

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



---

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**

**ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ  
ЗА 2010. ГОДИНУ**

---

**Београд 2011.**

## Садржај

Демографски показатељи

Социјално-економски показатељи

Здравствено стање

**Морбидитет регистрован у примарној здравственој заштити**

**Морбидитет регистрован у стационарној здравственој заштити**

**Смртност становништва**

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

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

**Оболевање и умирање од заразних болести**

Коришћење здравствене заштите

- Примарна здравствена заштита
- Болничка здравствена заштита

Животна средина и здравље

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

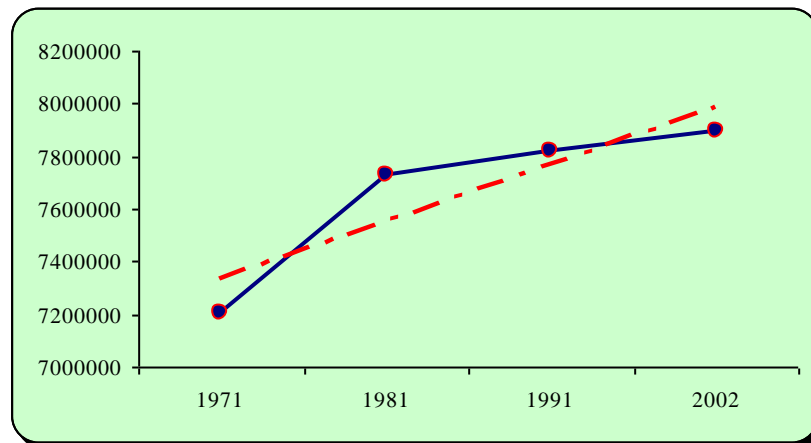
Закључци

## 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 стални пораст броја становника који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (графикон 1). Подаци Пописа за 2012. годину нису анализирани, јер нису објављени коначни резултати Пописа.

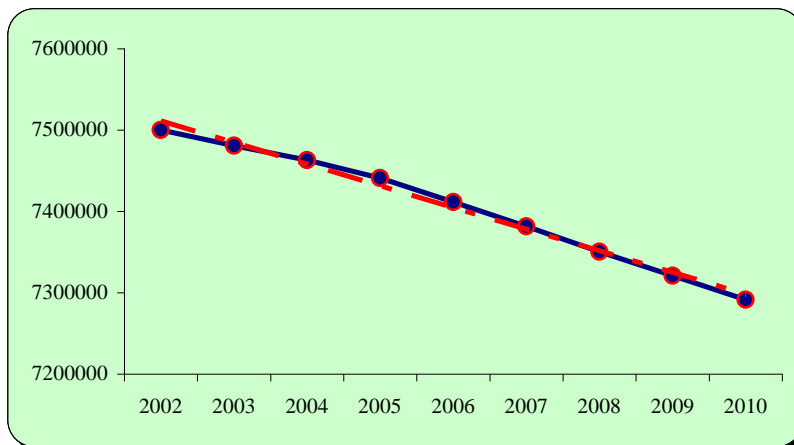
**Графикон 1.** Број становника у пописним годинама Србија, 1971–2002.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да он бележи пад у периоду 2002–2010. година (графикон 2).

**Графикон 2.** Процењен број становника, Србија, 2002–2010.



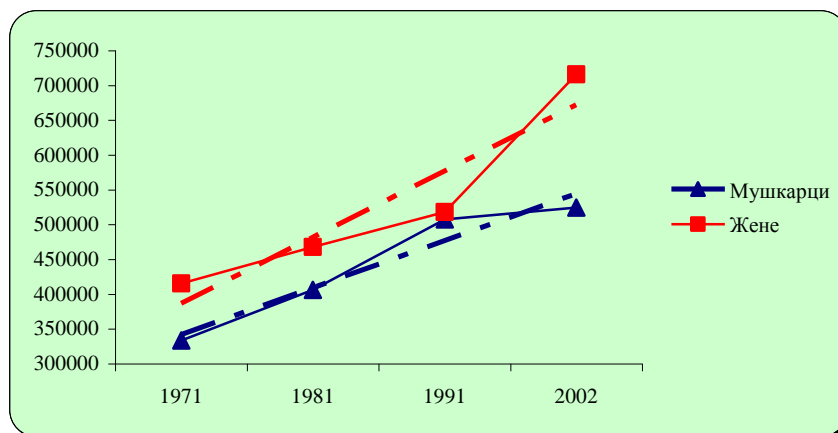
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

Када се посматра учешће становништва старијег од 65 година у укупној популацији у пописним годинама у периоду 1971–2002. године, уочава се његово повећање у односу на сваки претходни попис (графикон 3). У 1971. години учешће мушког дела популације старијег од 65 година у укупном броју мушке популације износило је 7,99%, док су жене старије од 65 година чиниле 9,72% укупне популације женског пола. То учешће је у попису 2002. повећано скоро два пута (14,39% за мушкарце и 18,58% за жене) што указује на интензиван тренд старења кроз тридесетогодишњи период посматрања.

**Графикон 3.** Број становника старијих од 65 година по полу у пописним годинама, Србија, 1971–2002.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

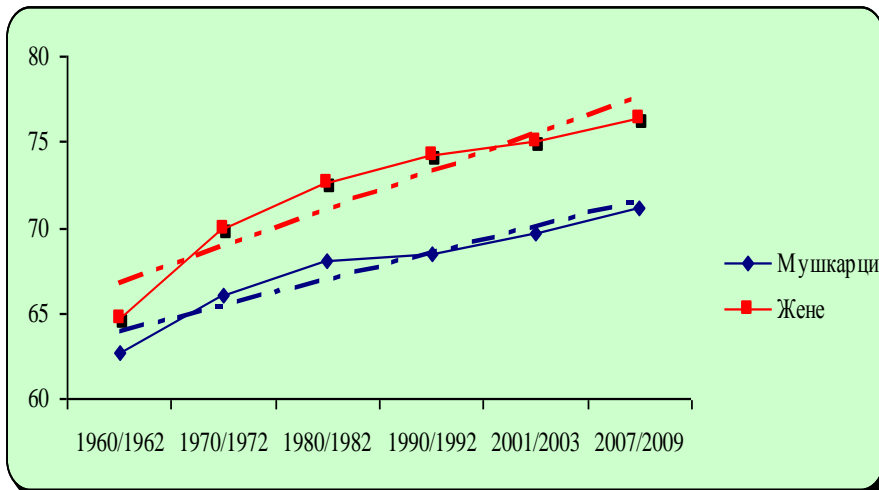
Такође, старосна структура становништва према подацима пописа из 2002. године потврђује чињеницу да је становништво Србије у тренду прогресивног старења. Наиме, становништво старије од 65 година чинило је 16,5% целокупне популације Републике Србије.

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 1960–2009. године (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2006. године

достигло 70,42 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2006. години оно бележи пораст за 11,12 година (75,82 године).

