пестицида (18 од 2075 контролисаних узорака).

Процентуална заступљеност неисправних узорака у контроли обављеној у 2016. години, посматрано по параметрима физичко-хемијских испитивања, није прелазила 0,9%.

Микробиолошка испитивања, која су 2016. године обухватила 5509 узорака намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 0,71% или 34 узорка било

неисправно. При томе је 1,42% или 14 неисправних узорака намирница било домаћег порекла и 0,42% или 20 узорака пореклом из увоза.

Структура обављене контроле и микробиолошке неисправности према пореклу намирница приказана је у табели 4.

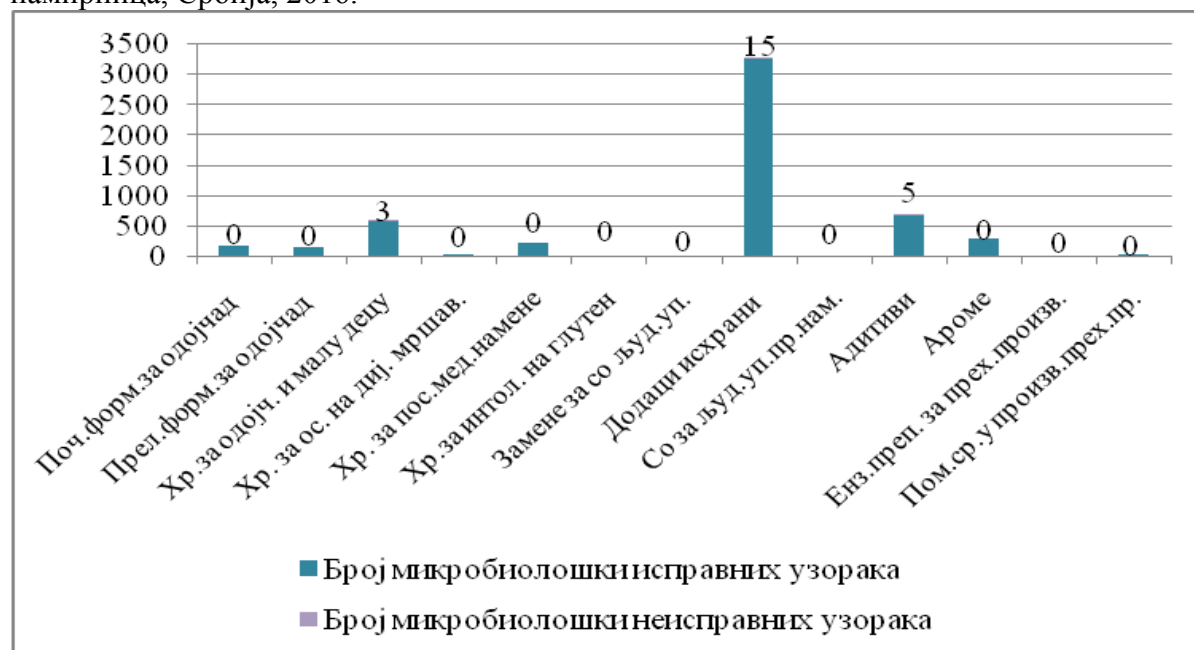
**Табела 4.** Обим контроле микробиолошке исправности и микробиолошка неисправност према пореклу намирница, Србија, 2016.

Порекло намирница	Број микробиолошки испитаних узорака	Број микробиолошки неисправних узорака	% неисправних узорака
Домаћег порекла	1882	17	0,31
Пореклом из увоза	3627	6	0,11
Прегледани узорци – укупно	5509	23	0,42

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

Учешће микробиолошки неисправних узорака у групама намирница контролисаним током 2016. године приказано је на графикону 24.

**Графикон 24.** Удео микробиолошки неисправних узорака у контролисаним групама намирница, Србија, 2016.



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

Најчешћи разлози микробиолошке неисправности испитиваних намирница били су повећан број квасница и плесни (налаз у 13 од 2367 контролисаних узорака) и повећан број аеробних бактерија које формирају колоније (налаз у 13 од 2830 контролисаних узорака), као и налази *Bacillus cereus*-а (идентификован у 1 од 2491 контролисаним узорку), *Salmonella spp.* (идентификована у 1 од 5135 контролисаних узорака), *Enterobacteriaceae* (идентификоване у 1 од 1911 контролисаних узорака), *E. coli* (идентификована у 1 од 1871 контролисаним узорку), коагулаза позитиван стафлокок (идентификован у 1 од 2491 контролисаним узорку).

Процентуална заступљеност неисправних узорака у контроли обављеној у 2016. години, посматрано по параметрима микробиолошких испитивања, није прелазила 0,5%.

Број узорака намирница испитаних на физичко-хемијску исправност у 2016. години је у односу на број испитан у 2015. био већи за 11,3%. Посматрано у односу на укупан број физичко-хемијски испитаних узорака (5908 у 2016. односно 5308 у 2015. години), у 2016. је регистрован мањи проценат неисправности (1,7%) него у 2015. години (2,2%).

Број микробиолошки испитаних узорака намирница је у 2016. години, у односу на број испитаних у 2015. такође био већи, и то за 14,5%. Посматрано у односу на укупан број микробиолошки испитаних узорака (5509 у 2016. односно 4810 у 2015. години), у 2016. години је регистрован мањи проценат овог вида неисправности (0,4%) него у 2015. години (0,7%).

**Табела 5.** Број физичко-хемијски и микробиолошки испитаних узорака намирница, Србија, 2012–2016.

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака
2012.	1587	1480	4483	3970	6070	5450
2013.	2257	1788	4170	3657	6427	5445
2014.	1228	1124	4329	3897	5557	5021
2015.	1059	1044	4249	3766	5308	4810
2016.	1781	1882	4127	3627	5908	5509
Index 12/13	142,22	120,81	93,02	92,12	105,88	99,91
Index 13/14	54,41	62,86	103,81	106,56	86,46	92,21
Index 14/15	86,24	92,88	98,15	96,64	95,52	95,80
Index 15/16	168,18	180,27	97,13	96,31	111,30	114,53

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

Период од 2012. до 2016. године је обележило варирање укупног броја контролисаних узорака по годинама испитивања, са тенденцијом благог пада. Највећи број узорака је на физичко-хемијску исправност испитан 2013. године (6427), најмањи 2015. године (5308), док је највећи и најмањи број микробиолошки испитаних узорака регистрован у две узастопне године тј. 2015. (5509) и 2016. године (4810).

Временски тренд испитивања намирница на параметре здравствене исправности за период 2012–2016. година указује и на пад броја узорака намирница домаћег порекла испитиваних на параметре физичко-хемијске и пад броја узорака пореклом из увоза испитиваних на параметре микробиолошке исправности (табела 5). Исти период обележило је опадање опште неисправности контролисаних намирница (табела 6).

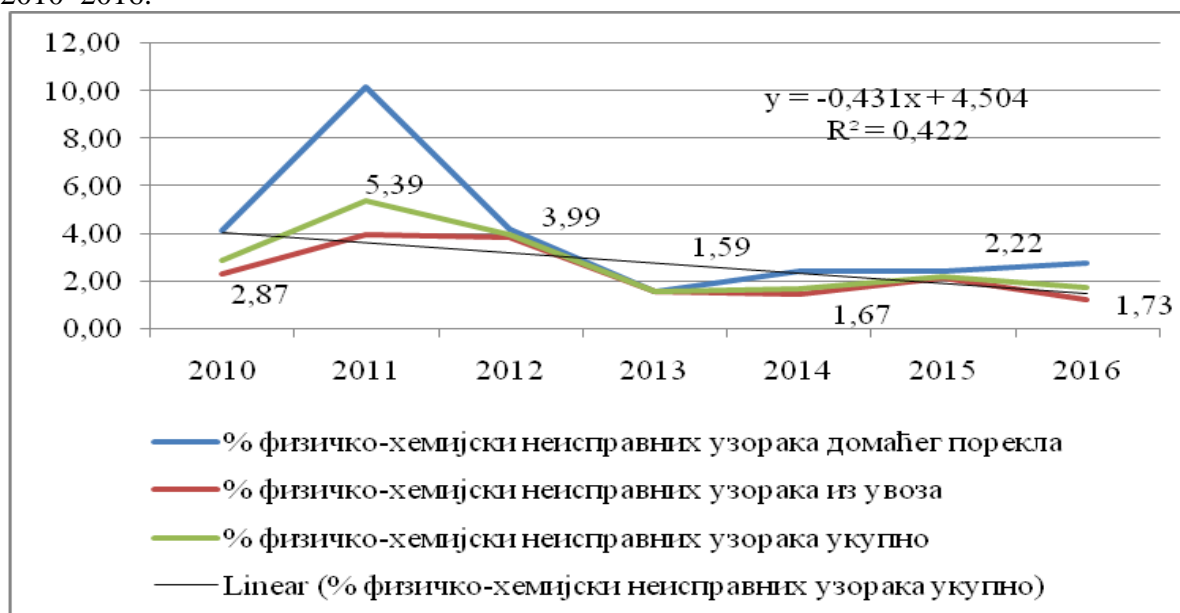
**Табела 6.** Број физичко-хемијски испитаних и неисправних узорака намирница, Србија, 2012–2016.

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки неисправних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки неисправних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки неисправних узорака
2012.	1587	67	4483	175	6070	242
2013.	2257	36	4170	66	6427	102
2014.	1228	30	4329	63	5557	93
2015.	1059	26	4249	92	5308	118
2016.	1781	50	4127	52	5908	102

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

Смањење процента физичко-хемијски неисправних узорака намирница постоји како међу узорцима домаћег, тако и међу узорцима намирница пореклом из увоза (графикон 25).

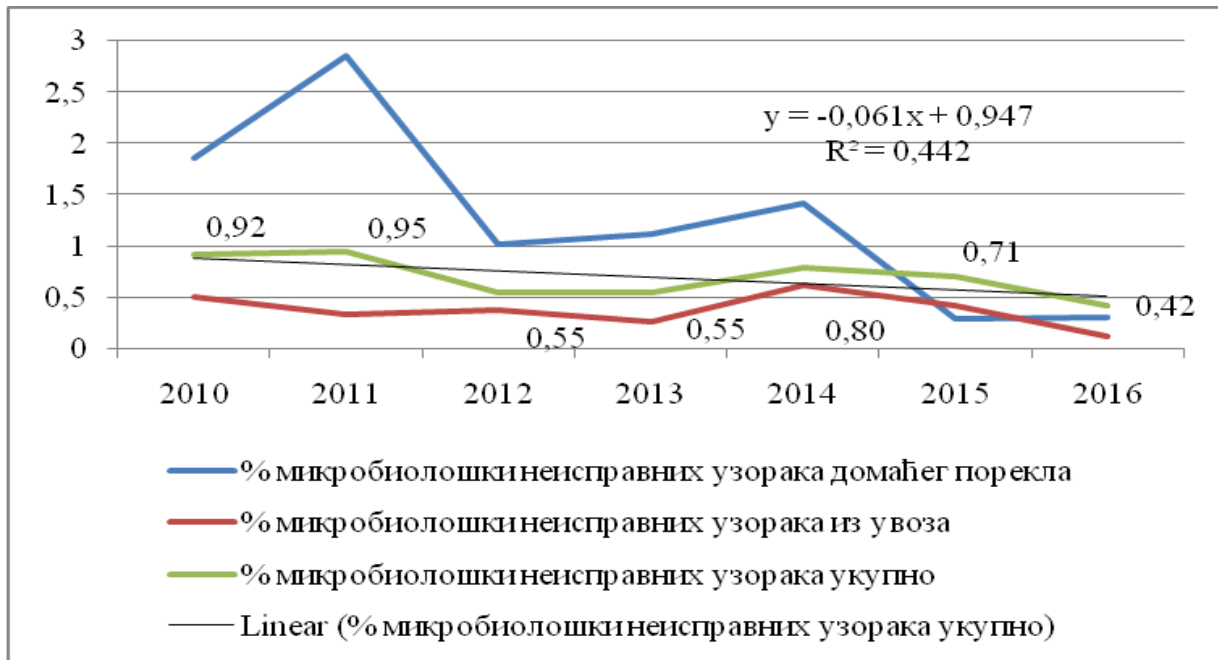
**Графикон 25.** Тренд физичко-хемијске неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2016.



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

Смањење процента неисправних и међу узорцима домаћег и међу узорцима намирница пореклом из увоза важи и за микробиолошку неисправност (графикон 26).

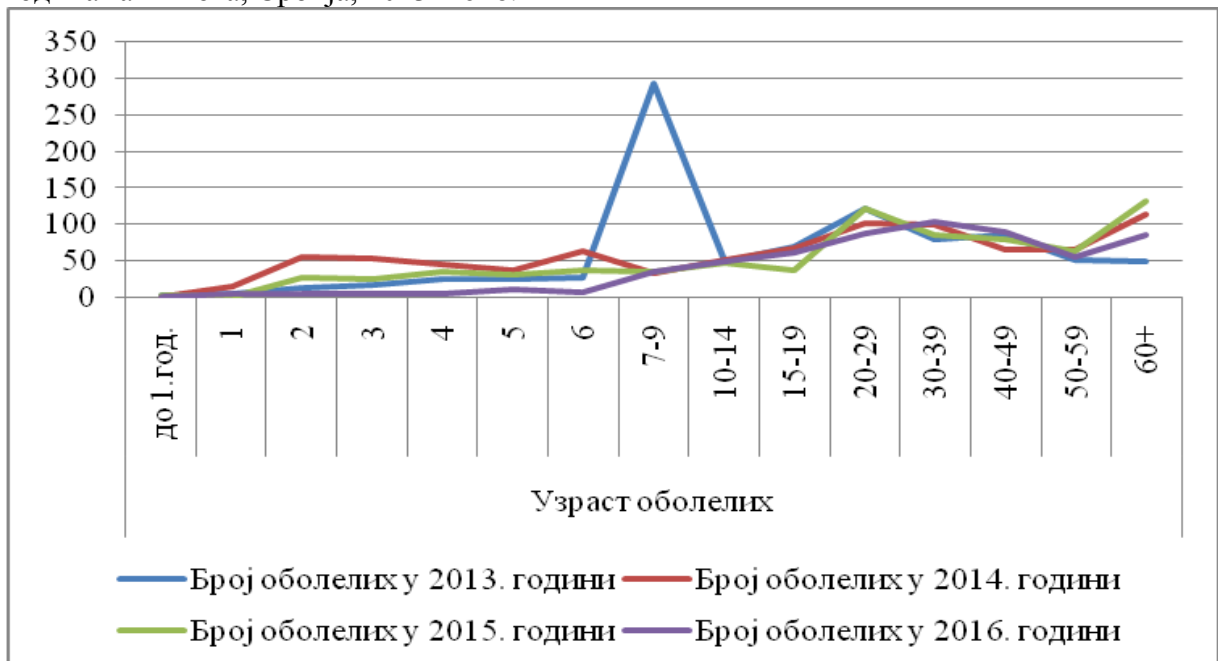
**Графикон 26.** Тренд микробиолошке неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2016.



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

Узрасна дистрибуција оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења у периоду од 2013. до 2016. године приказана је на графикону 27.

**Графикон 27.** Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења према годинама живота, Србија, 2013–2016.



Извор: 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 појединим заводима за јавно здравље током 2016. године није било ниједног узорка на испитивању нити физичко-хемијске нити микробиолошке безбедности/исправности 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 2016. годину показују:

- Сумпор-диоксид је током 2016. године праћен у 27 насеља на 52 мерна места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2016. години била су Горњи Милановац, Чачак, Ивањица и Лесковац, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били Бор и Зрењанин. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2015. годину

забележен је у Врању, Звечану, Ивањици, Косовској Митровици, Крушевцу, Лесковцу, Чачку и Шапцу, док је у Београду, Бору, Ваљеву, Јагодини, Краљеву, Нишу, Прибоју, Сенти, Смедереву и Туприји загађеност била већа него претходне године.

- Чађ је током 2016. године праћена у 26 насеља на 56 мерних места. Најмање загађене урбане целине у 2016. биле су Сента, Костолац и Бор. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Зрењанин и Ужице. Пад загађености ваздуха димом у односу на претходну 2015. годину забележен је у Врању, Зајечару, Ивањици, Јагодини, Крушевцу, Лесковцу и Нишу, док је у Ваљеву, Елемиру, Звечану, Зрењанину, Косовској Митровици, Краљеву, Панчеву, Прибоју, Ужицу и Шапцу забележен пораст загађења.
- Таложне материје су током 2016. године праћене у 22 насеља на 50 мерних места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2016. била су Ужице и Шабац.
- Специфичне загађујуће супстанције током 2016. године праћене су у 27 насеља на 47 мерних места.
- Мерења честица промера мањег од 10 микрона ( $PM_{10}$ ) вршена су у 11 урбаних целина у Србији, од стране лабораторија ЗЈЗ/ИЈЗ. У 8/11 средња годишња вредност емисије прелазила је ГВ од  $40,0\mu\text{g}/\text{m}^3$  за насељена места.

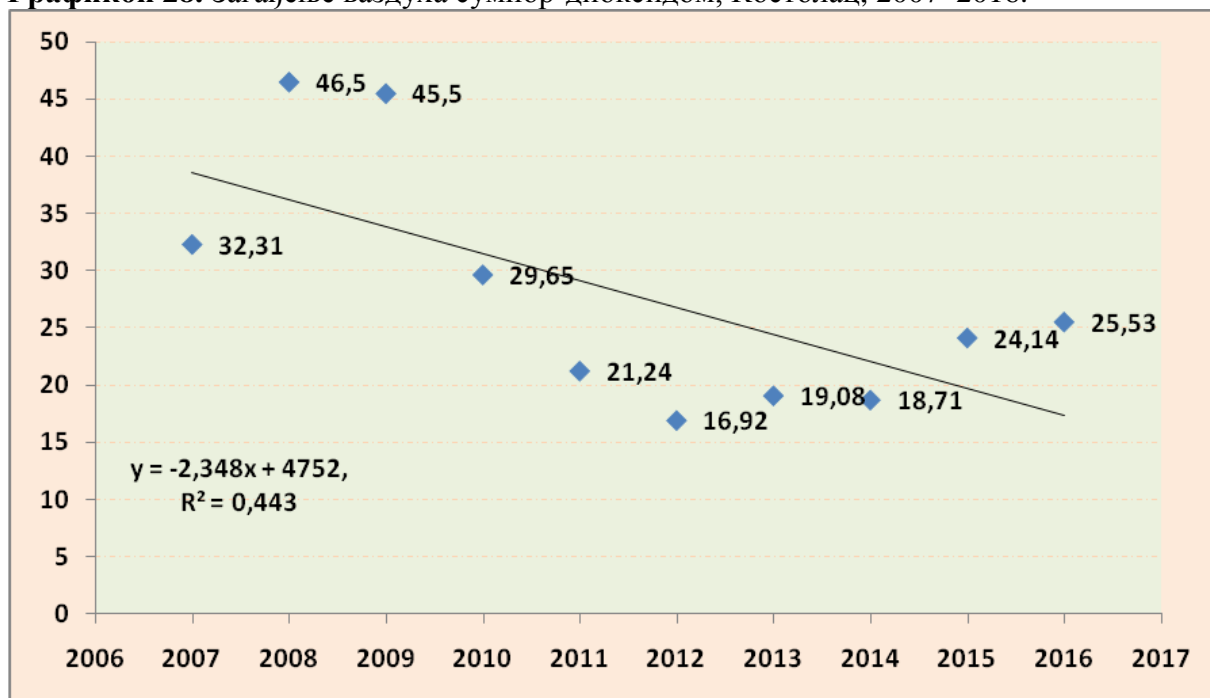
Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање некавалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије, сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.

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

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.

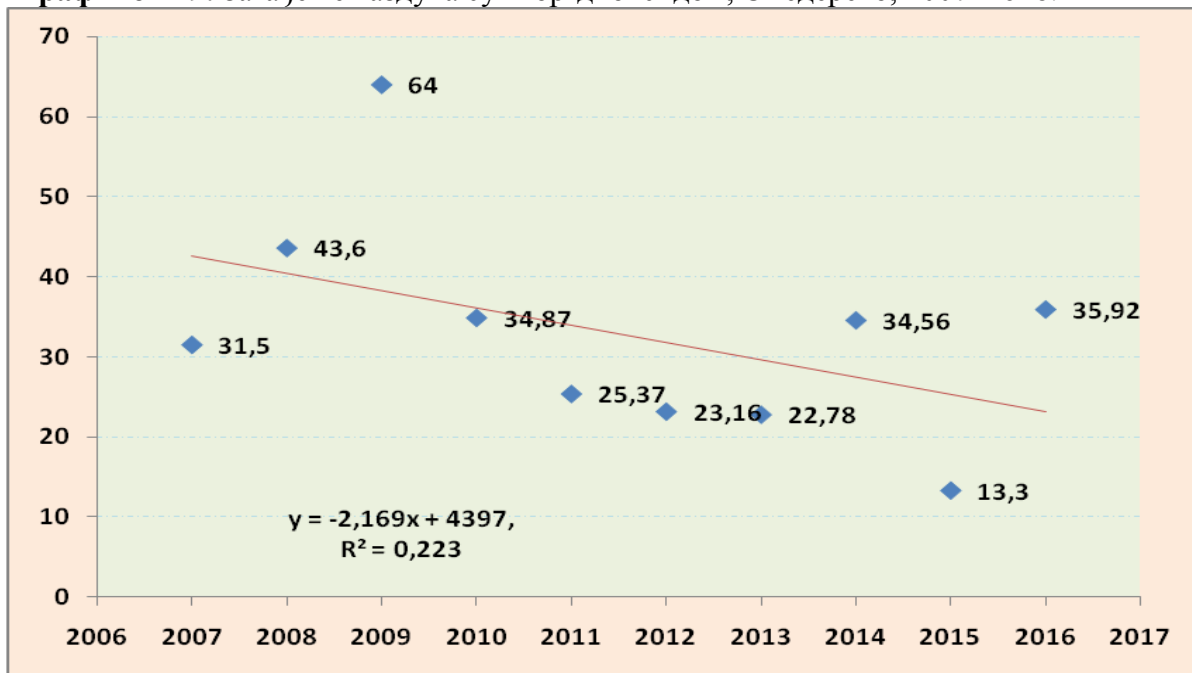
Опадајући тренд загађења амбијенталног ваздуха сумпор-диоксидом, у Београду, може бити узрокован коришћењем све мање кућних ложишта у урбаним деловима града, то јест све динамичнијим ширењем мреже корисника топлана на природни гас, који, од свих енергената, сагоревањем ослобађа најмање концентрације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

**Графикон 28.** Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2007–2016.



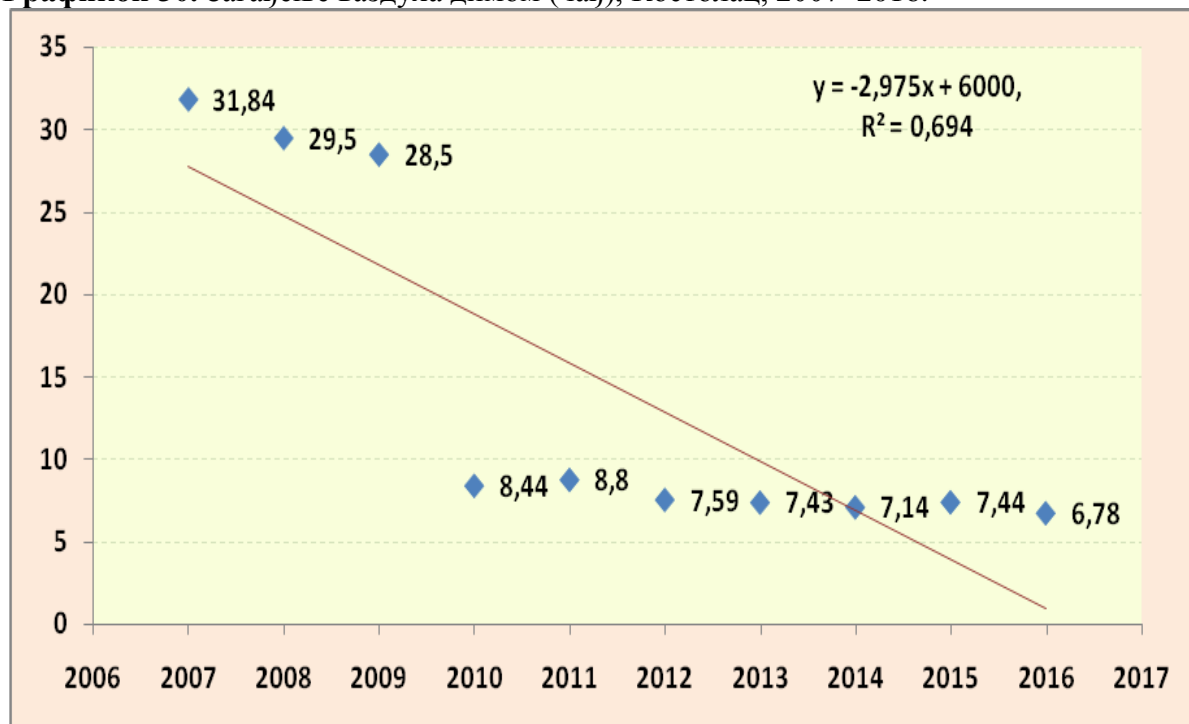
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

**Графикон 29.** Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2007–2016.



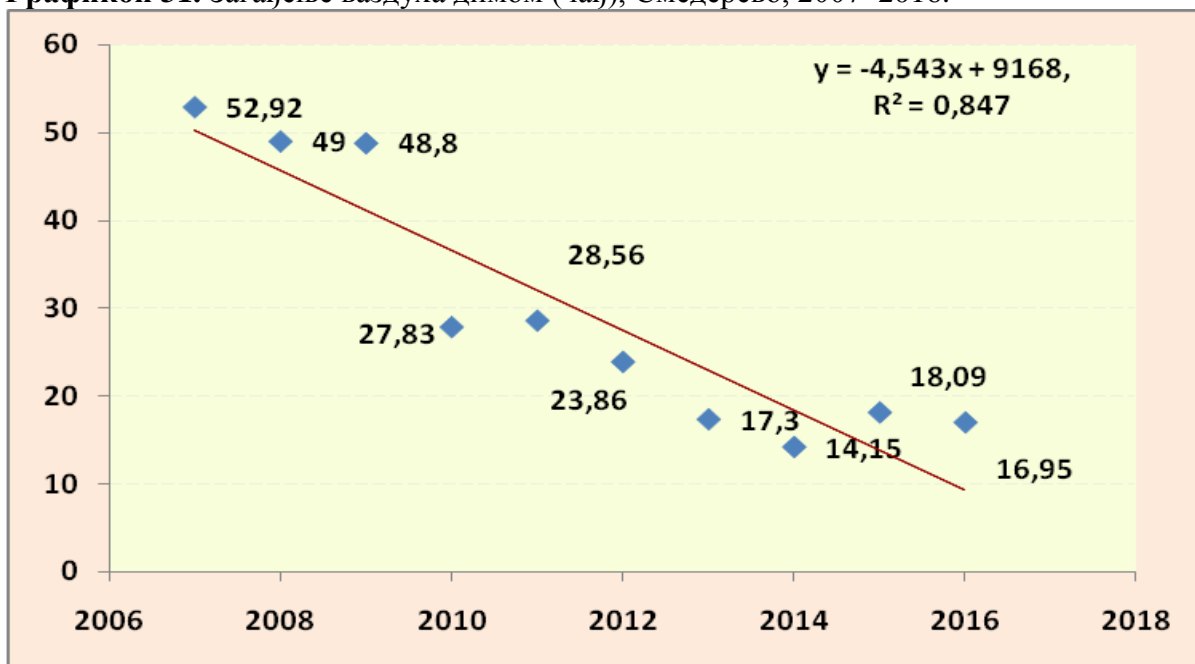
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг“

**Графикон 30.** Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2007–2016.



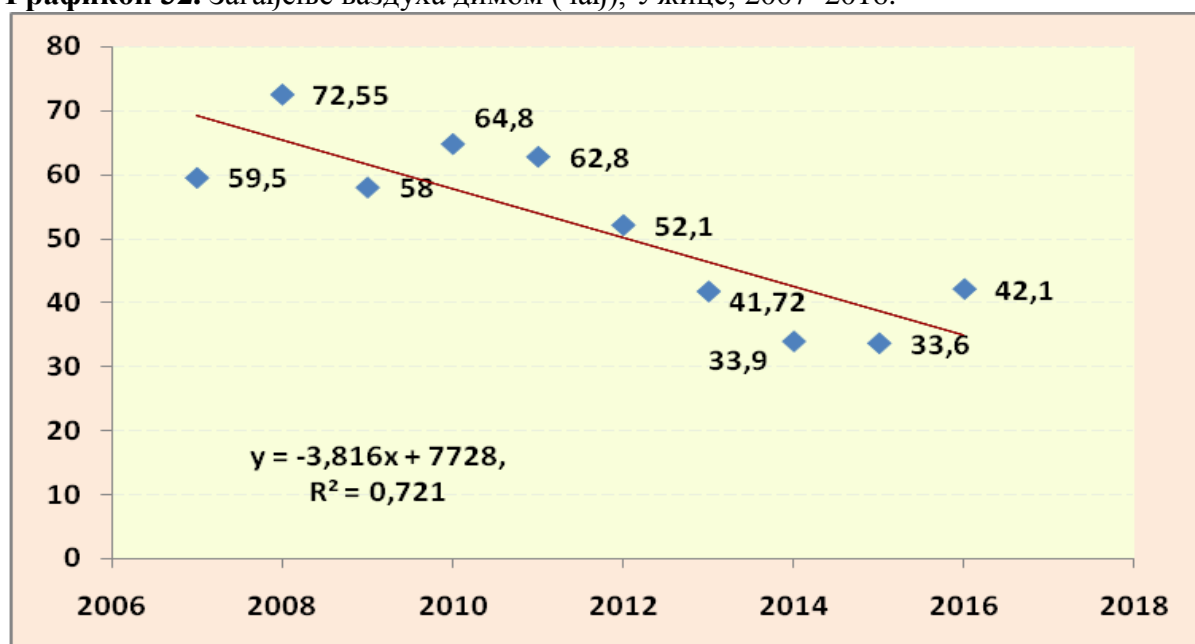
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батуг“

**Графикон 31.** Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2007–2016.



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

**Графикон 32.** Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2007–2016.



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 2016. године стопа умрлих (општи морталитет) износила 14,3 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 2015. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1461,2 на 100.000 становника, у 2016. години стопа смртности је опала на 1428,6 на 100.000 становника (табела 7).

**Табела 7.** Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00-Т98), Србија, 2012–2016.

Стопа морталитета	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Општа	1422,4	1400,0	1419,7	1461,2	1428,6
Стандардизована*	567,6	551,4	550,5	557,3	539,8

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 2012. до 2016. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ-10:I00-I99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ-10:S00-T98), 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) и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ-10:R00-R99) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 8).

**Табела 8.** Водећи узроци умирања, Србија, 2012. и 2016. година

Групе узрока смрти (МКБ-10)	Процент (%)	
	2012.	2016.
Болести система крвотока ( I00-I99)	53,7	51,7
Малигни тумори (C00-C97)	20,8	21,3
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	4,5	4,9
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	3,7	2,8
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,2	2,6
Остали узроци	14,1	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 X:I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ X:C00-C97) и сваки десети од последица повреда

(МКБ X:S00-T98), дијабетеса (МКБ X:E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ X:J40-J47). Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.

### 2.2.1 Болести система крвотока

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

Последњих година у Србији у просеку 55% умрлих особа жртва је неке од болести из ове групе. У односу на све узроке смрти, током 2016. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 23.788 мушкараца (45,7%) и 28.314 жена (54,3%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2012. до 2016. године износила је 754,0 на 100.000 становника (табела 9). У односу на 2015. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 766,4 на 100.000 становника, у 2016. години стопа смртности је опала на 738,2 на 100.000 становника.

**Табела 9.** Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2012–2016.

Стопа морталитета	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Општа	763,6	744,9	757,1	766,4	738,2
Стандардизована*	261,2	250,4	251,4	250,0	238,0

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 2016. години са дијагнозом АКС евидентирано 19.389 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 274,7 на 100.000 становника.

Од овог синдрома 2016. године у Србији су умрле 4.534 особе. Морталитет од АКС у Србији износио је 64,2 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 295,4 у 2012. години, на 305,0 на 100.000 становника у 2016. години. У односу на 2015. годину када је смртност од рака износила 301,2 на 100.000 становника, у 2016. години стопа смртности се повећала на 305,0 на 100.000 становника (табела 10).

**Табела 10.** Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ-10: С00-С97) на 100.000 становника, Србија, 2012–2016.

Стопа морталитета	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Општа	295,4	294,4	299,0	301,2	305,0
Стандардизована*	137,6	135,2	136,0	135,7	135,7

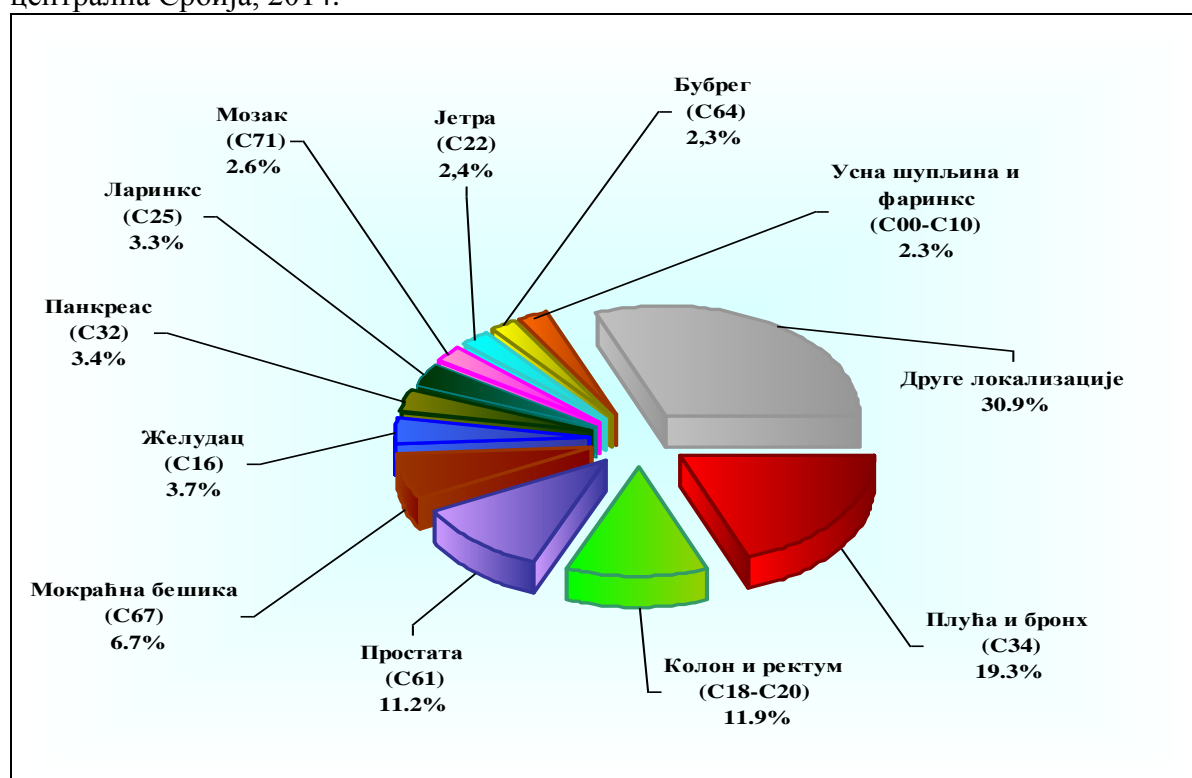
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2014. години од малигнух тумора оболеле су 26.362 особе (13.791 мушкарац и 12.571 жена), док су 15.152 особе (8553 мушкараца и 6599 жена) умрле од рака.

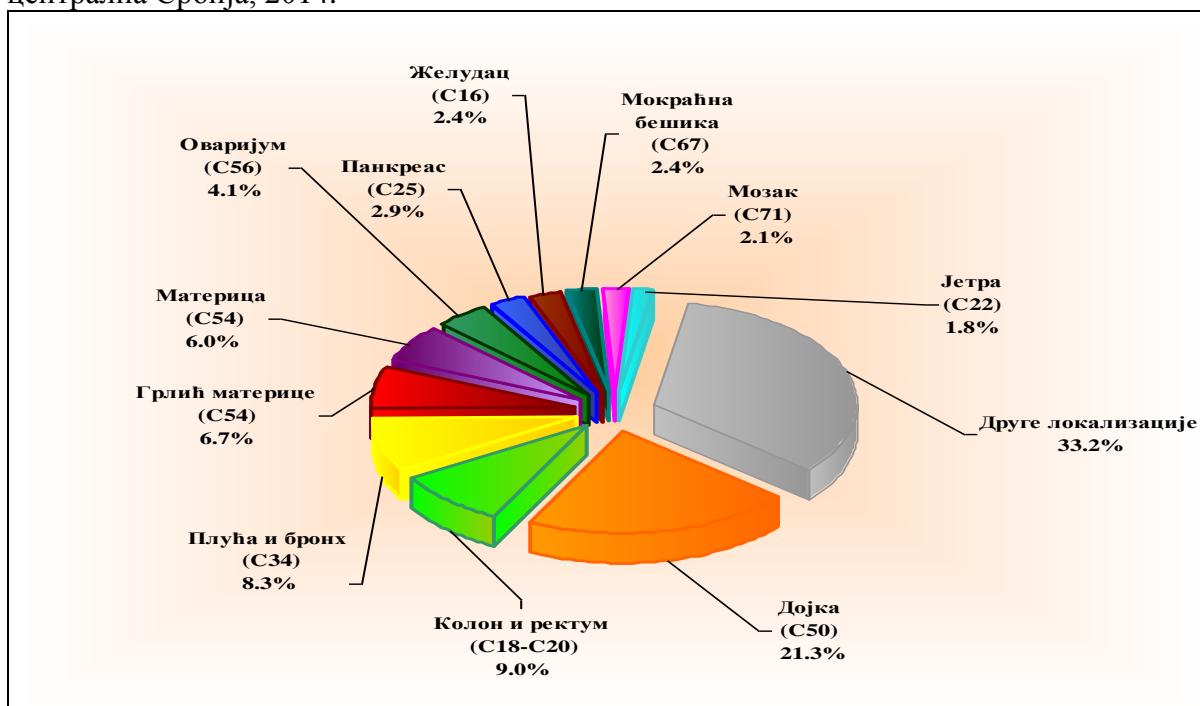
У централној Србији у 2014. години мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 33), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, плућима и грлићу материце (графикон 34).