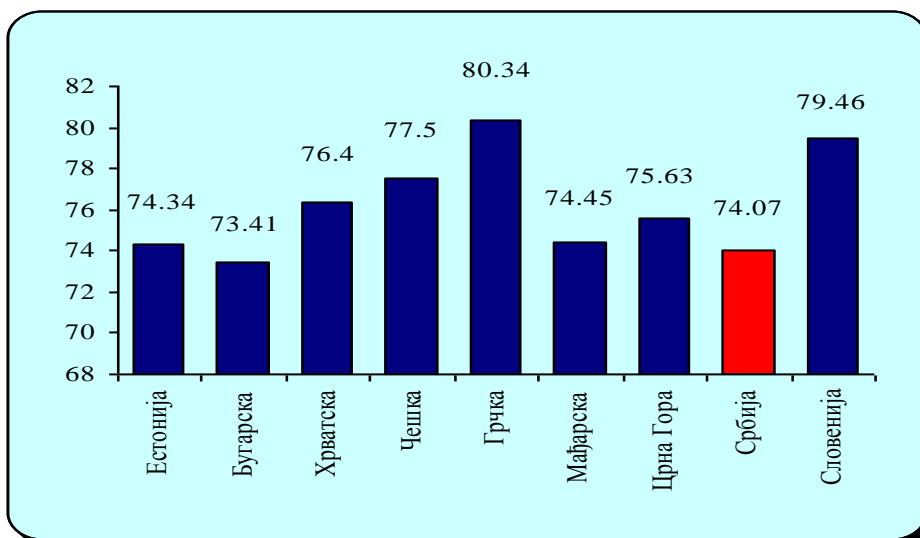
**Графикон 4.** Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2009.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У 2009. години долази до пораста овог показатеља када је он износио 74,07 година (71,1 мушкарци и 76,4 жене), чиме се Република Србија полако приближава очекиваном трајању живота у Естонији и Мађарској (графикон 5).

**Графикон 5.** Очекивано трајање живота на рођењу у Србији и изабраним европским земљама, 2009.



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

У 2010. години, просечан животни век (очекивано трајања живота на рођењу) за мушкарце је износио 71,4, а за жене 76,6 година и показао је благи раст у односу на 2009. годину када је био 76,4 године.

Најзначајнији фактори за продужење очекиваног трајања живота били су смањење смртности одојчади, као и смањење смртности од заразних болести и туберкулозе.

У природном кретању становништва Републике Србије карактеристичне су следеће тенденције:

- смањење наталитета – стопа наталитета (на 1000 становника) је са 10,4 у 2002. години смањена на 9,4 у 2010. години;
- пораст општег морталитета – стопа опште смртности (на 1000 становника) је повећана са 13,7 у 2002. години на 14,2 у 2010. години;
- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -3,3 у 2002. години на -4,8 у 2010. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – од 2002. године стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 10,1 на 7,0, колико је износила у 2009. години (табела 1), да би у 2010. години било забележено смањење вредности овог показатеља на 6,7 колико је износила 2008. године.

Табела 1. Витални догађаји, Србија, 2002–2010.

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

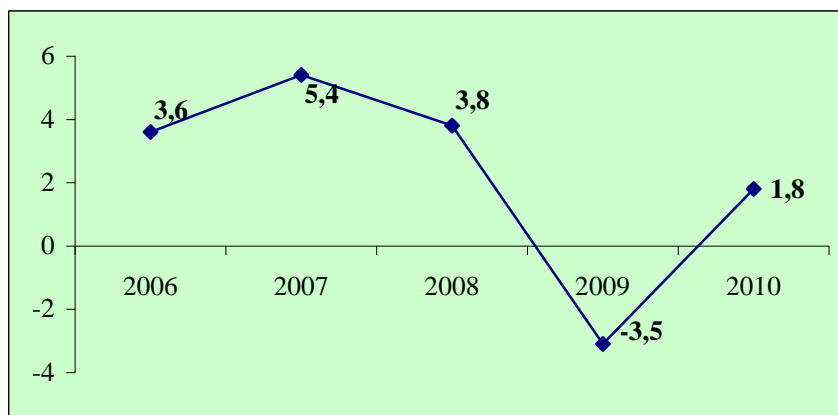
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

## СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОКАЗАТЕЉИ

Економски одговор Европске уније на светску економску кризу био је редефинисање развојних циљева кроз нову Стратегију под називом „Европа 2020: Стратегија паметног, одрживог и инклузивног раста” (усвојена на Самиту ЕУ јуна 2010. године). У складу са овом стратегијом припремљен је „Концепт развоја Републике Србије до 2020. године”. Криза је извршила велики утицај на привредни развој Србије, будући да је због знатног смањења тражње опала привредна активност, а услед смањења страних директних инвестиција успорен је привредни развој. У току 2010. године инициран је и делимично или у потпуности реализован велики број активности и мера предвиђених Акционим планом за спровођење Националне стратегије одрживог развоја за период од 2009. до 2017. године. Благи опоравак привредне активности у 2010. години није био довољан да се привреда врати на ниво из 2008. године. Међутим, развојна позиција Србије у Европи промењена је незнатно у 2010. години: Србија је са 35. дошла на 36. место Европске развојне ранг листе, са аспекта економског развоја (брuto домаћи производ исказан према куповној моћи по становнику), док је са аспекта хуманог развоја (UNDP индекс хуманог развоја) дошло до побољшања и заузимања 33. позиције.

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски агрегат, а самим тим и индикатор економског развоја и макроекономске стабилности. Он представља меру укупне економске активности свих резидентних институционалних јединица, при чему је обухваћена производња како материјалних добара, тако и свих врста услуга. Бруто домаћи производ по становнику у 2006. години износио је 3144 евра (3943 US\$), да би у 2008. години достигао 4445 евра (6498 US\$). Наредне, 2009. године, под утицајем кризе, већина привредних сектора бележи значајан пад активности и укупна стопа привредног раста је негативна (-3,5%). Према проценама, стопа раста бруто домаћег производа у 2010. години у Србији била је 1,8% (графикон 6). Овај раст заснован је пре свега на расту извозне тражње и инвестиционе потрошње. Бруто домаћи производ по становнику процењен је на 3958 евра (5257 US\$) у 2010. години.

**Графикон 6.** Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2006–2010.

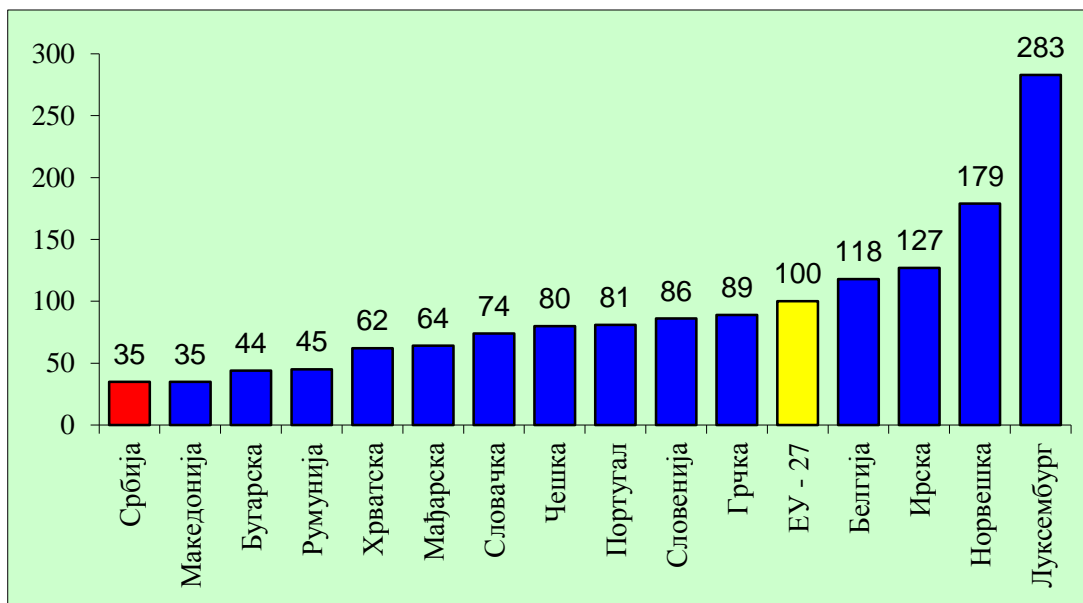


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

Након читаве деценије, практично без изузетка позитивних стопа раста, под утицајем светске економске кризе у 2009. години су све земље Европе, изузев Пољске, забележиле негативну стопу раста реалног бруто домаћег производа. Ове стопе раста у 2010. години поново постају позитивне (просек Европске уније је 1,8%, идентично Србији). Земље у нашем окружењу имају и даље претежно негативне стопе раста. Међутим, Србија је међу неразвијенијим земљама и њен економски положај у односу на европско окружење боље репрезентује податак да бруто домаћи производ Србије износи свега 0,2% БДП ЕУ-27. Даље, у бруто домаћем производу земаља Југоисточне Европе Србија учествује са свега 6% (обим економије ових земаља је свега 3% економије ЕУ-27). Пет такозваних великих европских економија (Немачка, Француска, Велика Британија, Италија и Шпанија) чине преко 70% укупне економије ЕУ-27.

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2010. години износи свега 35 индексних поена просека Европске уније (графикон 7).

**Графикон 7.** Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2010. (ЕУ-27 = 100)



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

Посматрано према конкурентности (индекс глобалне конкурентности – GCI), Србија је на 96. позицији од 139 земаља света. У односу на 16 транзиционих земаља централне и југоисточне Европе, Србија се налази на претпоследњем, 15. месту, при чему од 2008. године, која се поклапа са почетком финансијске кризе, Србија губи своју позицију како апсолутно (пад просечне оцене конкурентности), тако и релативно. При томе овај композитни индекс конкурентност дефинише као



скуп институција, политика и фактора који одређују ниво продуктивности једне земље и степен развоја који може бити остварен.

Спољни дуг Србије је у односу на 2009. годину већи за 5,6 процентних поена, тако да је у 2010. години достигао 83,5% бруто домаћег производа (прелазећи границу од 80%, према критеријумима Светске банке, ушли смо у категорију високо задужених економија). Највећи утицај на пораст овог показатеља имали су раст спољног дуга јавног и банкарског сектора.

Јавни дуг Србије у 2010. години порастао је на 41,4% бруто домаћег производа (већи је за 8,5 процентних поена у односу на претходну годину).

Фискални дефицит благо је повећан у односу на претходну годину и износи -4,6% бруто домаћег производа у 2010. години.

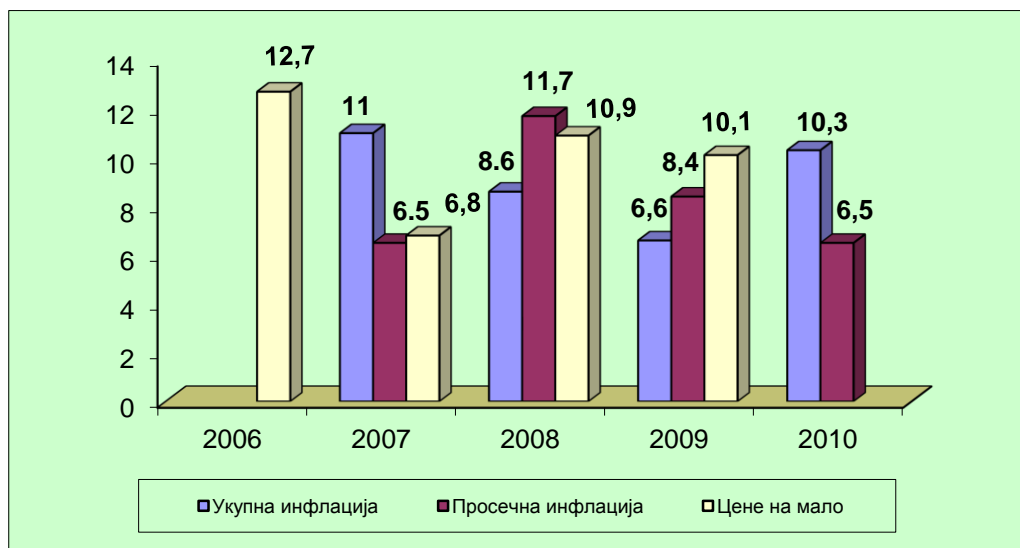
Стране директне инвестиције изражене као проценат бруто домаћег производа у континуираном су и израженом опадању у посматраном периоду и у 2010. години износе 3% БДП-а.

У 2010. години забележен је и дефицит текућег рачуна платног промета од -7,3% бруто домаћег производа.

У посматраном петогодишњем периоду, 2006–2010. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз изражену осцилацију стопе инфлације. Умеренијем расту инфлације у односу на претходни петогодишњи период значајно су допринеле рестриктивна фискална и монетарна политика, као и кредитни аранжмани Србије са Међународним монетарним фондом. У складу са „Споразумом о циљању (таргетирању) инфлације”, којим су утврђени основни принципи сарадње и координације монетарне и фискалне политике, Влада РС и Народна банка Србије сачињавају „Меморандум о утврђивању циљане стопе инфлације”. Влада је у 2010. години спроводила чврсту фискалну политику кроз смањење јавне потрошње. Зараде у јавном сектору биле су замрзнуте на номиналном нивоу из децембра 2008. Године. Са своје стране Народна банка Србије је у 2010. години спроводила рестриктивну монетарну политику усмерену на одржавање релативне стабилности номиналног курса динара према еврџу.

У 2010. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је 10,3%, што је било изнад горње границе дозвољеног одступања од циља за 2010. годину ( $6\pm 2\%$ ). До прекорачења је дошло првенствено због повећања цена пољопривредних производа (17,4%), али и због ефеката депресијације на базну инфлацију (раст базне инфлације у 2010. години био је 8,8%), као и због повећања регулисаних цена (12%). Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2010. години износио је 6,5% (графикон 8).

**Графикон 8.** Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан) и просечни годишњи раст цена на мало, Србија, 2006–2010.