**Графикон 33.** 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 34.** Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2014.

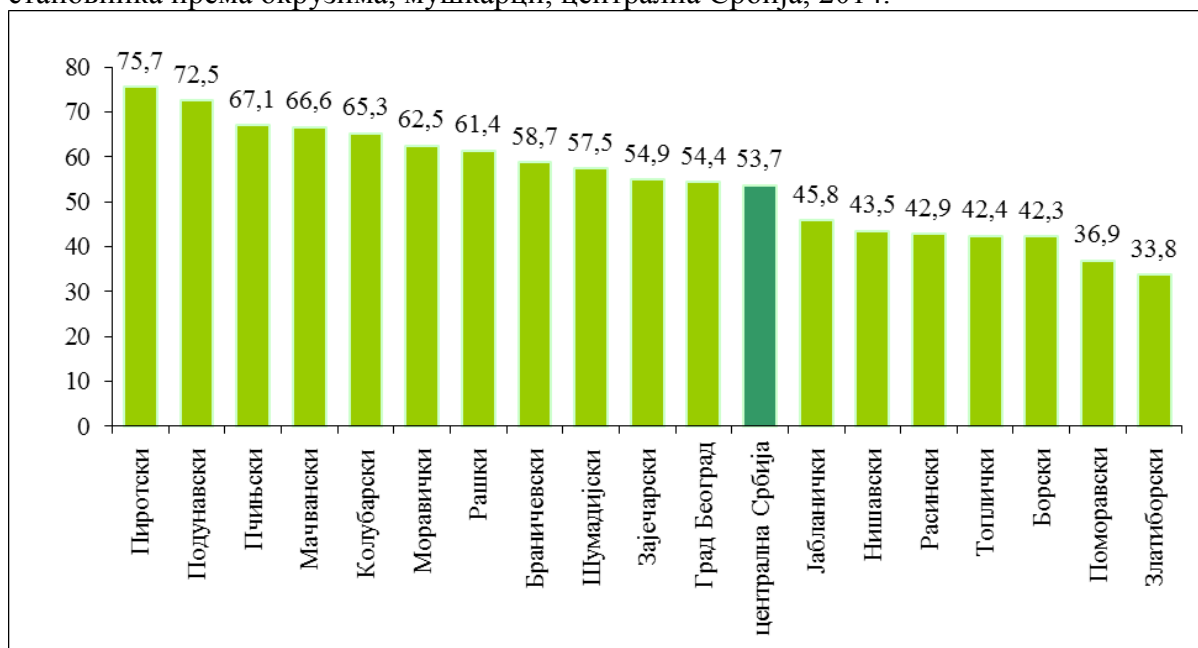


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 35), 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).

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 36), у односу на просечну стопу у централној Србији (50,5/100.000), регистроване су код жена у Пиротском округу (93,0/100.000), Расинском (81,4/100.000) и Шумадијском округу (74,8/100.000), а најниже у Браничевском округу (35,9/100.000) и Пчињском округу (31,4/100.000).

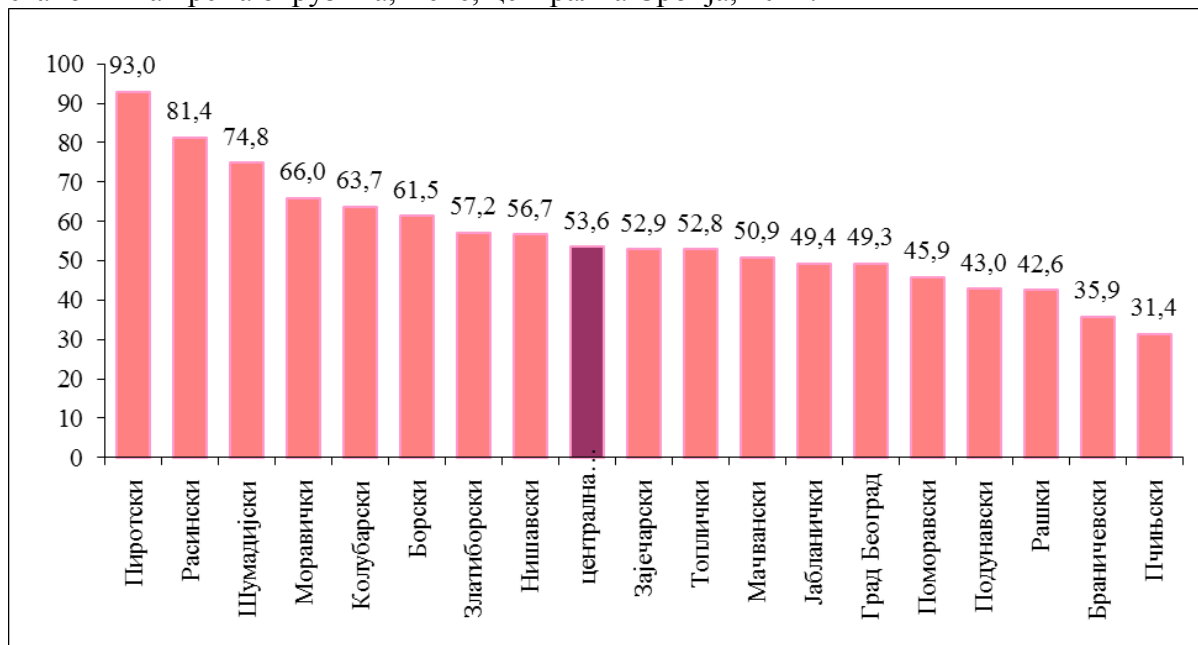
**Графикон 35.** Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2014.



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

\* стандардизоване стопе на популацију света

**Графикон 36.** Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2014.

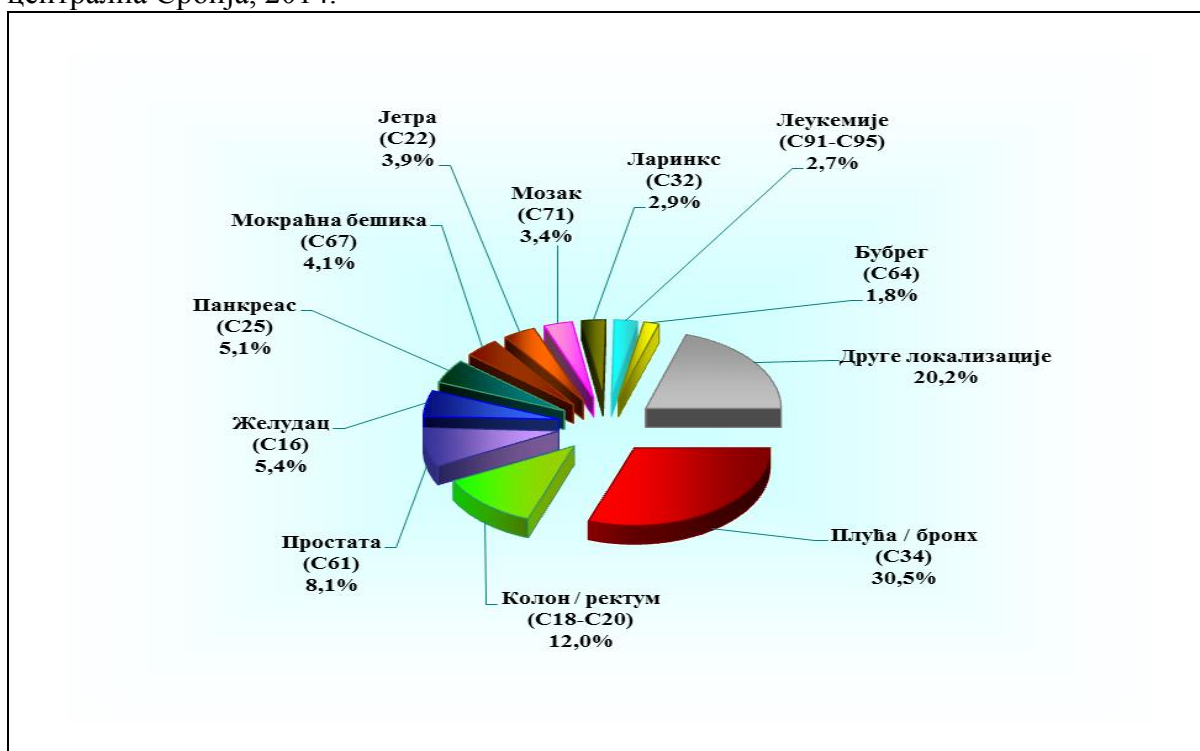


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* стандардизоване стопе на популацију света

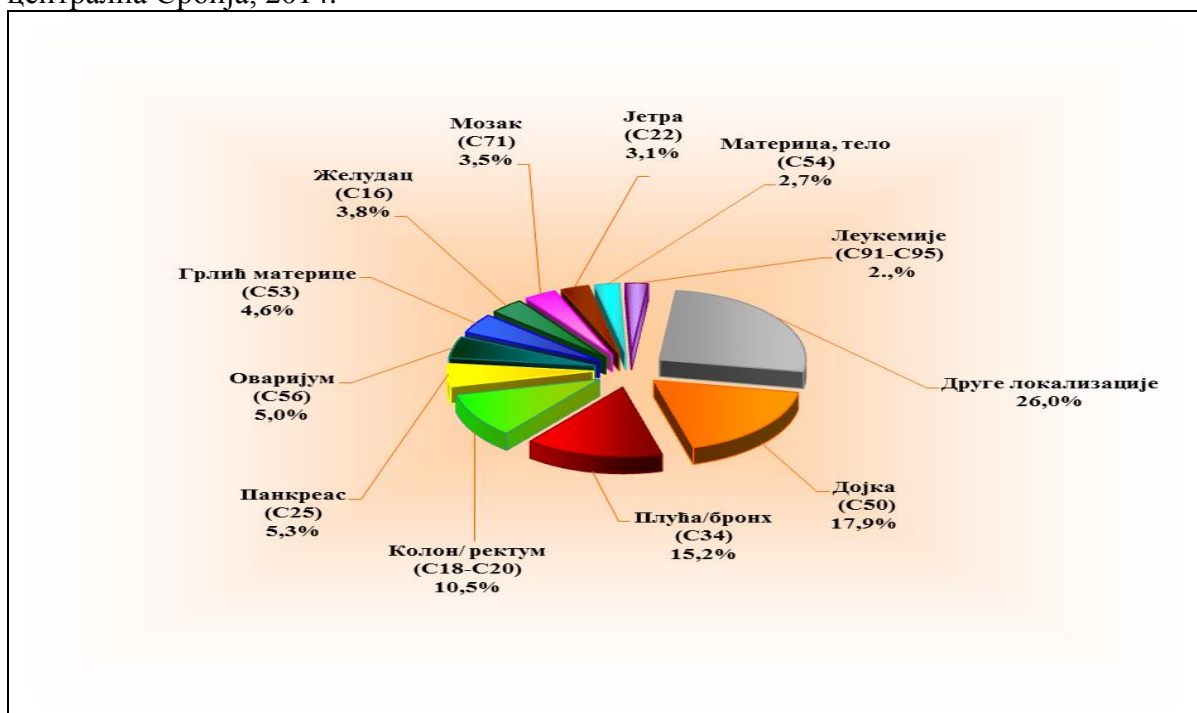
Мушкарци у централној Србији, током 2014. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и желуца (графикон 37), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 38).

**Графикон 37.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2014.



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

**Графикон 38.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2014.

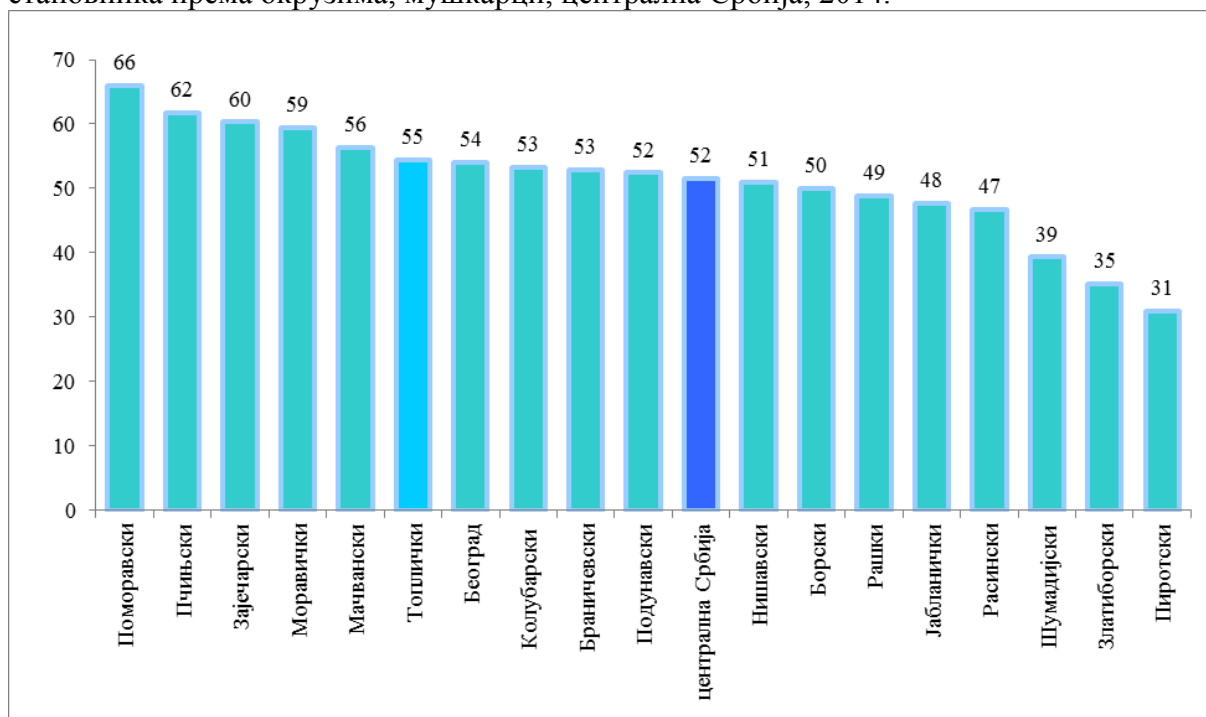


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2014. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 39), 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).

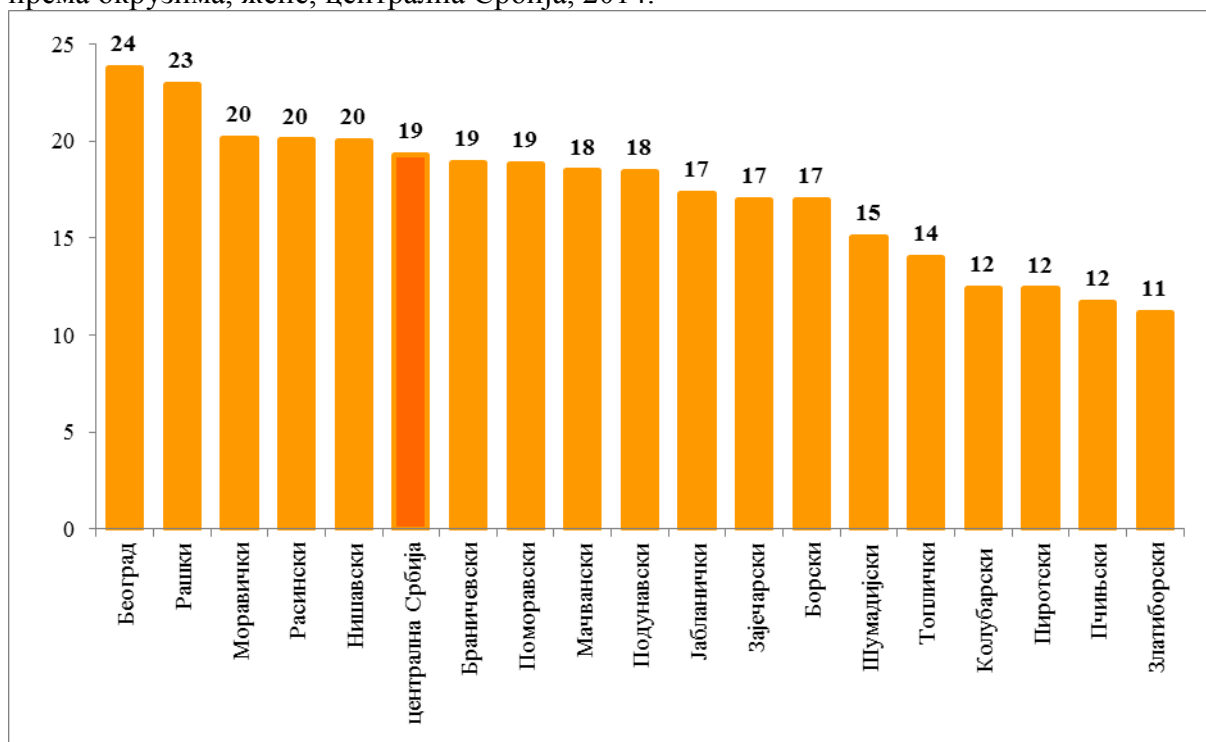
Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 40), у односу на просечну стопу у централној Србији (19,3/100.000), регистроване су код жена у Граду Београду (23,8/100.000) и Рашком округу (22,9/100.000), а најниже у Пчињском (11,7/100.000) и Златиборском округу (11,1/100.000).

**Графикон 39.** Стандардизоване стопе морталитета од рака 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

**Графикон 40.** 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 Србија „Др Милан Јовановић Батут”, \*стандардизоване на популацију света

### 2.2.3 Шећерна болест

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

Процењује се да данас у свету са дијабетесом живи 425 милиона људи. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих до 2045. године повећати на 629 милиона људи. Највише људи са дијабетесом (80%) живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих. У Србији око 710.000 особа или 12,4% становништва има дијабетес, 465.000 или 8,1% одраслог становноства зна за своју шећерну болест и још 245.000 особа нема постављену дијагнозу болести и не лечи се. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, 10,2% популације.

Више од 90% оболелих има тип 2 дијабетеса. Највећи број особа са типом 2 дијабетеса је узраста између 40 и 59 година старости, мада се последњих година све чешће детектује и код млађих људи. Ризик оболевања је приближно исти код оба пола. Код половине особа које живе са дијабетесом болест није дијагностикована. Симптоми типа 2 дијабетеса су благи, болест често протиче неопажено и открива се када су већ присутне компликације.

На годишњем нивоу од последица дијабетеса у нашој земљи умре приближно 3000 особа. У последњих једанаест година уочен је пораст умирања од овог обољења у Србији. Стопа морталитета од шећерне болести повећала се са 41,7 у 2012. години, на 44,8 на 100.000 становника у 2016. години (табела 11). Више од половине фаталних исхода узрокованих дијабетесом у свету, уочено је код особа које су старије од 65 година.



Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2016. години евидентирана 291 новооболела особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистрована је 14.191 новооболела особа од тип 2 дијабетеса. У односу на 2015. годину када је морталитет од дијабетеса износио 42,7 на 100.000 становника, у 2016. години стопа смртности је порасла на 44,8 на 100.000 становника.

**Табела 11.** Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (Е10-Е14) на 100.000 становника, Србија, 2012–2016.

Стопа морталитета	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Општа	41,7	39,1	35,2	42,7	44,8
Стандардизована*	15,7	14,7	12,6	15,2	15,7

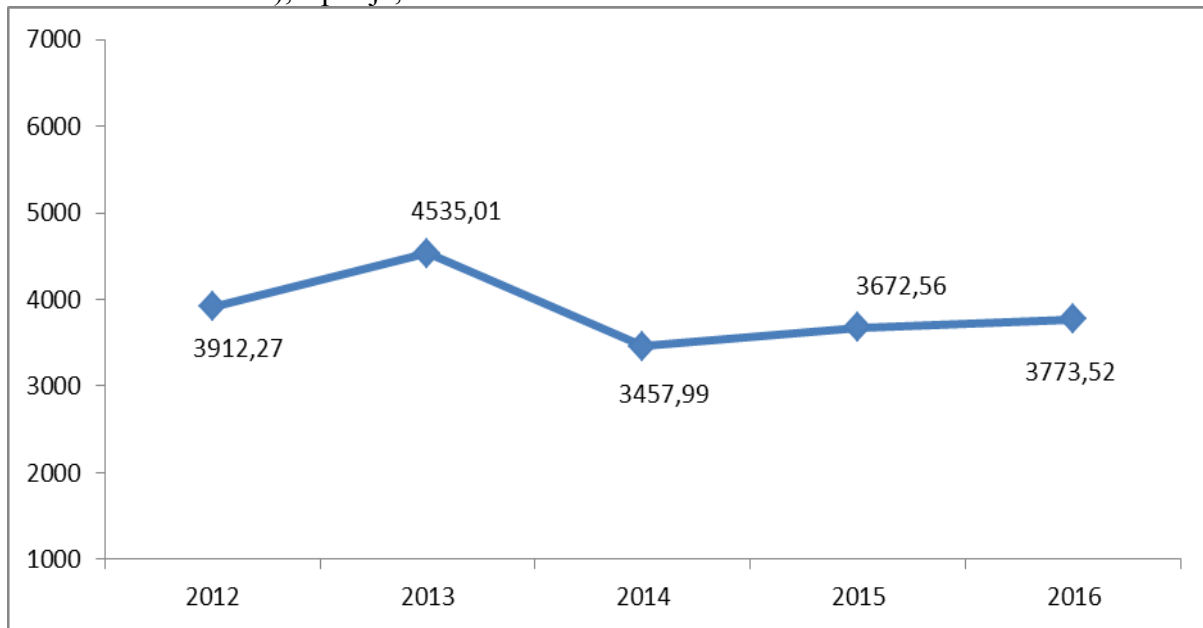
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

\* на популацију света

### 2.3 Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије у 2016. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 267.746 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 3773,52 на 100.000 становника. У 2016. 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 *Pharyngitis* и *Tonsillitis 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 2016. години последица је повећања броја оболелих од респираторних болести које се пријављују.

**Графикон 41.** Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2012–2016.



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

У Републици Србији, у 2016. години је пријављено 44.131 оболелих од грипа са инциденцијом 618,8/100.000. 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. Од почетка надзора у сезони 2015/2016, тј. од 1. до 20. извештајне недеље, пријављено је 13.080 случајева обољења сличних грипу.

Од 2012. до 2016. године забележен је тренд смањења броја оболелих од туберкулозе. Број оболелих кретао се од 1228 у 2012. години, до 837 оболелих особа, колико је регистровано у 2016. години.

Од укупног броја оболелих у периоду 2012–2015. година новооболели су чинили 89–90%, док се проценат раније лечених кретао од 10 до 11%. У 2016. години

се запажа мањи проценат новооболелих (87,5%) и већи проценат поновних лечења туберкулозе (12,5%). У периоду 2012–2016. година се одржава преминација учесталости плућног облика болести (89–90%), као и бактериолошка потврђеност на култури (80–85%), док се у 2016. години запажа пораст бактериолошке потврђености директном микроскопијом спутума (60%, за 6% више у односу на претходну годину). Одржава се највећа учесталост туберкулозе плеуре (38–46%) и екстраторакалних лимфних жлезда (17–32%) међу ванплућним локализацијама туберкулозе.

**Табела 12.** Кретање одабраних показатеља утицаја и исхода Програма контроле туберкулозе, Србија, 2012–2016.

Назив показатеља	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Нотификациона стопа свих облика туберкулозе (на 100.000)	17	17	15	13	12
Стопа успеха лечења свих пријављених случајева туберкулозе (%)	82	79	78	58	
Стопа успеха лечења лабораторијски потврђених оболелих од мултирезистентне туберкулозе (%)	57	77	54		

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

У периоду од 2012. до 2016. године одржава се број оболелих од мултирезистентне туберкулозе (MDR TB), при чему се годишње региструје од 6 до 19 оболелих особа. Обухват тестирањем резистенције на антитуберкулотске лекове прве линије кретао се од 86% у 2012. до 93% у 2014. години, док се у последње две године запажа пад вредности на 74% и 73% у 2015. и 2016. години. У истом периоду бележи се континуиран пад учесталости оболевања од туберкулозе у заводима за извршење кривичних санкција. У периоду од 2012. до 2015 године пријављено је 15–28 оболелих на годишњем нивоу, док је 2016. године пријављено 11 особа, што чини стопу од 37/100.000 и представља најмању учесталост оболевања у последњих 12 година.

Међу особама које живе са HIV-ом у периоду од 2012. до 2015. године пријављивано је од 4 до 20 оболелих од туберкулозе, док је 2016. године пријављено 5 случајева.

Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (71), грипа (33), пнеумоније (31), туберкулозе (20) и бактеријског менингитиса (14).

У сезони 2016. године закључно са 17. октобром регистровано је 44 случаја 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, 41 случај је класификован као потврђен случај инфекције ВЗН (присутна ВЗН специфична IgM антитела у ликвору), а три случаја класификована су као вероватни случајеви инфекције (ВЗН специфична IgM антитела присутна у серуму).

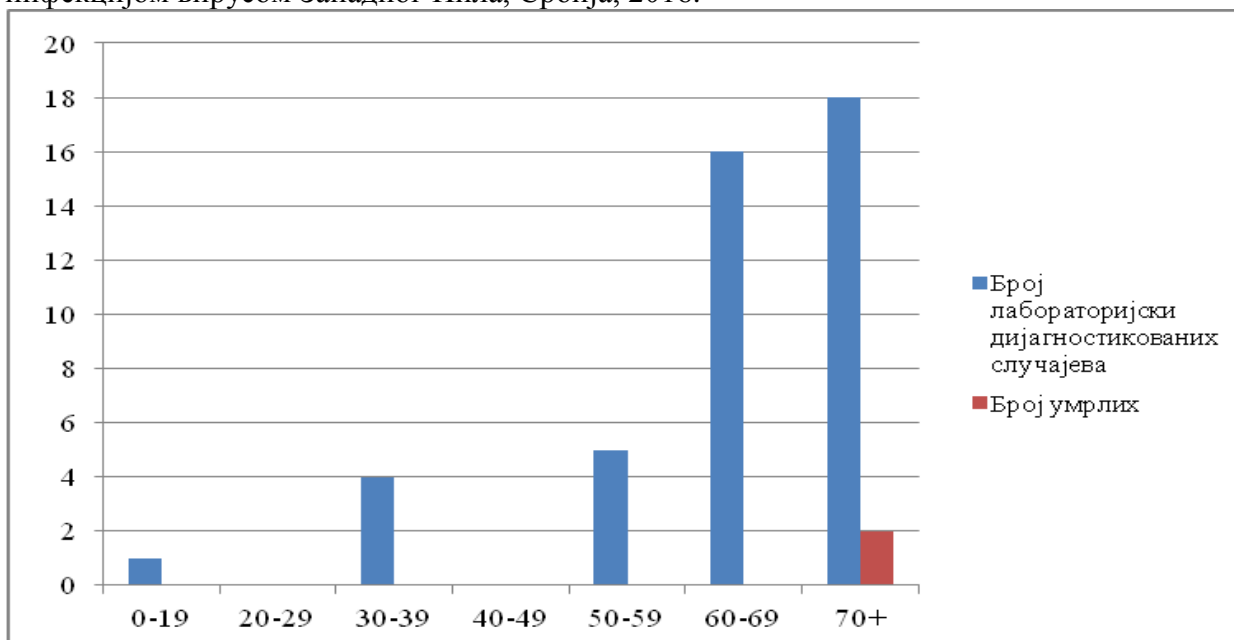
Током 2016. године није регистрована епидемијска појава ГЗН. Од укупног броја регистрованих случајева (44), 65,9% оболелих особа било је мушког пола у односу на 34,1% оболелих жена (однос мушког према женском полу износи 1,9:1).

Укупно 88,6% оболелих особа било је у узрасту изнад 50 година старости, а међу њима је 74,3% 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 (24 оболела, односно 54,5%). Највећи број случајева (81,8%)

регистрован је у августу и септембру месецу, што коинцидира са пиком активности комараца.

Међу потврђеним и вероватним случајевима оболевања било је укупно два смртна исхода који се могу довести у везу са ВЗН инфекцијом, код особа старијих од 70 година (графикон 42). Умрле особе имале су неко хронично обољење. Леталитет је износио 4,5%, 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, 2016.



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

У току 2016. године, на територији Републике Србије регистроване су 262 епидемије заразних болести, са 29.768 оболелих особа. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину већи за 7,6%.

У 2016. години, у епидемијама заразних болести је умрло 11 лица – 9 лица у епидемијама грипа, а једна особа у болничкој епидемији сепсе и једна особа у епидемији варичеле са компликацијама.

Према путу ширења узрочника, најбројније су биле контактне епидемије (98 епидемија или 37,4% од укупног броја регистрованих епидемија). Према учесталости следе алиментарне епидемије (73 или 27,86%), ваздушно-капљичне (66 или 25,19%) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (23 или 8,78%). Најређе су биле епидемије са хидричним путем преноса и оне које се преносе инокулацијом (по 1 или 0,38%).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2016. години, према достављеним пријавама, оболело је 208 особа (у 2015. години пријављено је 526 оболелих), што чини 0,08% укупног оболевања од заразних болести (у 2015. години учешће је износило 0,20%).

Велики кашаљ је обољење са највећим учешћем у овој групи болести (71, 2%), с обзиром да је у 2016. години пријављено 148 случајева оболевања. У 2015. 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 случаја оболевања од тетануса и смртни исход код две оболеле особе.

Након десет година, у 2009. години, регистрован је један случај неонаталног тетануса. Није било пријављених случајева оболевања и умирања од тетануса новорођенчади у 2016. 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. У 2016. години у Републици Србији регистровано је 11 случајева морбила, од тога један на територији града Београда и десет на територији Расинског округа, где је крајем године пријављена епидемија.

У 2016. години пријављено је и 40 случајева оболевања од заушака и пет случаја оболевања од рубеле.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља (DTaP) у 2016. години спроведена је са обухватом од 94,1%, а против дечије парализе (IPV) са обухватом од 94,2%. Обухват ревакцинацијом против дифтерије, тетануса и великог кашља деце у другој години живота износио је 86,7% а против дечије парализе 87,3%, што је знатно испод циљних вредности обухвата овим вакцинама од 95%. Ревакцинација предшколске деце против дифтерије и тетануса обављена је са обухватом од 92,8%, док је обухват ревакцинацијом против полиомијелитиса био 87,6%. Обухват ревакцинацијом школске деце против ових болести био је још нижи и износио 81,3% против дифтерије и

тетануса, односно 75,3% против полиомијелитиса. Обухват вакцинацијом и ревакцинацијом против дифтерије, тетануса, великог кашља и полиомијелитиса у свим узрасним групама био је мањи у односу на 2015. годину, изузев ревакцинације против полиомијелитиса у другој години живота и завршном разреду основне школе.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (MMR) у другој години живота износио је 81%, што је нижа вредност у односу на 2015. годину када је вакцинацијом обухваћено 84% обвезника и најнижа регистрована вредност обухвата у протеклих 10 година. Обухват ревакцинацијом MMR вакцином у седмој години живота бележи вредност од 91,1%, што је више од регистрованог обухвата у 2015. години (87,5%) .

У 2016. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 90,5%, слично као у 2015. години (91,5%). Обухват вакцинацијом у 12. години износио је свега 63,6%, што је још ниже од обухвата постигнутог у 2015. години (72,7%).

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних Хемофилусом инфлуенце тип б у 2016. години износио је 93,7%, слично као у 2015. години када је обухват овом вакцином износио 94,1%.

**Табела 13.** Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2006–2016.

Спроведена имунизација	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DTP3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	97	98	98	97	97	98	96	97	95	95	94
OPV3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	97	98	98	97	97	98	94	97	95	95	94
MMR вакцинација	96	97	96	96	96	97	90	93	86	84	81
НВ вакцинација 1. г.	92	94	94	95	95	96	93	93	94	92	91
НВ вакцинација 12. г.	57	80	78	62	76	87	83	74	78	73	64
Hib/DTaP/IPV/Hib вакцинација	74	91	97	96	97	97	91	95	95	94	94

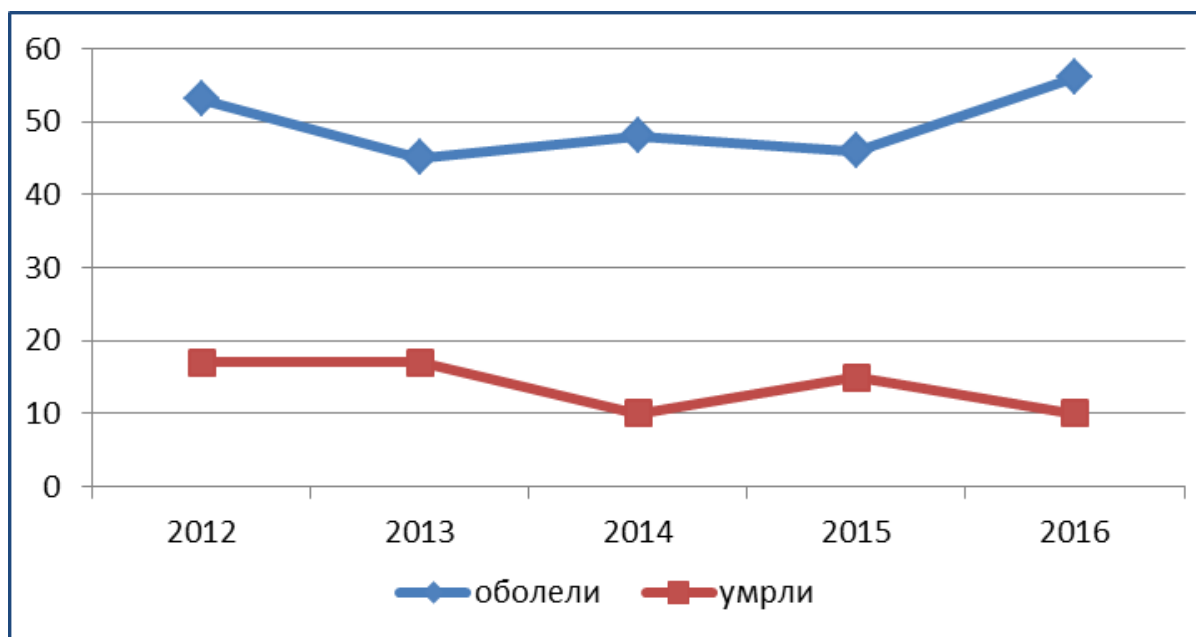
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”



Иако је у 2016. години обезбеђена довољна количина вакцина за континуирано спровођење имунизације, циљне вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације нису достигнуте, чиме се стварају услови за нагомилавање осетљиве популације, оболевање, па и епидемијско јављање вакцинама превентабилних болести.

Од 2012. до 2016. године забележен је благи тренд пораста броја особа оболелих, односно тренд опадања умрлих од синдрома стеченог имунолошког дефицита (AIDS, сида) узрокованог HIV-ом. У 2016. години регистрована инциденција AIDS-а је била слична као и 2012. године (56 оболелих особа), односно број оболелих од AIDS-а у 2016. години је био за 22% већи него претходне године. С друге стране, 2016, као и 2014. године регистроване су најниже стопе морталитета у посматраном временском периоду, скоро двоструко ниже него 2012. и 2013. године, односно морталитет у 2016. години је био за 33% нижи него претходне године (графикон 43).

**Графикон 43.** Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV (AIDS)*, Србија, 2012–2016.



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 се није мењало у периоду од 2012. до 2016. године и износи 6,5%. Одојчад (деца старости 0–365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2016. године пружало је 709 доктора медицине, од чега су 87,3% лекари специјалисти. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2016. години је износио 1,8 (табела 14).

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).