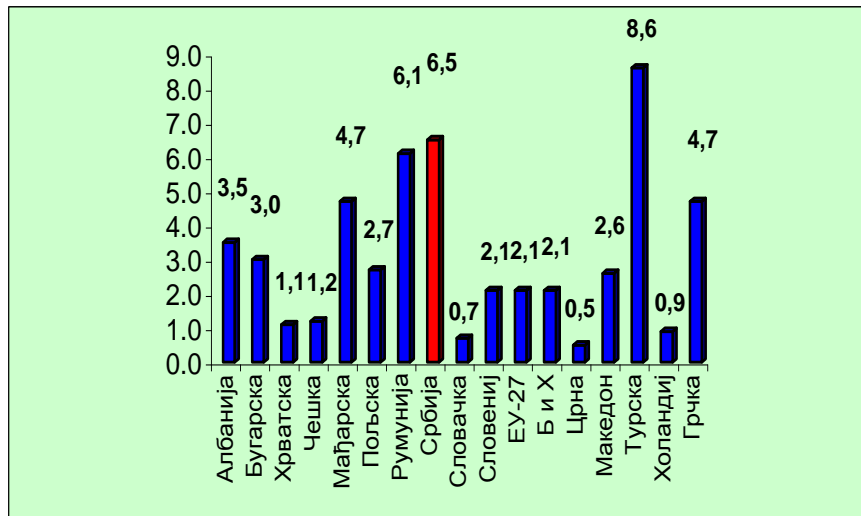


Извор података: Републички завод за статистику Србије

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

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније. Међутим, постоје и велике разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У односу на земље из окружења, изузев Румуније, Србија такође има знатно вишу стопу инфлације (графикон 9).

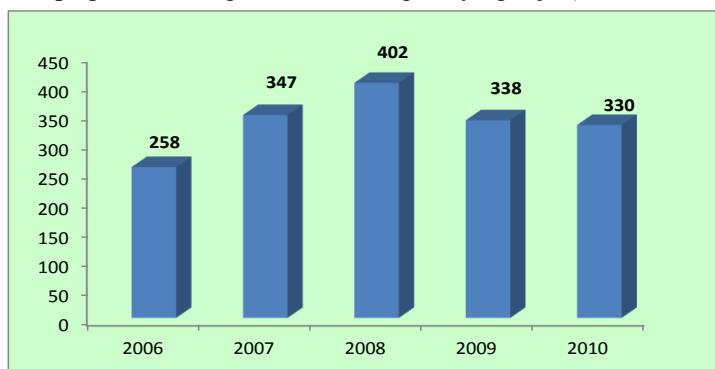
**Графикон 9.** Инфлација (%) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2010.



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

У посматраном петогодишњем периоду (2006-2010.), просечне бруто зараде бележе пораст у свакој посматраној години. Овај раст био је веома интензиван на почетку периода, а изразито успорен у 2008. години, да би у 2009. и 2010. години стопа раста просечних бруто зарада била испод 1%, следствено рестриктивној фискалној политици Владе (која је укључила мере замрзавања плата у јавном сектору, као и пензија, што је обезбедило и смањење јавне потрошње). До 2008. године раст просечних бруто зарада већи је од раста бруто домаћег производа по запосленом. У 2010. години просечна нето зарада у Србији износила је 34.142 динара, што је благи пад у односу на претходну годину, индексирано у еврима (графикон 10).

**Графикон 10.** Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2006–2010.



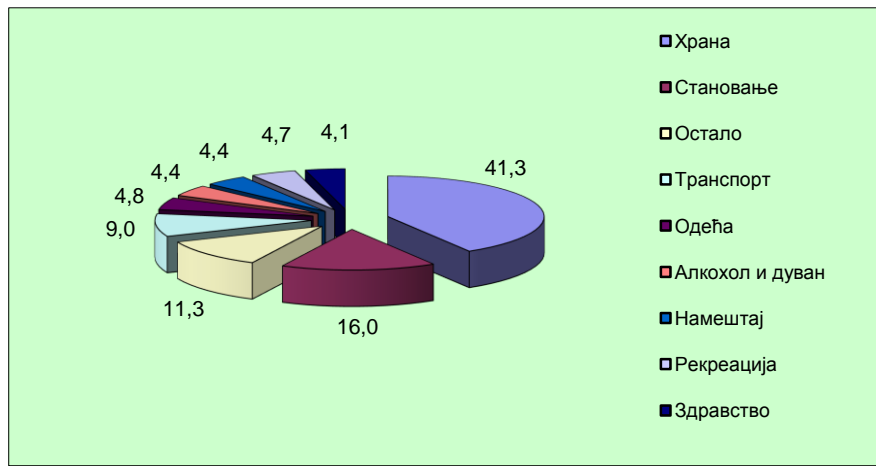
Извор података: Републички завод за статистику Србије

У односу на земље у окружењу, просечне нето зараде у Србији су 2010. године биле веће него у Бугарској (259 евра), на приближно истом нивоу са зарадама у

Румунији и Македонији, а ниже од зарада у Босни и Херцеговини (412 евра), Мађарској (486 евра) и нарочито Хрватској (720 евра) и Словенији (967 евра).

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинстава, као и пензије као основни социјални трансфер становништву (просечне пензије износиле су у 2010. години 60% просечне нето зараде), продукују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинстава, као и њену структуру по намени. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2010. години износила је 42.448 динара. У структури личне потрошње домаћинстава у 2010. години највеће учешће имају издаци за исхрану (41,3%), следе их трошкови становања (16,0%) док су расходи за здравствену заштиту 4,1 % (графикон 11).

**Графикон 11.** Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2010.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

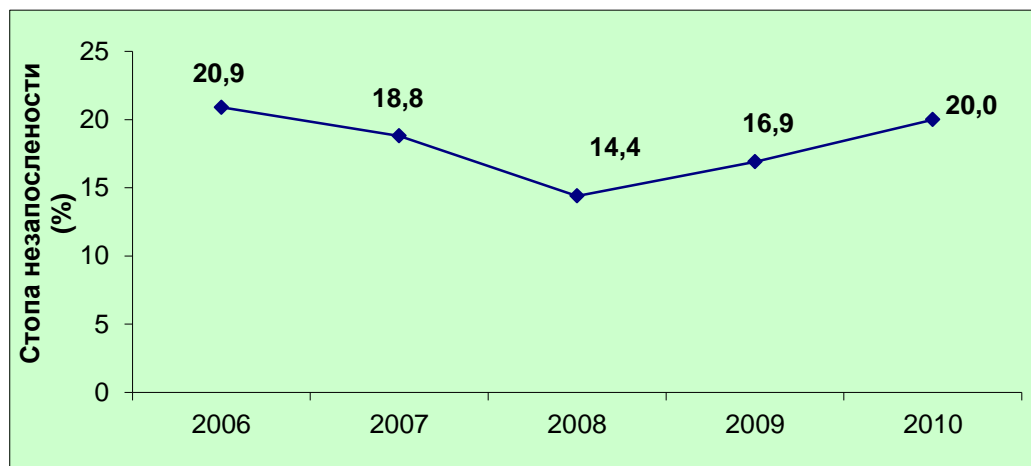
Незапосленост у Србији представља велики привредни и друштвени проблем, наслеђен из предтранзиционог периода, а даље продубљен кроз процесе својинске трансформације, реструктурирања предузећа и кризу у 2009. години. При томе, тржиште рада у Србији показује дуалност – један број запослених има високу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

Настављена је тенденција пада броја запослених, тако да је укупан број запослених према Анкети о радној снази у 2010. години 2.396.244. Стопа запослености се тако са 50% у 2009. години смањила на 47,2% запослености становништва радног узраста у 2010. години. У односу на земље у окружењу, стопа запослености лица радног узраста виша је у односу на Македонију (43,5%), али је нижа у односу на читав низ других земаља. У Словенији је стопа запослености чак 66,2%, док је просек за 27 земаља Европске уније 64,2%. Стопе запослености жена, младих (15-24 године) и старијих радника (55-64 године) у Србији такође су знатно ниже у поређењу са земљама Европске уније.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у укупном становништву радног узраста (15–64 године) у паду је у посматраном периоду и 2010. године износи 59%. Србија има највишу стопу неактивности становништва (41%) у поређењу са Европском унијом (28,7%) и земљама у окружењу.

Стопа незапослености, као базични индикатор тржишта рада, под утицајем светске економске кризе почиње да расте (графикон 12). Нагли пад у 2008. години може да се припише измени методологије обрачуна у Анкети о радној снази, ради усаглашавања са међународном. У 2010. години стопа незапослености становништва радног узраста достигла је 20%. То је знатно више у односу на просек Европске уније и у односу на посматране земље у окружењу, са изузетком Босне и Херцеговине (графикон 13). Укупан број незапослених у 2010. години повећан је тако на 568.723 лица. Слична су кретања и када се посматра стопа незапослености мушкараца и жена (21%). Стопа незапослености значајно опада са годинама старости, са тенденцијом повећања јаза. Она је највећа код најмлађе старосне групе (15-24 године) где, изражена као процентуално учешће незапослених младих у активном становништву посматране старосне групе, износи 46,2%. Све већи број младих је незапослен или недовољно запослен, на повременим и несигурним, слабо плаћеним и нискоквалификованим пословима, у нелегалној економији, без изгледа за професионално напредовање.

**Графикон 12.** Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2006–2010.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

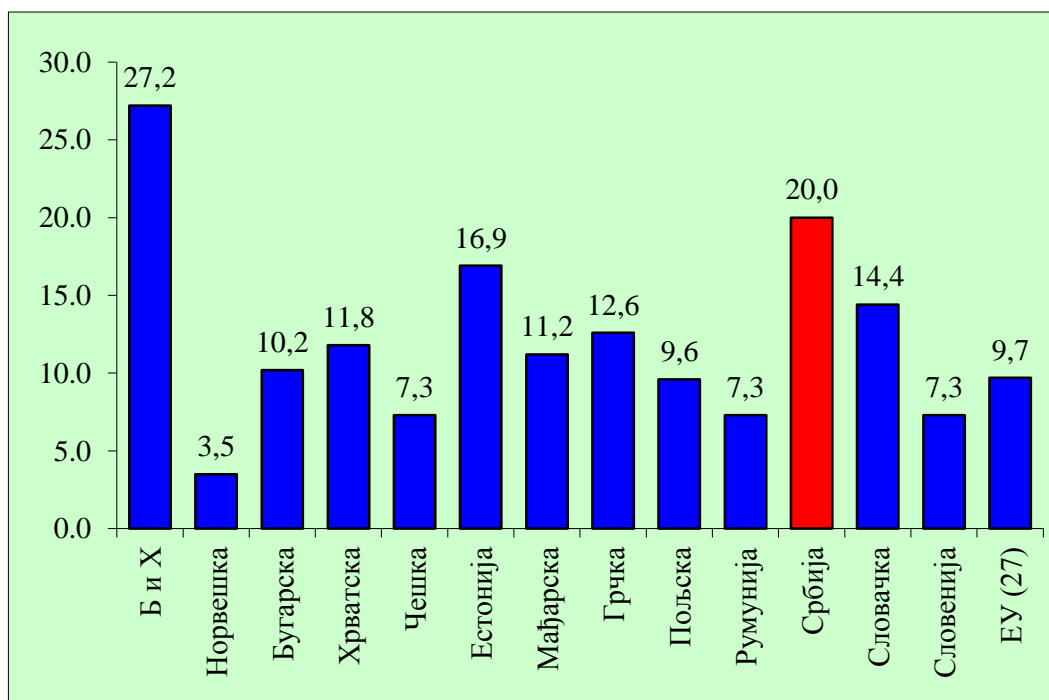
Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2010. години, кроз њене три димензије:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву старом 15 и више година, која износи 13,3%. То је

знатно више од просека Европске уније (3,8%) и земаља у окружењу. Овај показатељ указује на висок степен социјалне искључености.

2. Процентуално учешће дугорочне незапослености у укупној је 69,1% (просек Европске уније је 40,9%, док се у земаљама у окружењу ово учешће креће у распону од 32,3% у Пољској до 84,4% у Македонији).
3. Укупна стопа веома дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 24 и више месеци на запослење у укупно активном становништву је 9,5%, са тенденцијом повећања (7,9% у 2009. години). Просек Европске уније је 1,8%, а од земаља у окружењу најнижу стопу веома дугорочне незапослености има Румунија (0,9%), а највишу Словачка (5,5%). Ова стопа далеко је важнија од стопе укупне незапослености, са социјалног и психолошког аспекта (указује на ризик од западања у стање безизлазности и обесхрабрености за даље тражење запослења и ситуације социјалне искључености).

**Графикон 13.** Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земаљама, 2010.



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

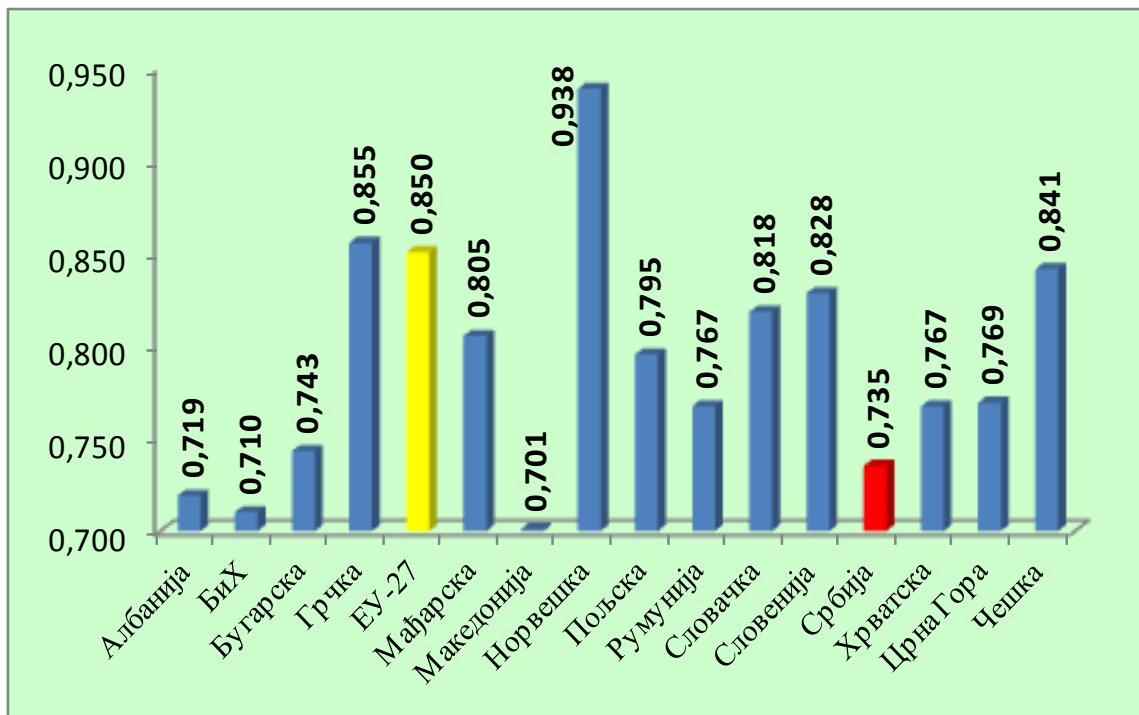
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја, који се систематски прати већ четири деценије. Индекс хуманог развоја (HDI индекс), сложени показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја, изражава просечна достигнућа земље у домену здравља, образовања и животног

стандарда – мереног величином бруто националног дохотка по становнику по куповној моћи (распон индекса је 0 до 1, а вредности ближе јединици показују виши квалитет живота). У посматраном временском периоду он је у сталном порасту у Србији. Међутим 2010. године долази до промене методологије израчунавања, што је резултирало у нижој вредности индекса и отежало компарацију са претходним годинама.

Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја (у 2010. години вредност HDI индекса је 0,735). Унапређењу хуманог развоја у посматраном периоду допринели су сви подиндекси, а највише економски (раст куповне моћи) и раст очекиваног трајања живота. Тако су у 2010. години вредности компоненти HDI индекса следеће: очекивани животни век 74,4 године, просечна дужина школовања 9,5 година, очекивана дужина школовања 13,5 година и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 10.449.

Према вредности индекса хуманог развоја Србија је на 60. месту у свету, 33. месту у Европи и 7. месту међу земљама у окружењу (ниже вредности имају Македонија, Босна и Херцеговина и Албанија). Србија има знатно нижу вредност HDI индекса и у односу на просек Европске уније (графикон 14).

**Графикон 14.** Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним земљама, 2010.



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

Вишеструка ускраћеност домаћинстава у области образовања, здравства и животног стандарда прати се од 2010. године преко новог композитног индекса – индекса вишедимензионалног сиромаштва (MPI индекс). Вредност индекса вишедимензионалног сиромаштва је у Србији 0,003. У Србији је 0,8% становништва погођено вишеструком ускраћеношћу, што је повољнија ситуација у

односу на нпр. Македонију, Хрватску и Црну Гору. Додатних 3,6% становништва осетљиво је на вишеструку ускраћеност. Ширина ускраћености (интензитет депривације) је у Србији 40%. (реч је о просечном проценту ускраћености особа погођених вишедимензионалним сиромаштвом). При томе испод линије сиромаштва, која износи 1,25 PPP US\$ дневно, живи мање од 2% становништва.

У посматраном периоду порастао је број апсолутно сиромашних лица у Србији, са 652.218 на 670.812 лица. Обим сиромаштва почиње да расте након 2008. године, под утицајем пада економске активности, заустављања раста запослености и зарада и повећања незапослености (као кључног генератора сиромаштва и социјалне искључености). У 2010. години 9,2% становништва налази се испод апсолутне линије сиромаштва од 8.544 динара по потрошачкој јединици месечно, за разлику од 6,9% у 2009. години.

Узроци сиромаштва су истовремено и узроци маргинализације појединаца и друштвених група, у смислу ускраћивања могућности њиховог учешћа у редовним социјалним активностима (чији је важан сегмент и здравствена заштита). Међународна је и национална интенција постепени прелазак са концепта смањења сиромаштва на концепт социјалне укључености. Друштвена укљученост дефинише се као процес који омогућује да они који су у ризику од сиромаштва и друштвене искључености добију могућност и средства која су потребна за пуно учешће у економском, друштвеном и културном животу и постизању животног стандарда и благостања који се сматрају нормалним у друштву у којем живе. У складу са тим, а у циљу квантификовања социјалне искључености, прате се Лекен индикатори.

Један од Лекен индикатора је и GINI коефицијент. Вредност GINI коефицијента, збирне мере обима до којег се стварна расподела прихода разликује од хипотетичке у којој свака особа има идентичан удео, у 2010. години у Републици Србији је 28,2. Како индекс 0 показује стање апсолутне једнакости, пад овог коефицијента у односу на претходну годину показује смањење у неједнакости међу домаћинствима. То у ствари значи да су економска криза и погоршање показатеља запослености и сиромаштва довели до повећања „једнакости у сиромаштву”. Државама са традиционално ниским нивоом GINI коефицијента, као што су скандинавске земље, приближили смо се тако не смањењем нивоа сиромаштва, већ опадањем „богатства”.

Стопа ризика од сиромаштва (пре социјалних трансфера), дефинисана као учешће лица чији је доходак по потрошачкој јединици мањи од 60% медијане националног дохотка, износила је 2009. године 19,1% (17,7% после социјалних трансфера, при чему се примећује њихова растућа улога у редуковању сиромаштва). Ове стопе су на нивоу ЕУ-27 износиле 25,1 и 16,3%, што сведочи и о великој улози социјалних трансфера у земљама Европске уније. Највише су ризику била изложена деца до 18 година, неактивна и незапослена лица.

Релативна линија сиромаштва за појединца, тзв. праг ризика од сиромаштва, повећан је на 12.828 динара месечно за једночлано домаћинство у 2009. години (26.939 динара за четворчлано домаћинство).

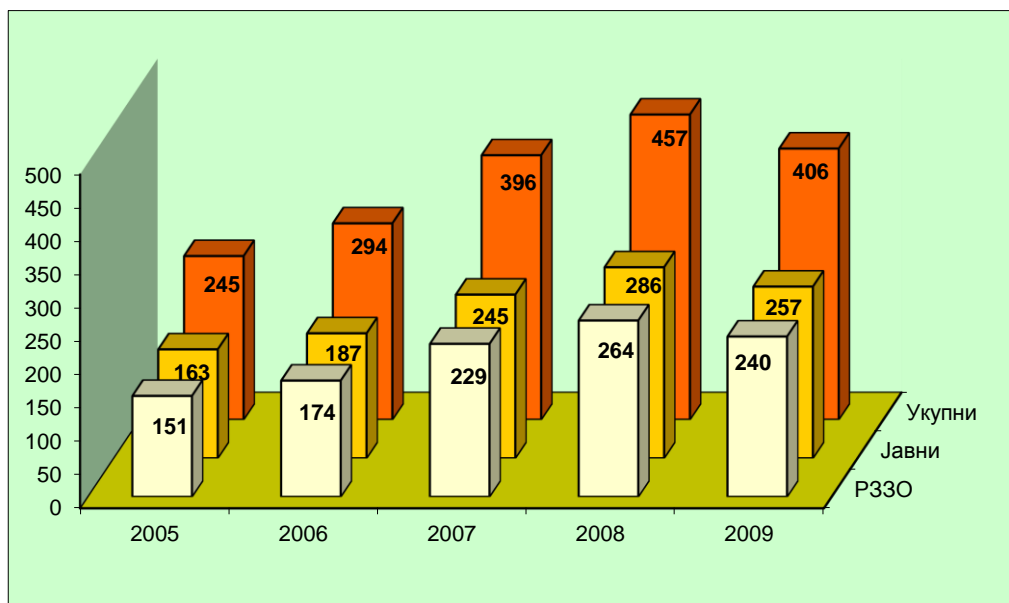


Стопа ризика од сиромаштва је показатељ који нам не говори о томе колико је неко сиромашан. У ту сврху се користи релативни јаз ризика од сиромаштва. Он мери разлику између линије сиромаштва и медијане дохотка по потрошачкој јединици лица која су испод линије сиромаштва, а изражава се као проценат линије сиромаштва. Релативни јаз ризика од сиромаштва износио је у 2009. години 22% линије сиромаштва.