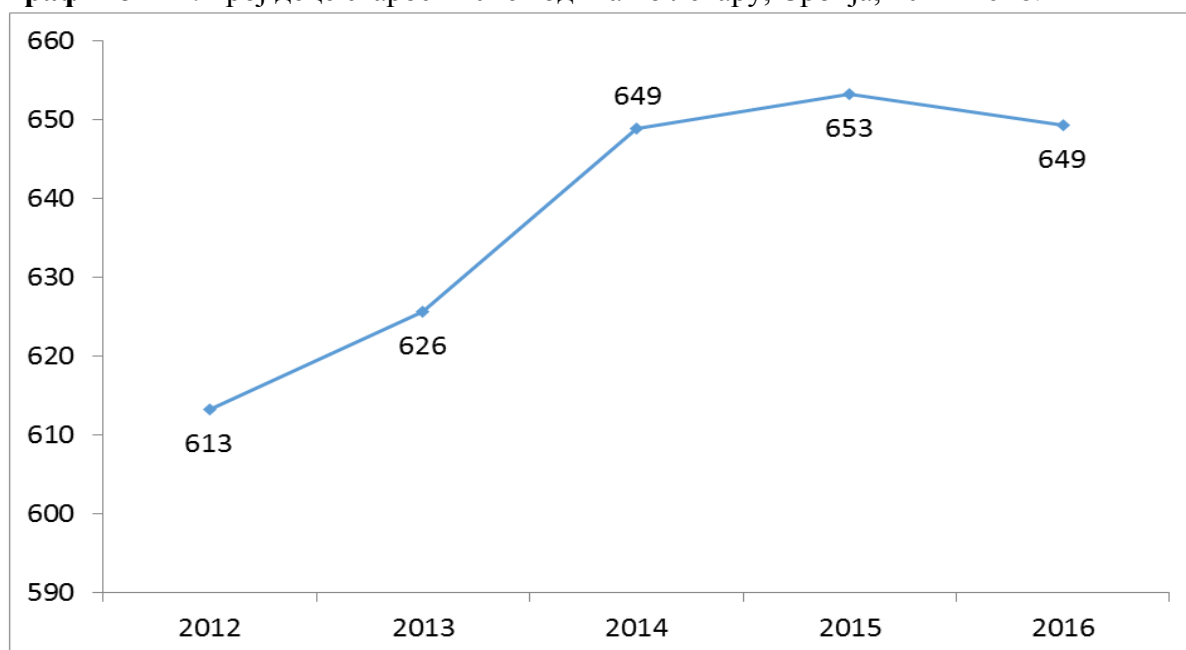
**Табела 14.** Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2012–2016.

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
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%
2016	709	1065	1,5	5.921,8	9,1	65,7%

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

У служби за здравствену заштиту деце 2016. године регистровано је укупно 4.198.611 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 65,7%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2016. години износио је 5922.

**Графикон 44.** Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2012–2016.



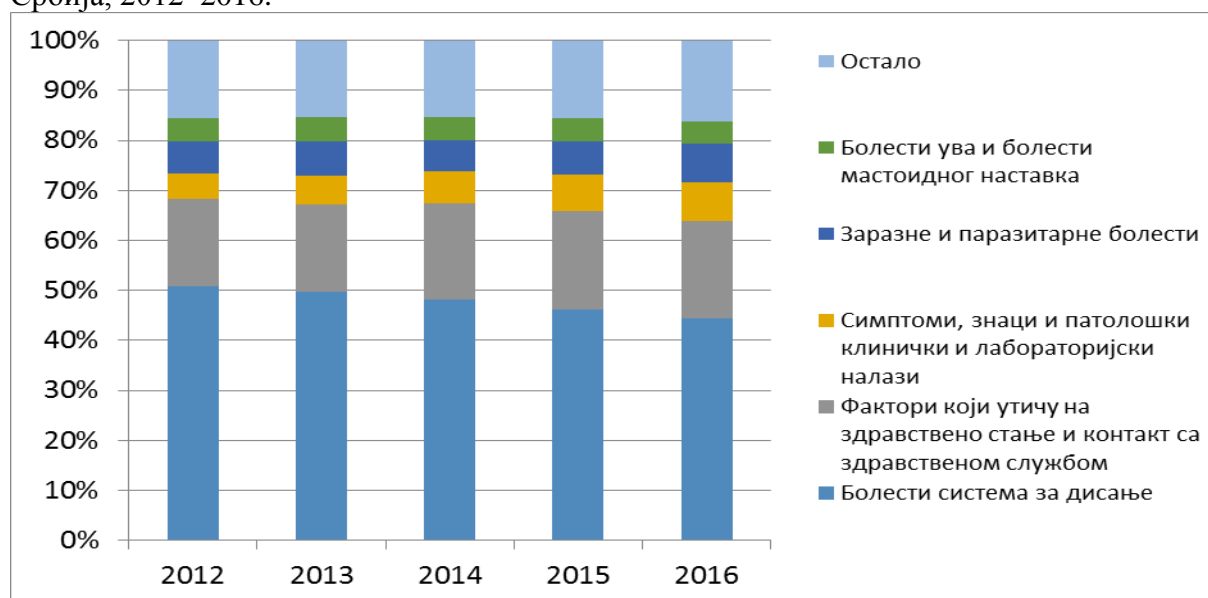
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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 2016. години свако дете је просечно било 9,1 пута код лекара.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2016. године је износио 3.002.752. Стопа оболевања у 2016. години је 6522,4 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 6,5 по детету), што је највиша вредност у посматраном периоду јер се ова стопа кретала од 5815,0 у 2015. години до вредности од 6162,8 у 2013. години.

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

**Графикон 45.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2012–2016.



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.

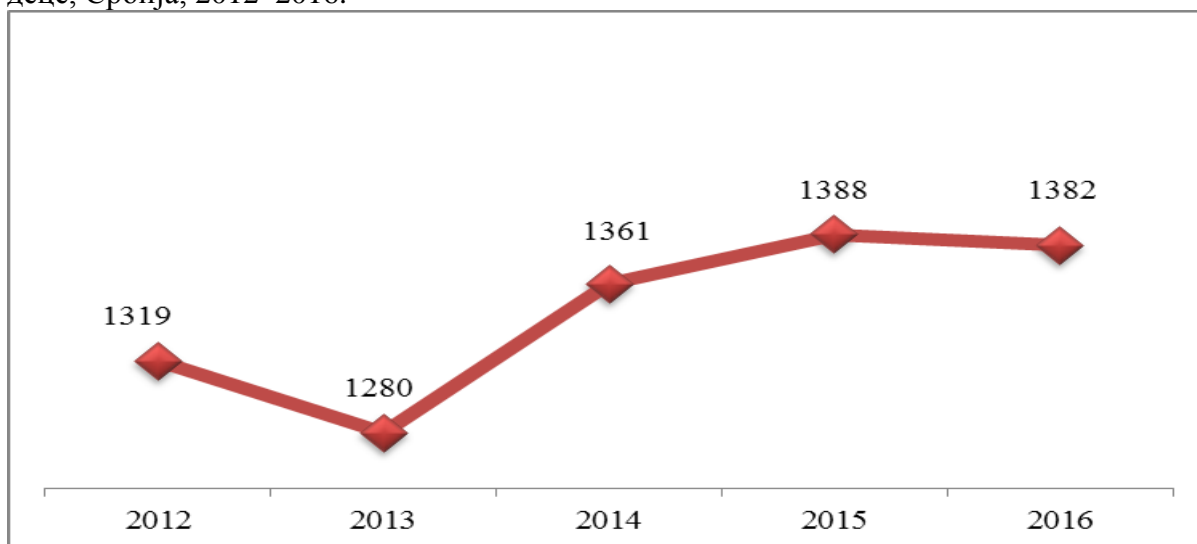
У Републици Србији у 2016. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 12,9% у укупној популацији (укупно 909.623). У 2015. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (921.851), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене.

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 2016. години пружало је 658 доктора медицине, од чега 431 специјалиста педијатрије (65,5%) и 86 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну 2015. годину је мањи за 6, а проценат специјалиста је за један процентни поен већи. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара је 1,12 и значајно је нижи у односу на претходне године (за 30% у односу на 2012. годину) (табела 12).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2016. године у Републици Србији износио је 1382 (графикон 46). Рационализација кадра у систему здравствене заштите утицала је на промене у броју здравствених радника (лекара и сестара), као и у броју школске деце по лекару у овим службама.

**Графикон 46.** Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2012–2016.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2016. године регистровано је укупно 4.575.851 посета, од чега 3.498.002 (76%) код лекара и 24% код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је већи за

223.577 у односу на претходну годину (укупно 4.352.274 посета 2015. године). У просеку, свако дете (7–19 година) је у 2016. години посетило свог лекара 3,8 пута (табела 15).

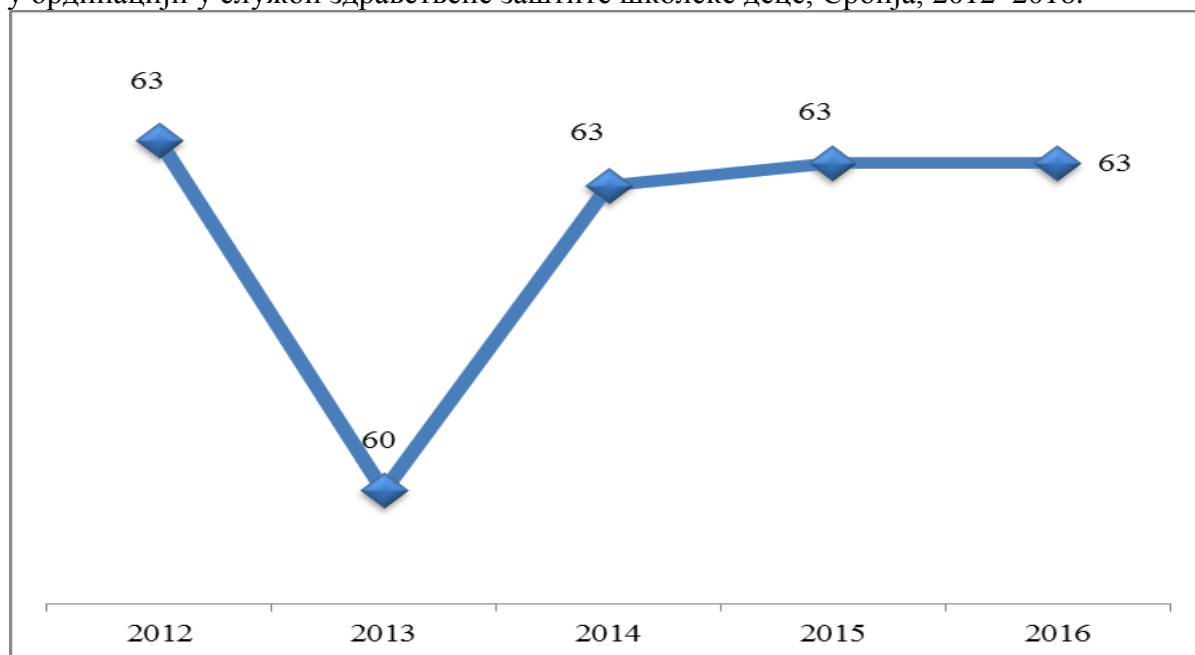
**Табела 15.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2012–2016.

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 (%)
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
2016	658	65,5	737	1,1	1382	5316	3,8	62,9

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 5316 посета, односно за око 9% више у односу на 2015. годину (табела 12). Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2016. години је 62,9% (графикон 47).

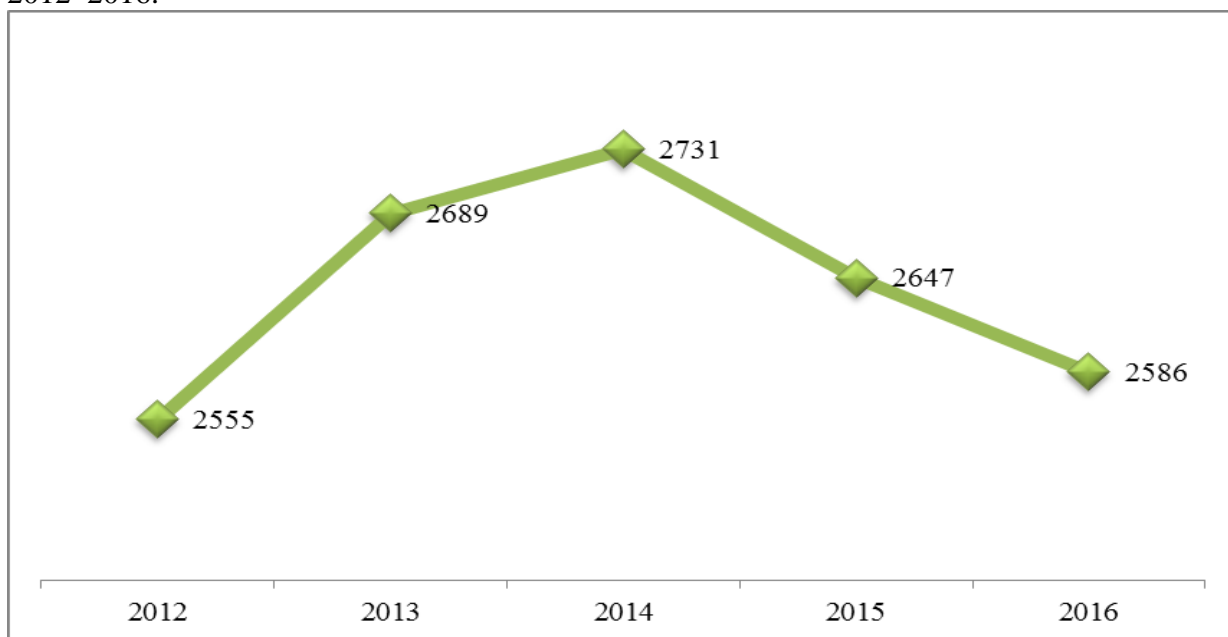
**Графикон 47.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2012–2016.



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 узрасту од 7 до 19 година, 2016. године је износио 2.352.798, а стопа оболевања 2586 на 1000 деце овог узраста (2,6 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је нижи за око 87.690, а стопа оболевања на 1000 деце је за 61 нижа у односу на 2015. годину (графикон 48).

**Графикон 48.** Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2012–2016.



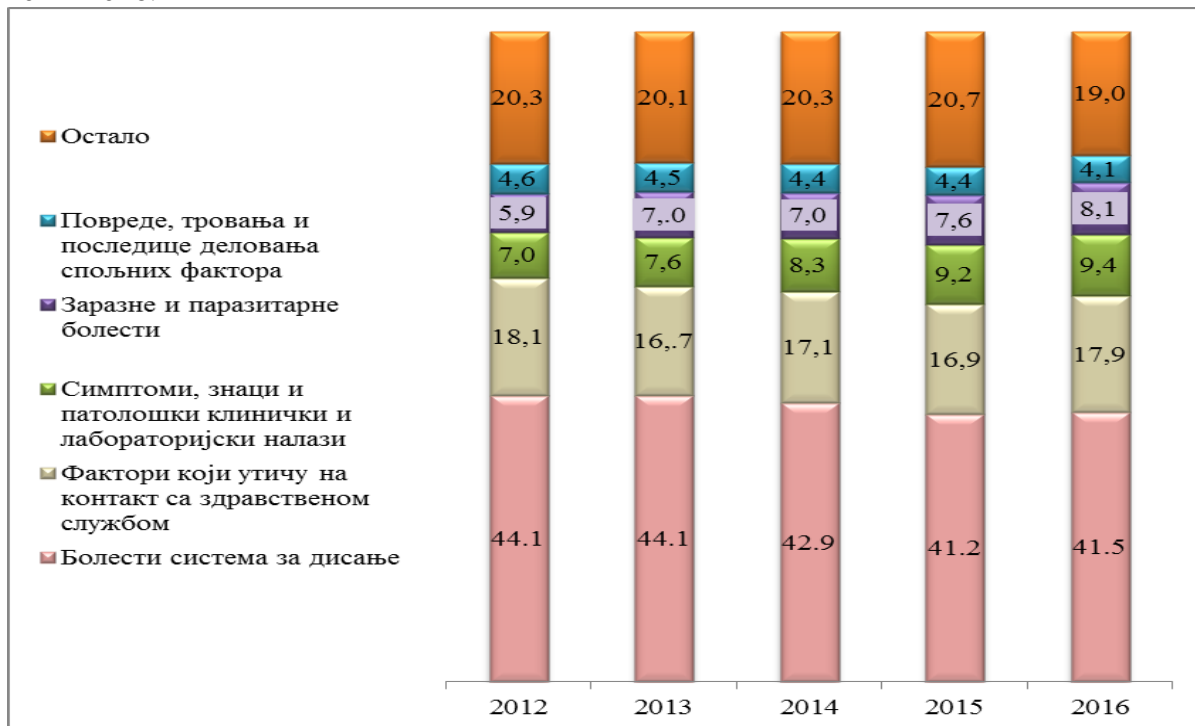
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања школске деце у периоду од 2012. до 2016. 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 у петогодишњем периоду.

**Графикон 49.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2012–2016.

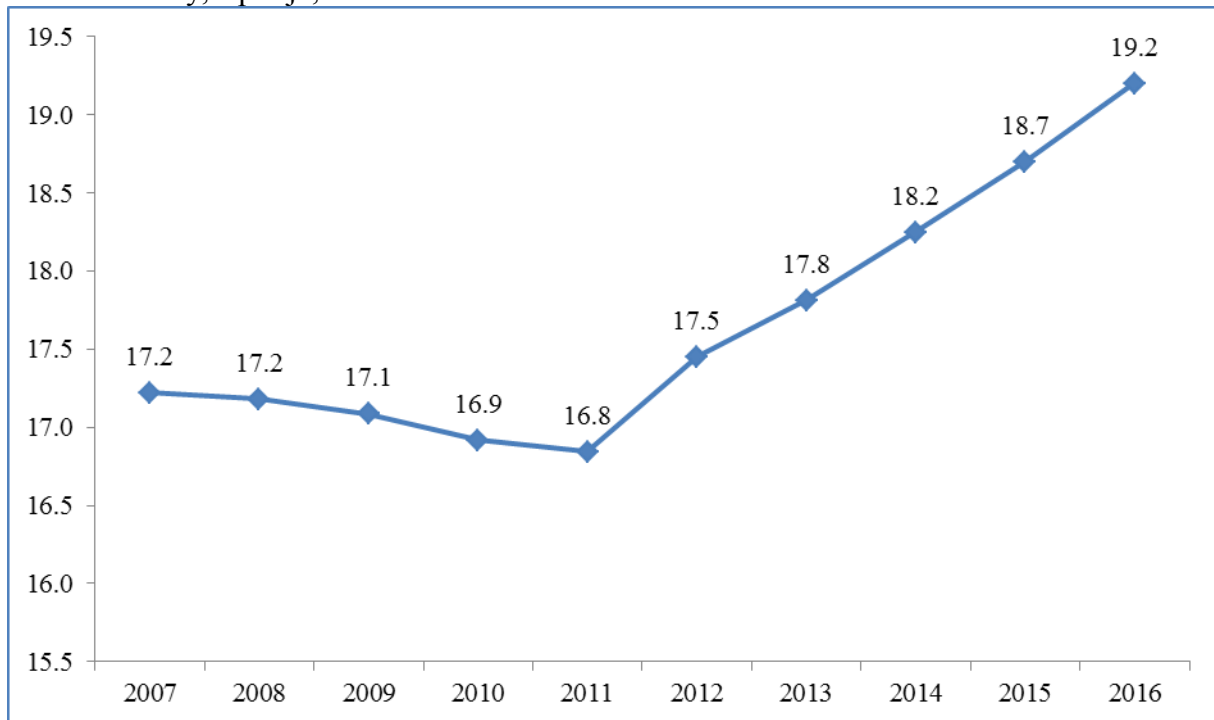


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

### 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 2016. тај проценат износи 80,6%. Пропорција старих особа (65 и више година) у укупном становништву од 2007. до 2011. се смањивала, да би се од 2012. до 2016. нагло повећала и у 2016. износила је 19,2% (графикон 50). Процент особа старости од 20 до 64 године у укупној популацији се у 2016. години износи 61,4%. и смањио се у односу на 2015, кад је износио 61,8%.

**Графикон 50.** Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву, Србија, 2007–2016.



Извор података: Републички завод за статистику

Структура одраслог становништва по полу већ је годинама иста: 51,3% су жене, а 48,7% мушкарци.

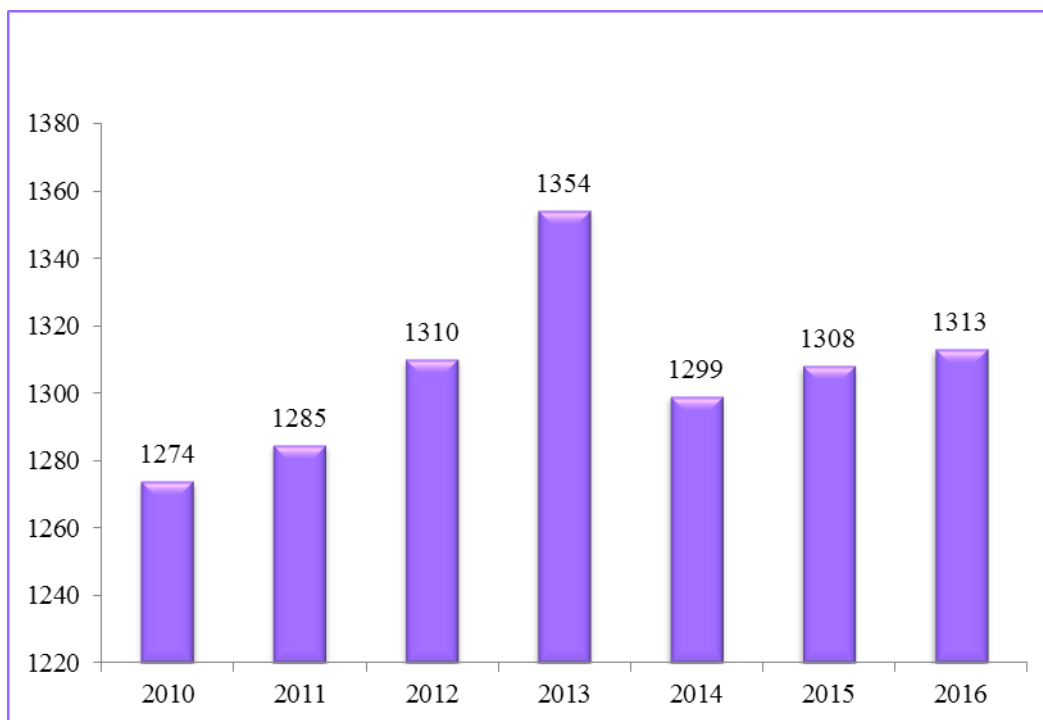
Здравствену заштиту одраслог становништва на примарном нивоу обезбеђују службе опште медицине и медицине рада при домовима здравља. Општа медицина је основни носилац примарне здравствене заштите становништва старијег од 19 година, док службе медицине рада обезбеђују ванболничку здравствену заштиту радноактивном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

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2016. години пружало је 4332 доктора медицине. Од тог броја 1996 (46,1%) 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 2016. се опет повећао на 1313 (графикон 51).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2016. године регистровано је укупно 43.625.201 посета, од чега 28.515.847 или 65,4% код лекара и 34,6% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је у 2015. и 2016. години порастао са 4,8, колико је износио 2012. и 2013. године, на 5,0 (табела 16).

**Графикон 51.** Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2010–2016.



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

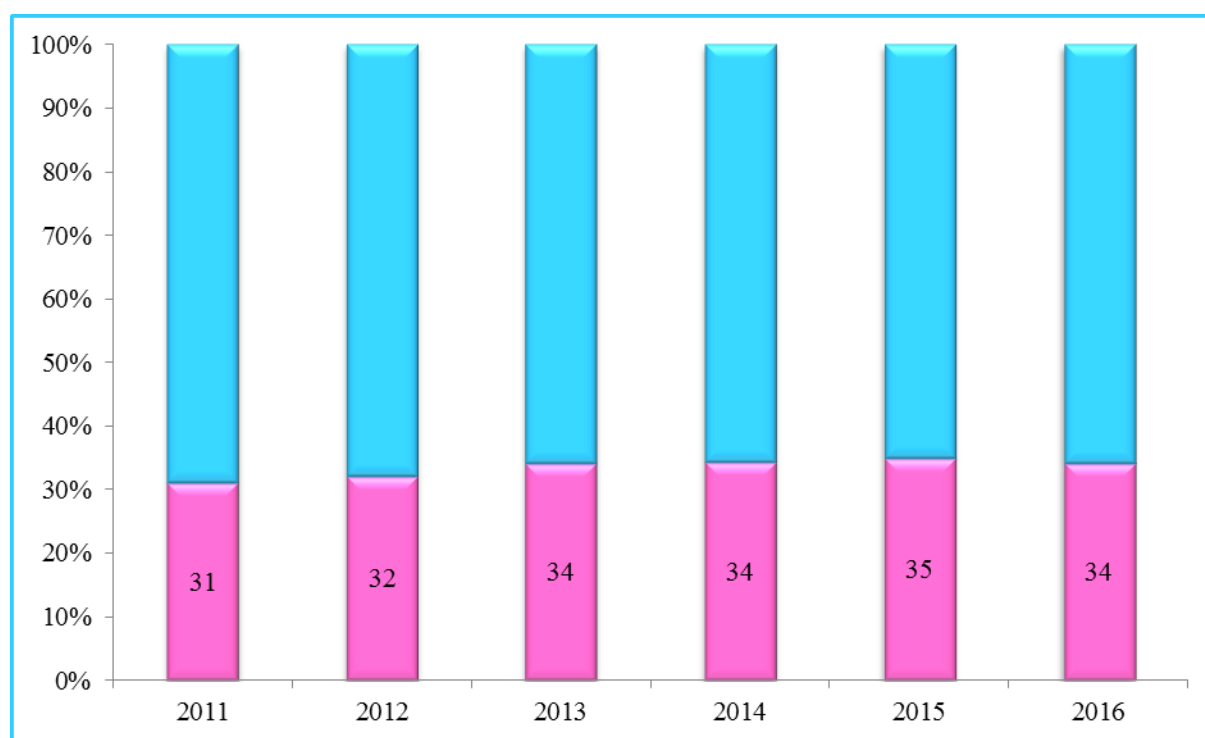
Од укупног броја посета лекару у ординацији, удео првих из године у годину постепено расте, али се у 2015 и у 2016. одржава на приближно једнаком нивоу (графикон 52).

**Табела 16.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2012–2016.

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
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	6408	1,4	1299	6401	4,9	34,3
2015	4367	46	6525	1,5	1308	6567	5,0	34,9
2016	4332	47	6514	1,5	1313	6660	5,0	34,1

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

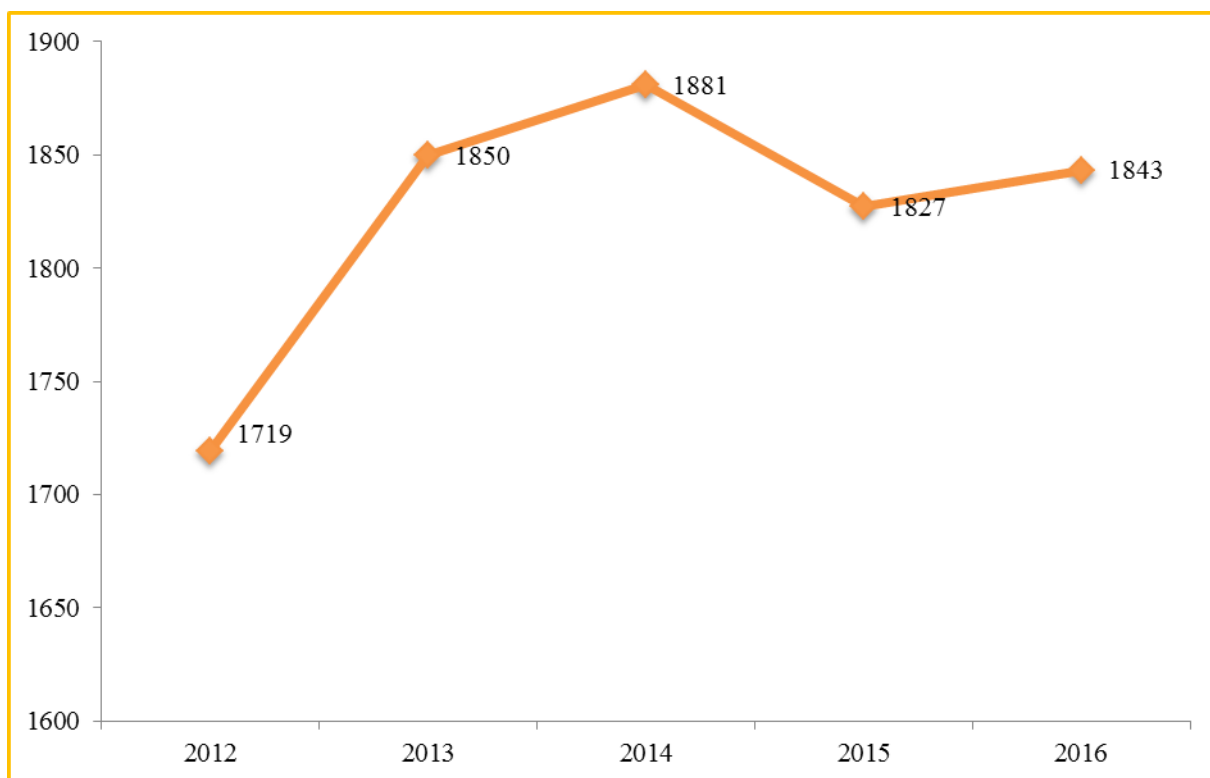
**Графикон 52.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2011–2016.



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 и након незнатног смањења у 2015. години у 2016. износи 1843 на 1000 становника (графикон 53).

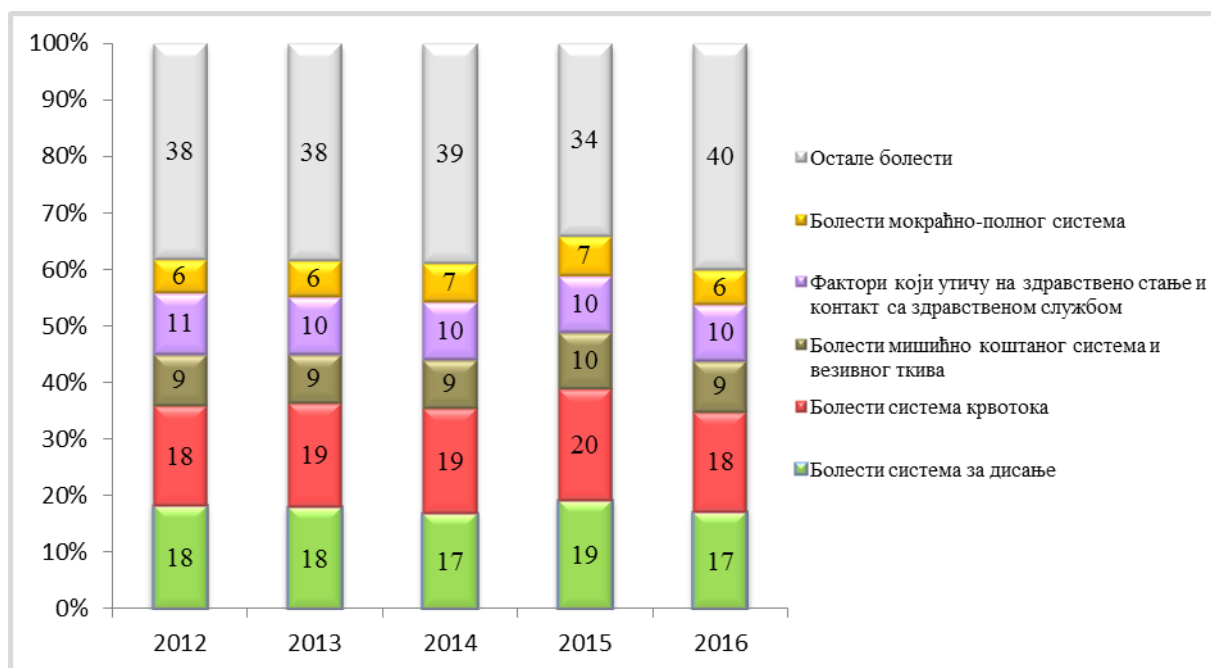
**Графикон 53.** Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2012–2016.



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

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2012. до 2016. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. С тим, да се удео ових болести у укупном морбидитету смањило у 2016. години за 3 процентна поена у односу на прошлу годину. На трећем месту су болести коштано-мишићног система и везивног ткива (графикон 54).

**Графикон 54.** Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2012–2016.



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 2016. години 567 лекара, што је на нивоу претходне године. У исто време број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је благо повећан, па је самим тим и њихов међусобни однос повећан у односу на претходну годину и износио је 1,4, као и у периоду 2012–2014. година (табела 17).

**Табела 17.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2012–2016.

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једну жену 15+	Учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
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%
2016	567	766	1,4	3389,8	0,61	47,51%

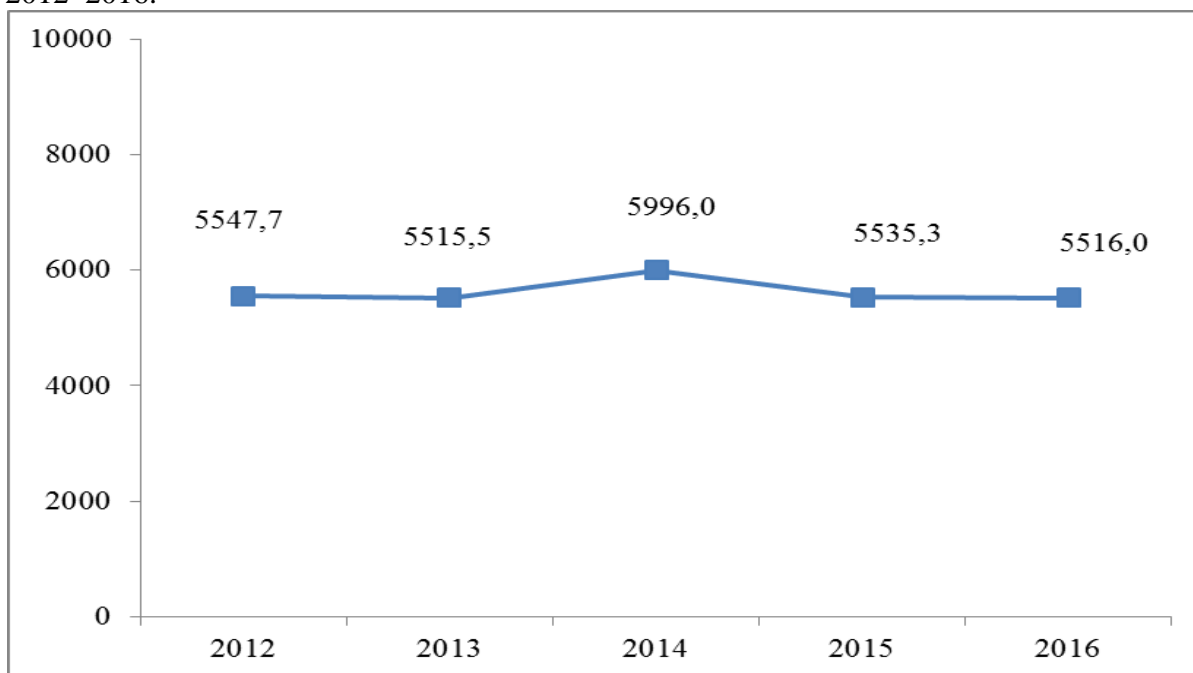
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета по једном лекару је у посматраном периоду показао тренд раста са најнижим вредностима у 2015. и 2012. години и са највећом вредношћу (3389,8) у 2016. години. Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2012. и 2013. године, а далеко најмањи у 2016. години (табела 17).

Од укупног броја посета лекару у ординацији више од две петине су чиниле прве посете и тај проценат у посматраном периоду бележи тренд пораста.

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да се она у периоду 2012–2016. година кретала у распону од 5500 до 6000 жена старих 15 и више година на једног лекара, са најнижем обезбеђеношћу забележеном у 2014. и највишом у 2016. години (графикон 55).

**Графикон 55.** Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2012–2016.

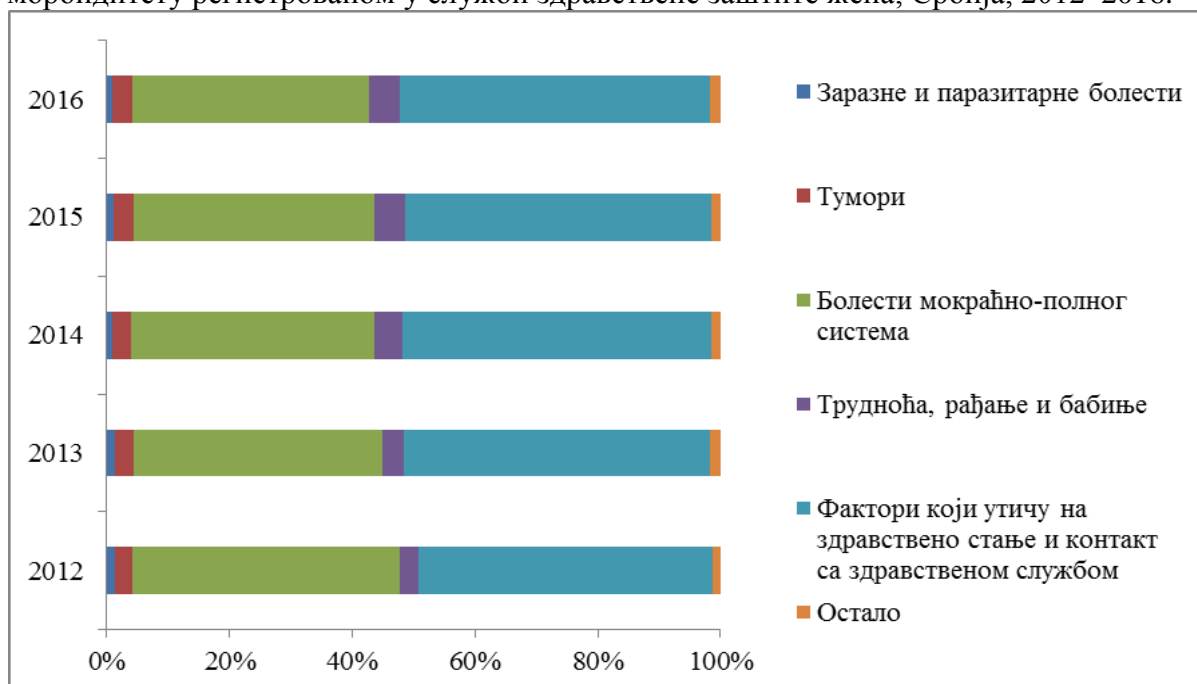


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури оболевања жена у периоду 2012–2016. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 48% до 50% у укупном морбидитету и болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 43,5% до 38,5%. 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, 2012–2016.