Квантилни однос (најбогатији према најсиромашнијем квантилу) је 4,7 у 2009. години, што такође сведочи о уједначавању у сиромаштву (5,8 на почетку периода, 2006. године).

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују стабилан раст у периоду 2005–2008. година, како у свом укупном износу, тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког завода за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту. У 2009. години, међутим, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, а израженијег пада курса динара према евр, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2009. години у Србији износили су 406 евра, односно 565 долара по становнику (графикон 15). Расходи учињени од стране Републичког завода за здравствено осигурање били су 240 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту износили у 2009. години 257 евра по становнику. Приватни расходи за здравствену заштиту имају у посматраном периоду вишу стопу раста од осталих, али је она у 2009. години успорена, тако да су у 2009. години износили 149 евра по становнику.

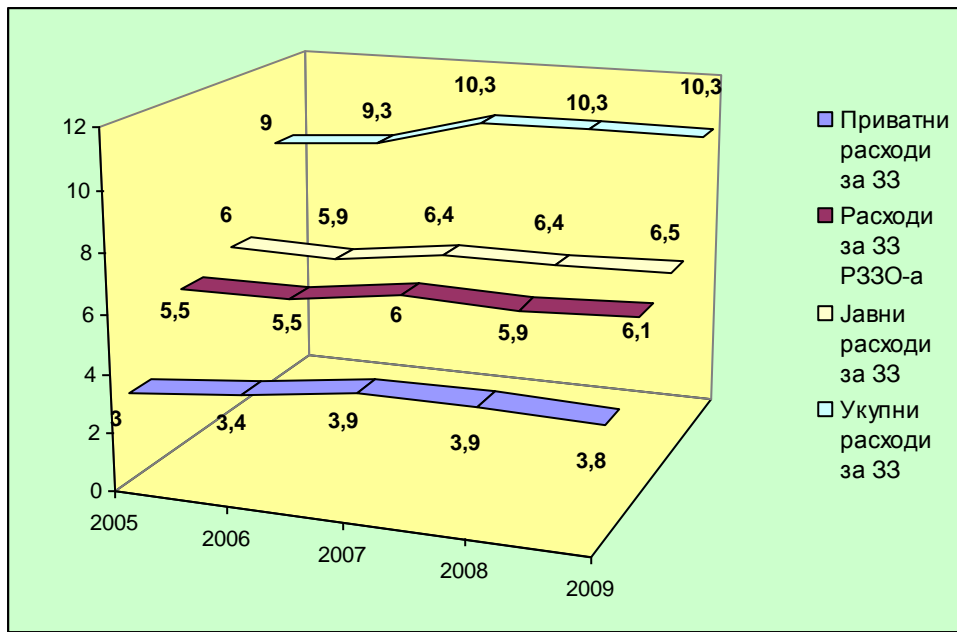
**Графикон 15.** Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2005–2009.



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

Учешће расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу показује раст у периоду 2005–2009. година (графикон 16). Своје учешће у бруто домаћем производу најбрже повећавају приватни расходи за здравствену заштиту. Приватни расходи чине 3,8% БДП у 2009. години. У истој години, учешће расхода за здравствену заштиту Републичког завода за здравствено осигурање у БДП износи 6,1%. Учешће укупних јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6,5%, 2009. године. Укупни расходи за здравствену заштиту у Србији 2009. године чине 10,3% бруто домаћег производа.

**Графикон 16.** Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2005–2009.

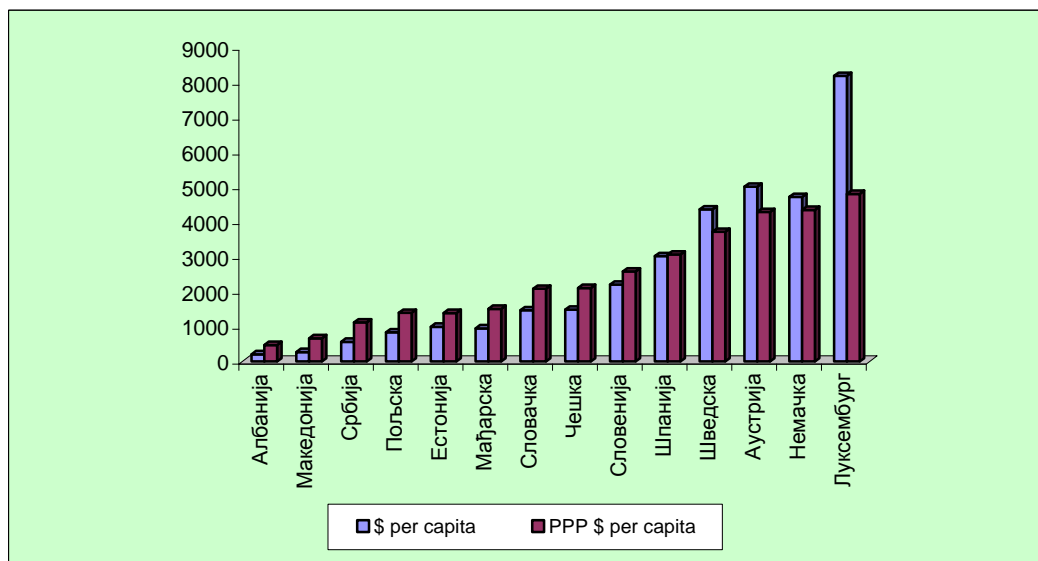


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 10,3% изнад просека Европске уније (9,88% у 2009. години), односно приближно је на нивоу Белгије, Аустрије, Шведске, Швајцарске, Италије и Норвешке, а издваја релативно више (као проценат од БДП) од низа земаља: Чешке, Естоније, Шпаније, Литваније, Луксембурга, Мађарске, Пољске, Румуније, Словеније, Словачке, Македоније, Албаније, Финске, Исланда.

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

**Графикон 17.** Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику и у доларима по куповној моћи по становнику, Србија и изабране европске земље, 2009.



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

## ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ

Здравствено стање популације у Републици Србији је резултат здравствених потенцијала становништва и изложености утицајима бројних ризика у оквиру индивидуалног и групног понашања, ризика у радној и животној средини и социоекономског окружења. Искузује се кроз показатеље здравља или одсуства болести и, још увек најчешће, кроз показатеље оболевања и умирања.

### Морбидитет регистрован у примарној здравственој заштити

У примарној здравственој заштити, односно у здравственим службама опште медицине, здравствене заштите деце, здравствене заштите школске деце, здравствене заштите жена, у медицини рада и стоматолошкој здравственој заштити у 2010. години у Републици Србији, регистровано је укупно 19.154.209 обољења, или 2.626,9 обољења на 1000 становника. Укупан број регистрованих обољења у 2010. години је на нивоу 2009. године. У службама опште медицине и медицине рада регистровано је 50,6% свих обољења у примарној здравственој заштити.

Најчешће регистроване групе болести у примарној здравственој заштити, без стоматолошке здравствене заштите, су болести система дисања са учешћем од 28,9%, фактори који утичу на здравствено стање са 14,7%, болести система крвотока са 11,0%, болести мокраћно-полног система са 7,4% и болести мишићно-коштаног система са 6,2%. Ове групе болести чине 68,3% укупног морбидитета,

док су остали узроци оболевања заступљени са 31,7% у укупном морбидитету становништва.