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 2012. до 2016. године просечан број посета стоматологу на једно предшколско дете варирао је између 1,20 у 2016. и 1,31 у 2013. години, (табела 18).

У истом периоду просечан број посета на једног стоматолога бележи тренд смањења од 2012. до 2014. године, да би у последње две посматране године дошло до његовог повећања (табела 18). Услед смањења броја деце овог узраста, повећавала се обезбеђеност предшколске деце стоматологом, али је у 2015. години, услед смањења броја стоматолога, овај тренд заустављен, да би у 2016. години била забележена најнеповољнија вредност. 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 18.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2012–2016.

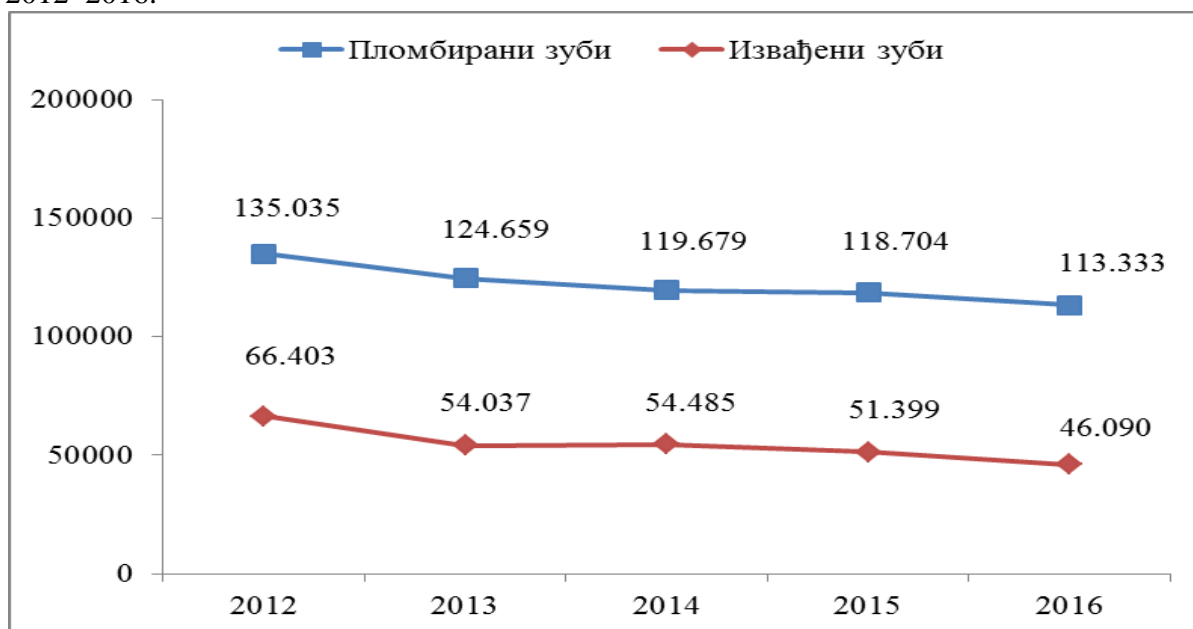
Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно предшколско дете
2012	0,49	2343,7	1859	1,26
2013	0,43	2222,1	1703	1,31
2014	0,46	2079,7	1673	1,24
2015	0,43	2242,7	1786	1,25
2016	0,41	2292,6	1918	1,20

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

\* 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 2016. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било више од три пломбирана зуба без лечења (3,5). 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. Ипак, у 2016. години долази до благог побољшања овог показатеља, па је број пломбираних у односу на број извађених зуба износио 2,5 према 1.

**Графикон 57.** Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2012–2016.



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 730 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 2016. години (табела 19). У периоду 2012–2015. оптерећеност стоматолога била је релативно уједначена и кретала се око 3000 посета на једног стоматолога, да би се ова вредност у 2016. години повећала за 10% и износила преко 3300 посета по стоматологу, што је последица смањеног броја стоматолога у 2016. години.

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.

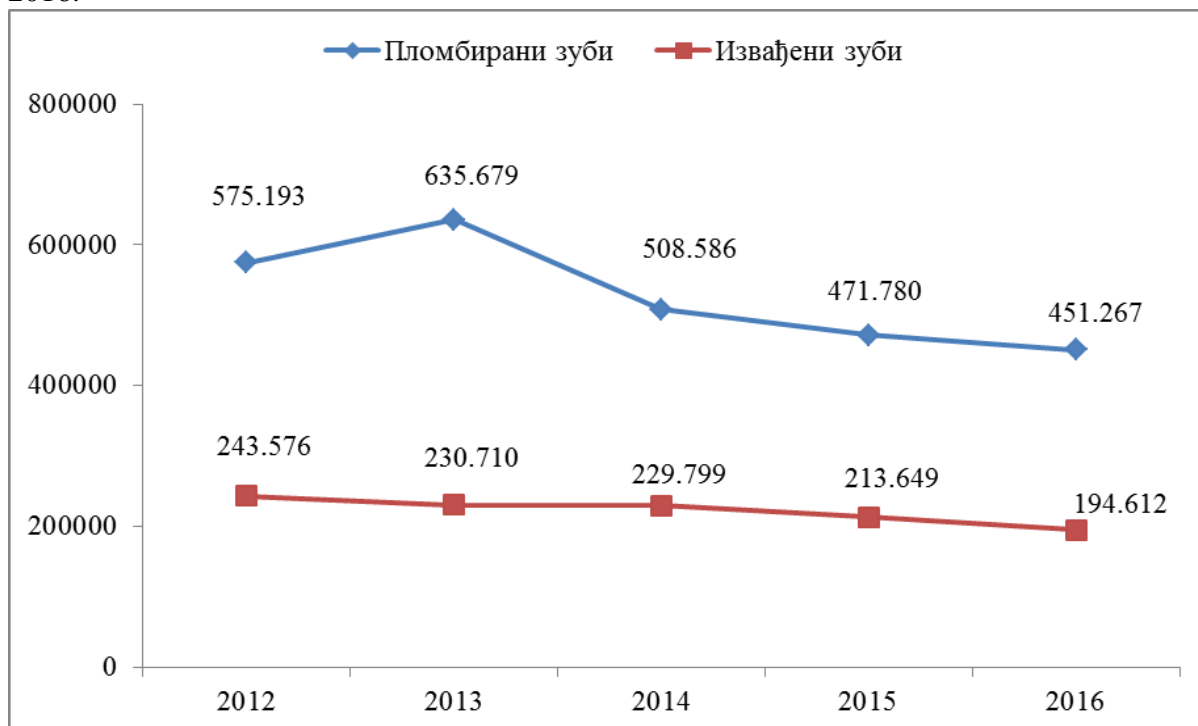
**Табела 19.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2012–2016.

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
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
2016	0,43	3307,8	1276	2,59

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, 2012–2016.



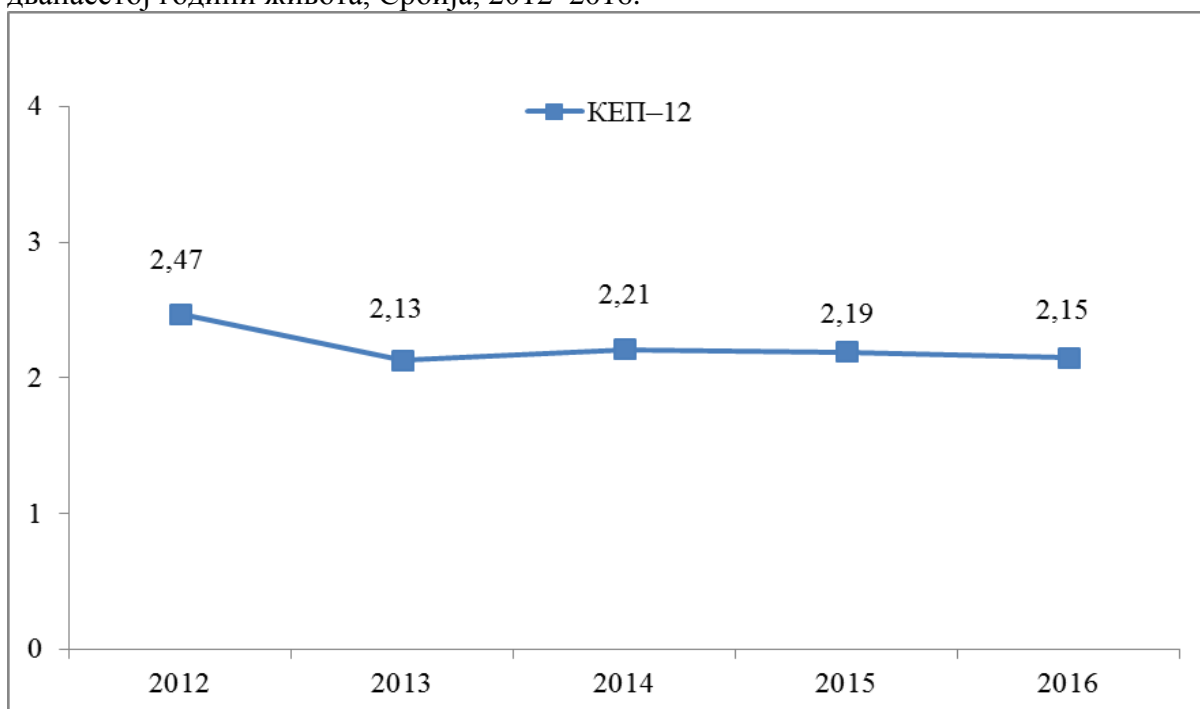
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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 2016. години износио 2,15 што је нешто више него 2013. године, али ниже у односу на претходне две 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, 2012–2016.



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.

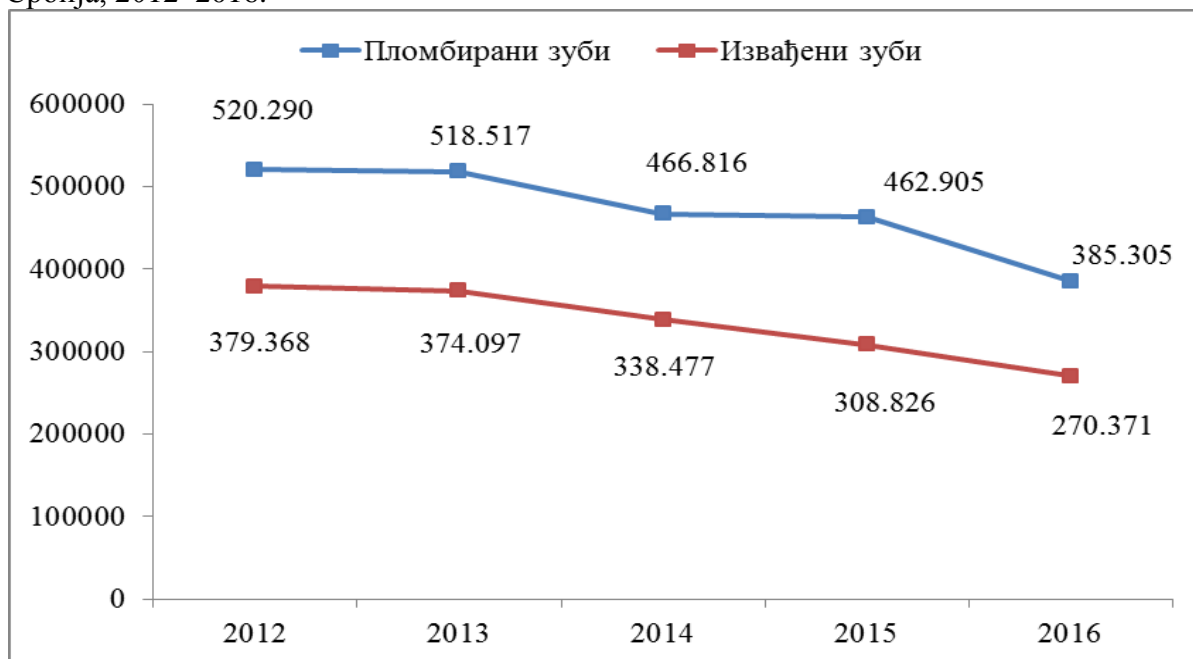
**Табела 20.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2012–2016.

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
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
2016	0,70	1890,4	6902	0,27

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

Однос извађених и пломбираних зуба у посматраном периоду креће се око 0,7, са најнижом вредношћу (0,67) забележеном у 2015. години, а највишом (0,75) у 2012. години (табела 20).

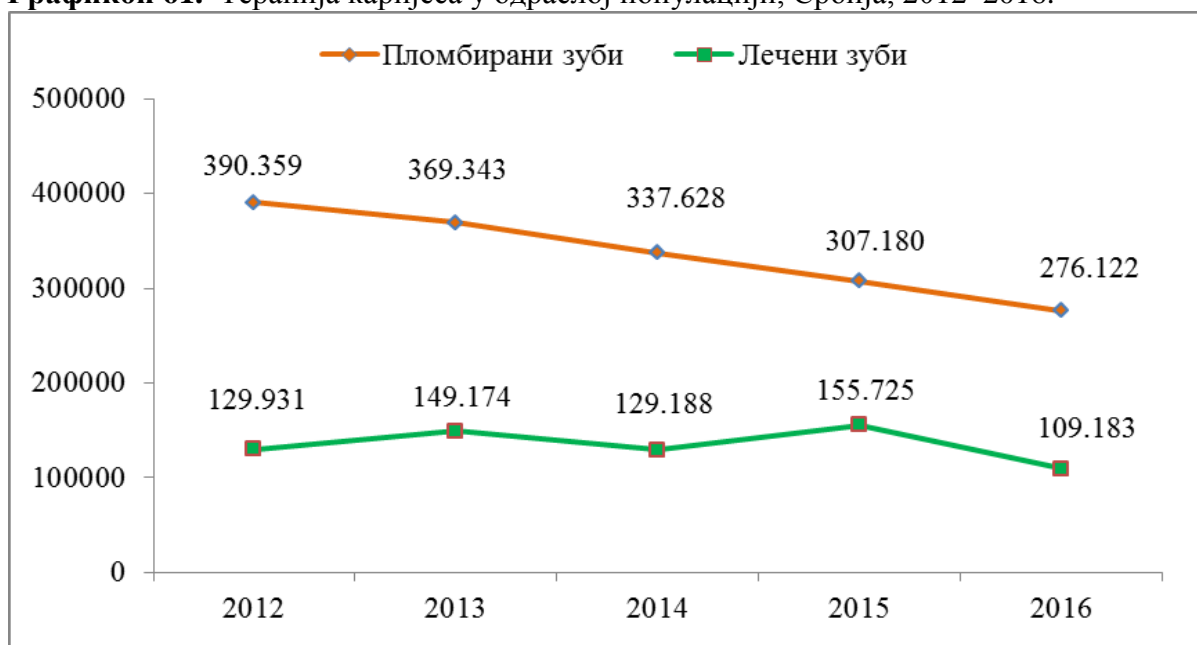
**Графикон 60.** Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2012–2016.



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

Показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите показују тренд погоршања и најнеповољнији су у 2016. години, када је у просеку било 0,27 посета стоматологу по једном одраслом становнику, мада ни у осталим посматраним годинама ситуација није била много боља. Када је реч о односу пломбираних и извађених зуба у посматраном периоду на 1,4 пломбирана зуба долази 1 извађен зуб, осим у 2015. години када је овај однос 1,5:1 (графикон 60). Од 2012. године трендови указују на смањење броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, док се повећање броја лечених зуба бележи до 2015. године, док је у 2016. години забележена најнижа вредност, што је охрабрујуће (графикон 61).

**Графикон 61.** Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2012–2016.



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



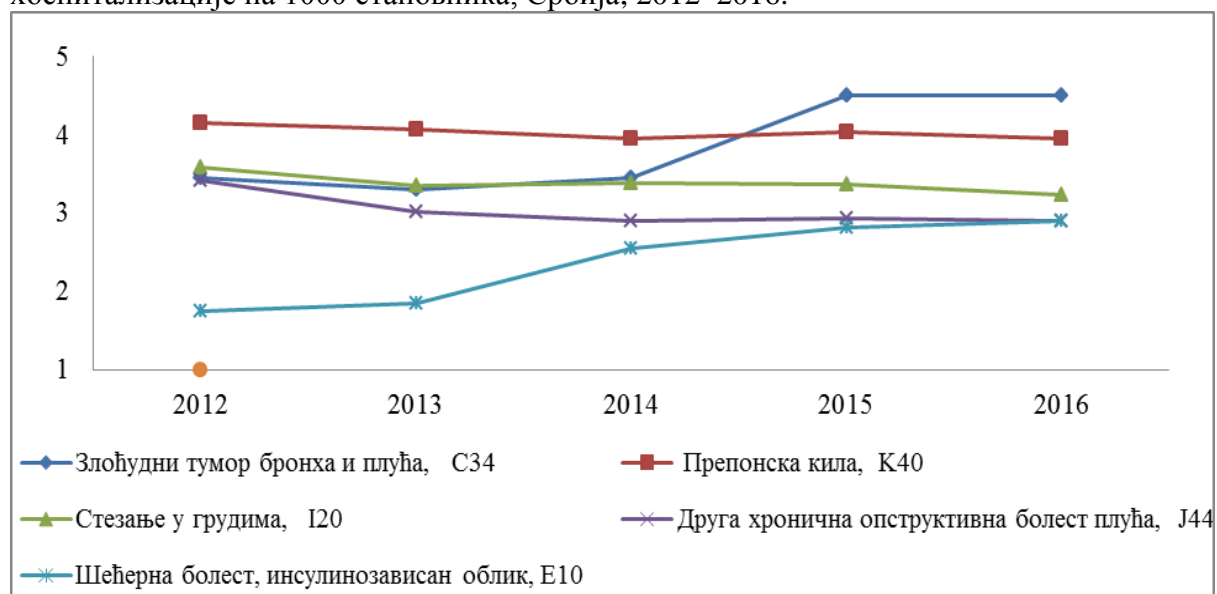
## 4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

### 4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама

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

Посматрано према појединачним дијагнозама најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2016. 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 шећерна болест, инсулинозависан облик (МКБ10: E10) (графикон 62).

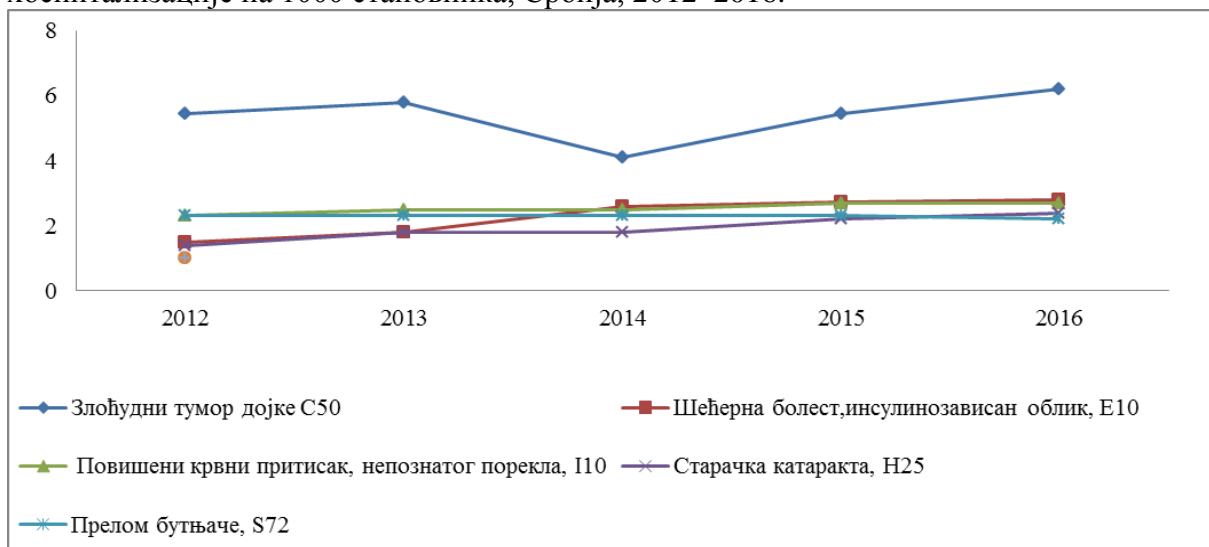
**Графикон 62.** Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2012–2016.



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

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2016. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење се у 2000. години није ни налазило на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злодућног тумора дојке била је 3,6 на 1000 становника, а 2010. 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. и 2016. 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), старачка катаракта (МКБ10: H25) и прелом бутњаче (МКБ10: S72) (графикон 63)

**Графикон 63.** Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2012–2016.



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

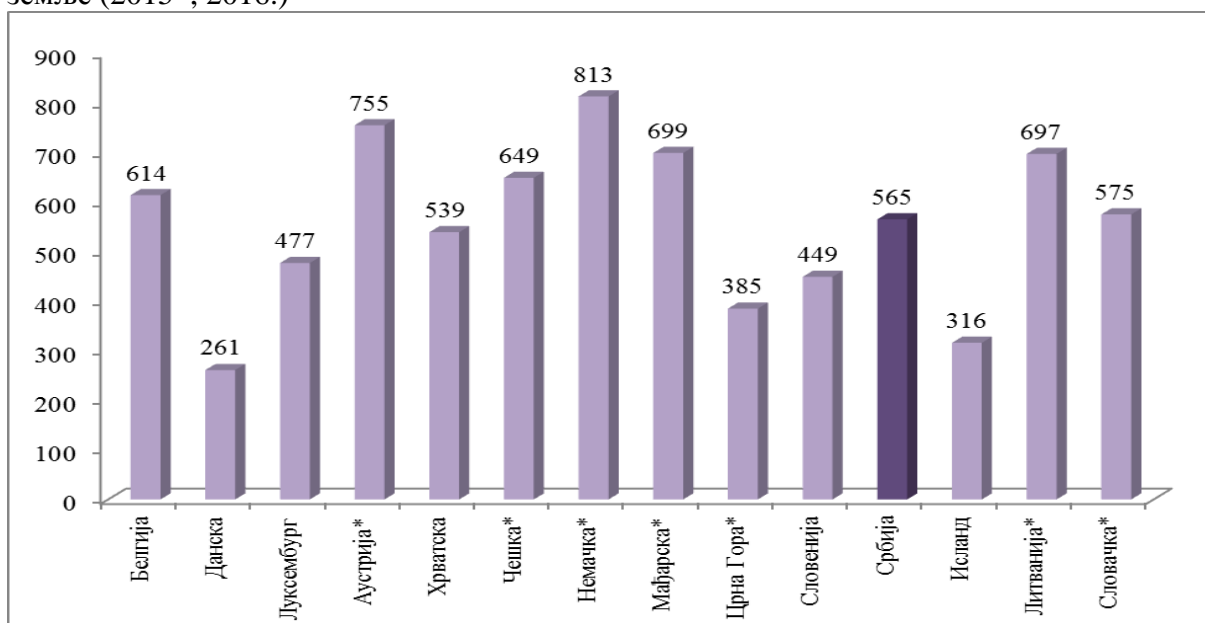
## 4.2 Коришћење болничке здравствене заштите

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 2016. години износио је 39.914 постеља (без постеља дневних болница) или 565 постеља на 100.000 становника (графикон 64). Укупан број постеља, који укључује и дневне болнице, износио је 41.788. Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Немачке, Аустрије, Мађарске, Литваније, Чешке, Белгије и Словачке, а знатно већа од Данске – 261, Исланда – 316 и Црне Горе – 385 на 100.000 становника.

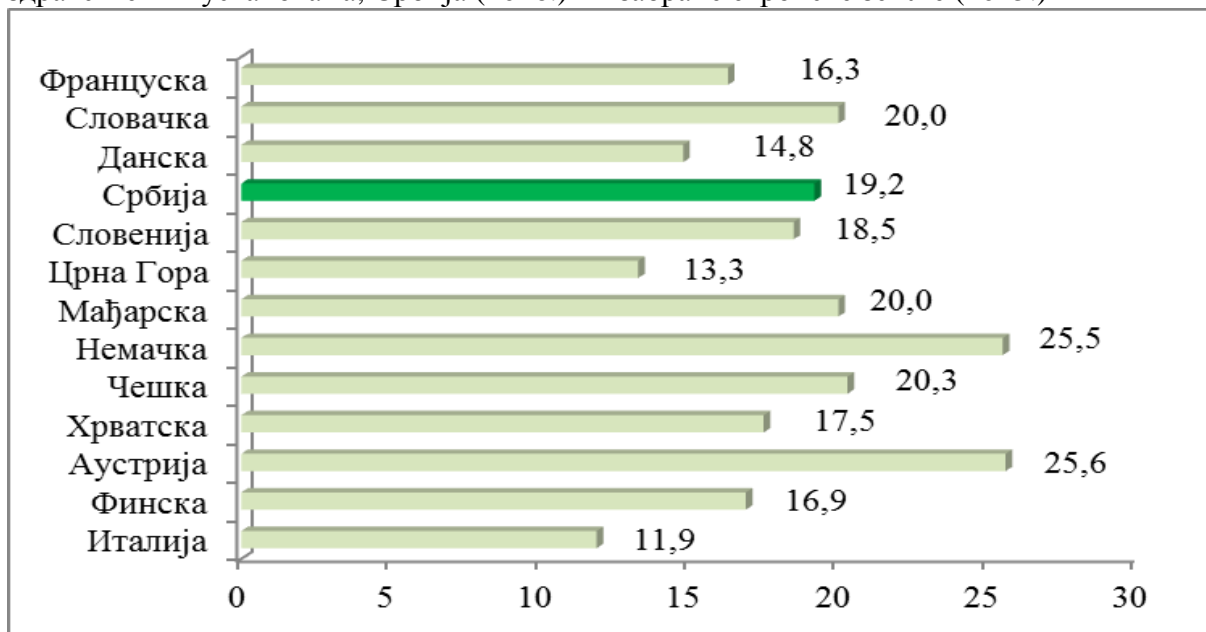
**Графикон 64.** Број постеља на 100.000 становника, Србија (2016.) и изабране европске земље (2015\*, 2016.)



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

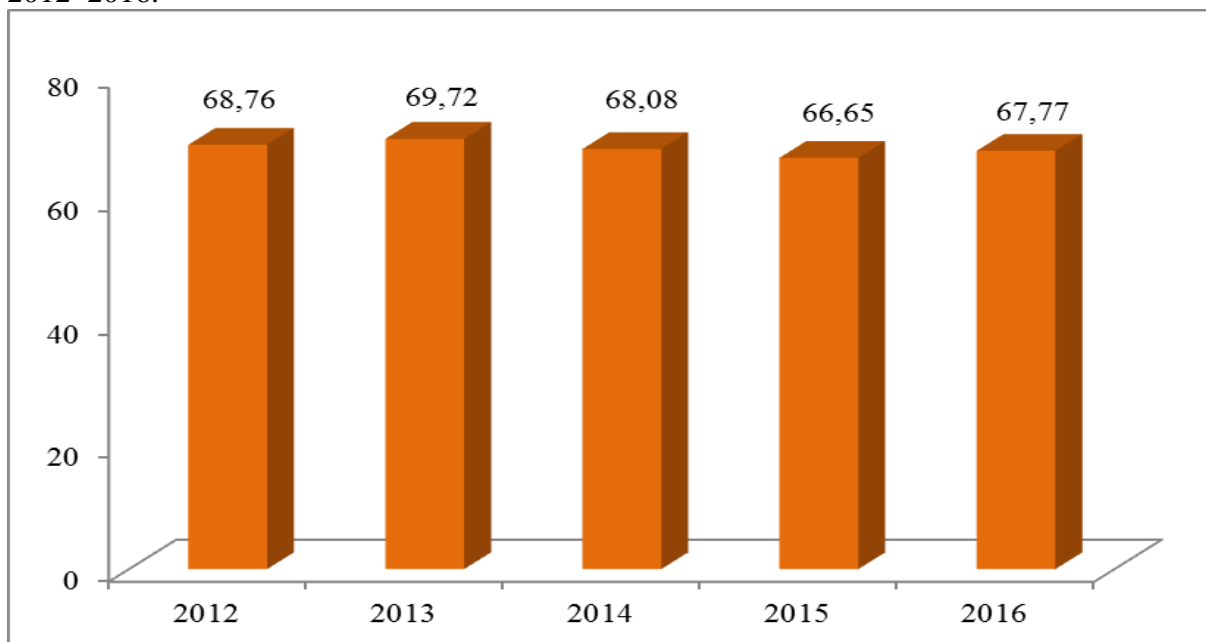
Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2016. години износила је 19,2 на 100 становника, што је нешто више него претходне године. Ова вредност је нижа него у Аустрији, Немачкој, Чешкој, Мађарској и Словачкој, док је виша у односу на остале посматране земље (графикон 65).

**Графикон 65.** Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама, Србија (2016.) и изабране европске земље (2015.)



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

**Графикон 66.** Заузетост постеља у стационарним здравственим установама, Србија, 2012–2016.



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

Заузетост болничких постеља у поматраном периоду незнатно је варијала, крећући се у опсегу од 66,65% у 2015. до 69,72% у 2013. години (графикон 66).

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у посматраном петогодишњем периоду бележи константно смањење, тако да је у 2016. години износила 7,63 дана, што је за пола дана мање него у 2012. години (графикон 67). Ови подаци се односе на укупну дужину хоспитализације, укључујући и дневне болнице. Уколико искључимо дневне болнице, просечна дужина хоспитализације износила је 8,39 дана.

**Графикон 67.** Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама, Србија, 2012–2016.

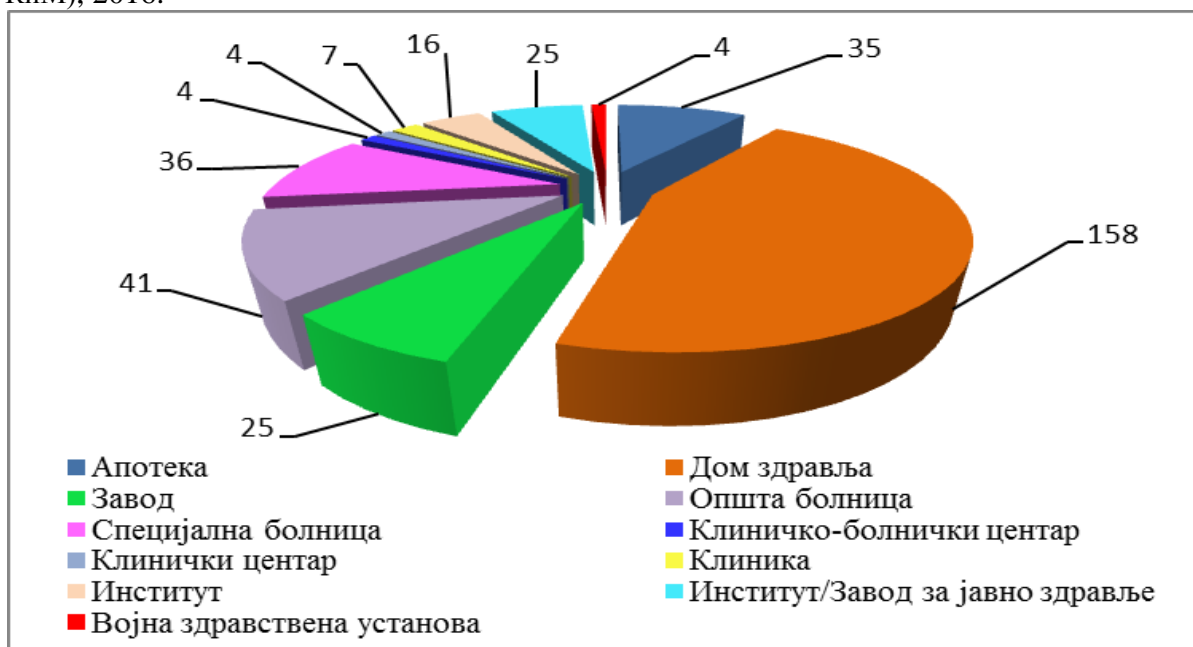


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут”

## 5. ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ

Здравствена заштита становништва непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и условљена је развијеношћу организације и технологије рада. Укупан број здравствених установа према Уредби о плану мреже здравствених установа („Сл. гласник РС”, бр. 42/06, 119/07, 84/08, 71/09, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12, 8/2014 и 92/2015) у 2016. години у Србији износио је 355 (графикон 68).

**Графикон 68.** Здравствене установе у Републици Србији (без установа са територије КиМ), 2016.



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

На дан 31.12.2016. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 104.007 радника. Од тог броја доктора медицине било је 20.054, односно 284 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (388 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (186 на 100.000). Наведене вредности су ниже у односу на вредности у претходној години.

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, уједначена стопа општег морталитета, као и смањење опште стопе смртности одојчади.
- Након што у 2012. години привреда Србије манифестује знаке рецесионих кретања, током 2013. године 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 погодили Србију, уз додатно отежавајуће ефекте ниже екстерне тражње. У 2015. годину привреда Србије улази са позитивним кретањима испољеним у последњем кварталу 2014. године, а на даље убрзање привредног раста током 2016. године одлучујући утицај имају динамичан раст нето извоза, даље јачање инвестиционих улагања и раст потрошње домаћинства.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
  1. Посматрано према конкурентности, Србија је у 2016. години поправила своју позицију у односу на претходну годину за четири места, али је и даље рангирана ниже од свих земаља из окружења, са изузетком Босне и Херцеговине.
  2. Јавни дуг је у 2016. години смањио своје учешће у бруто домаћем производу у односу на претходну годину, али је знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему. При томе га карактерише и неповољна валутна структура.
  3. Екстерна солвентност је недовољно добра, с обзиром да се спољни дуг Републике Србије повећао у апсолутном износу у односу на претходну годину,

уз сасвим благо смањење његовог учешћа у бруто домаћем производу, тако да се Србија и даље налази близу границе зоне високе задужености.

4. Релативно ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства продукују ниску финалну потрошњу домаћинства.
  5. Иако су у 2016. години присутна позитивна кретања на тржишту рада, а незапосленост у читавом посматраном периоду показује тренд опадања, незапосленост у Србији и даље представља велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада.
  6. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 67. место у свету. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
  7. Ризик од сиромаштва или социјалне искључености изразито је висок и знатно је изнад просека земаља чланица Европске уније.
- Расходи за здравствену заштиту у периоду 2011–2015. година показују релативну стабилност. У последњој посматраној години, укупни расходи за здравствену заштиту нижи су него претходне године, како у динарском износу, тако и индексирано у еврима, са изузетком приватних расхода који су једини исказали благи раст (динарске вредности). Издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа приближно су на нивоу просека Европске уније и за здравствену заштиту Србија, релативно посматрано, издваја више од низа 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 2016. години, код 18,6% забележена је физичко-хемијска, а код 8% микробиолошка неисправност. У јавним водоводима градских насеља физичко-хемијска неисправност је забележена код 10,6%, а микробиолошка неисправност код 3,6% испитиваних узорака. Када је реч о физичко-хемијској неисправности вредности су нешто ниже, а код микробиолошке неисправности нешто више него претходне године.
- Временски тренд испитивања намирница на параметре здравствене исправности за период 2012–2016. година указује и на пад броја узорака намирница домаћег порекла испитиваних на параметре физичко-хемијске и пад броја узорака пореклом из увоза испитиваних на параметре микробиолошке исправности. Исти период обележило је опадање опште неисправности контролираних намирница.
- 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, одсуствовања са посла, 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 не представљају данас већи здравствени проблем у Србији.

- Тренд пада оболевања од туберкулозе у Републици Србији се одржава и током 2016. године, али се бележи и континуиран пад стопе успеха лечења туберкулозе. Имајући у виду непромењен удео броја умрлих, прекинутих и неуспешних лечења а пораст броја оболелих којима није евидентиран исход лечења у последих пет година, смањење стопе успеха лечења је у највећем делу резултат недовољно ажурног вођења регистра оболелих.
- Имајући у виду епидемиолошке карактеристике и значајан степен стигматизације, па и дискриминације особа инфицираних HIV-ом у друштву, постоји 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 недијагностиковања, 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, доприносе незадовољавајућем обиму раног дијагностиковања особа инфицираних HIV-ом 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 2012. до 2016. 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 2012. до 2016. 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 2012–2016. 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 2012–2016. година, однос извађених и пломбираних показује негативан тренд, док је у стоматолошкој здравственој заштити одраслих тај однос нешто повољнији.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2016. 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 2016. 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 и старачка катаракта.
- Вредности стопе хоспитализације (19,2 на 100 становника), заузетости болничких постеља (67,77%) и просечна дужина хоспитализације (7,6 дана),

иако имају нешто боље вредности него претходне године, указују на недовољну искоришћеност болничких капацитета.

- Просечан број лекара на 100.000 становника у 2016. години у Републици Србији износио је 284, са најнижом вредношћу у Сремском округу (186 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (388 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, укључујући и већу доступност тестирања кључним популацијама под повећаним ризиком у циљу раног дијагностиковања и укључивања на лечење које доприноси редукцији оболевања и умирања од AIDS-а, као и редукцији преноса HIV-а на друге особе;
- Спроводити континуирану доедукацију здравствених радника на тему значаја спровођења дефинисаног свеобухватног надзора над заразним болестима, укључујући и надзор над HIV инфекцијом/AIDS-ом, туберкулозом 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”;
- ✓ имплементирањем 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, неопходно је урадити евалуацију ових програма и стратегија, утврдити шта је реализовано и разлоге евентуалне нереализације одређених активности, како би се могло приступити изради нових за наредни период.