Редослед и структура најчешћих група болести по појединим областима примарне здравствене заштите незнатно се разликују, изузев стоматолошке здравствене заштите где доминирају болести система за варење.

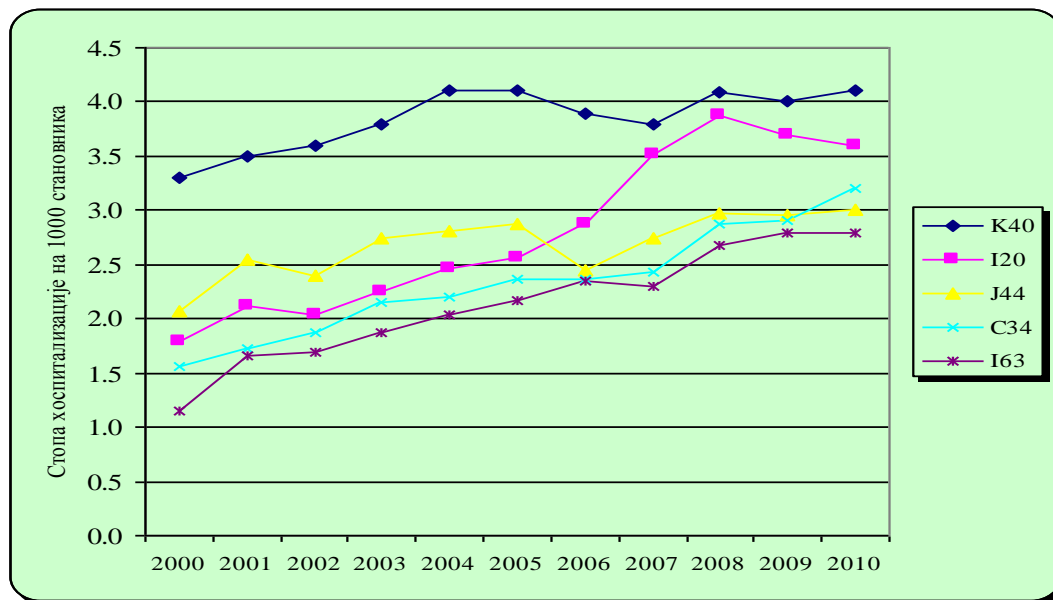
### Морбидитет регистрован у стационарној здравственој заштити

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

Посматрано према појединачним дијагнозама (уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја), најчешћи узрок хоспитализације у 2010. години био је стезање у грудима, а затим следе инфаркт мозга и шећерна болест - инсулино зависни облик.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2010. години била је препонска кила (МКБ10: К40). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца био је стезање у грудима (МКБ10: I20), а затим следе малигни тумор бронха и плућа (МКБ10: С34), друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44), и инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63). Иначе, код свих наведених узрока хоспитализације забележен је тренд повећања у периоду од 2000. до 2010. године (графикон 18).

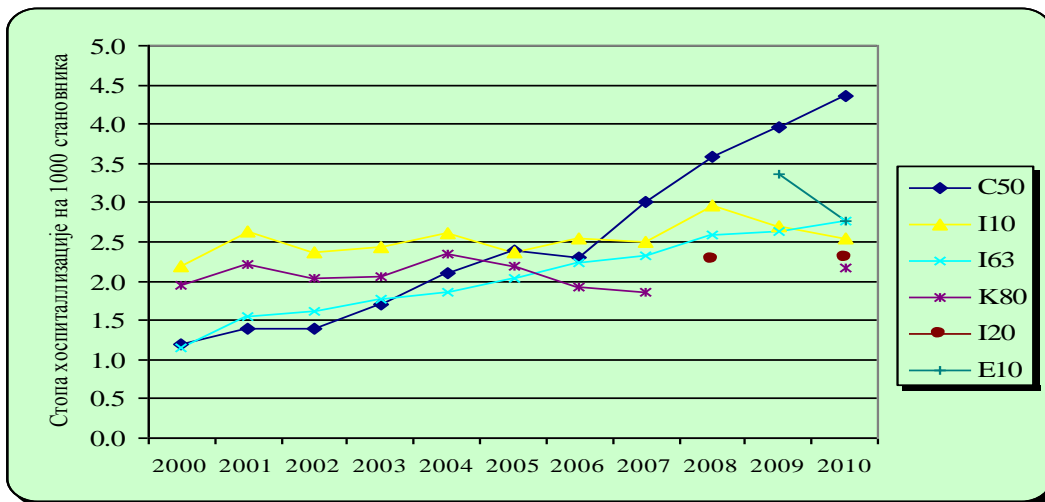
**Графикон 18.** Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија 2000–2010.



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

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2010. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: С50). Оно што забрињава је податак да се ово обољење у 2000. години није налазило на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,2 на 1000 становника. У 2007. години стопа хоспитализације од злодућног тумора дојке била је 3,0 на 1000 становника, а 2010. се попела на 4,4 на 1000 становника. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63), шећерна болест - инсулино зависни облик (МКБ10: E10), повишен крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10) и стезање у грудима (МКБ10: I20) (графикон 19).

**Графикон 19.** Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2000–2010.



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

### Смртност становништва

У Србији 2010. године, стопа умрлих на 1000 становника (општи морталитет) износила је 14,2 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 2000. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1384,2 на 100.000 становника, у 2010. години стопа смртности је порасла на 1415,5 на 100.000 становника (табела 2).

**Табела 2.** Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00-Т98) у Републици Србији, 2000–2010. година

Стопа морталитета	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Општа</b>	1384,2	1319,5	1370,8	1389,5	1397,8	1434,9	1388,2	1392,7	1397,4	1420,6	1415,5
<b>Стандардизована*</b>	723,9	678,8	671,8	719,2	700,8	694,3	654,9	642,9	627,7	607,1	595,5

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 2000. до 2010. године.

Групе болести: Болести система крвотока, Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора, као и Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, Малигни тумори су као узрок општег морталитета били у порасту, као и Болести система за дисање (табела 3).

**Табела 3.** Водећи узроци умирања у Србији, 2000. и 2010. године

Групе узрока смрти (МКБ10)	Процент (%)	
	2000.	2010.
Болести система крвотока ( I00-I99)	55,8	54,7
Малигни тумори (C00-C97)	17,4	20,5
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	8,7	4,4
Болести система за дисање (J00-J99)	4,6	4,0
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,9	3,3
Остали узроци	9,6	13,1
Укупно	100,0	100,0

### **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 (МКБ10: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ10: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ10: S00-T98), дијабетеса (МКБ10: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ10: J40-J47). Током последњих 20 година, највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и дијабетеса, односно његових компликација.

- **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 2010. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло је 25.633 мушкараца (45,4 %) и 30.819 жена (54,6%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2000. до 2010. године износила је 773,8 на 100.000 становника (табела 4).

**Табела 4.** Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ10: I00- I99), Србија, 2000–2010.

Стопа морталитета	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Општа	773,0	729,6	756,9	767,0	762,0	815,6	795,0	780,4	780,2	777,9	774,2
Стандардизована*	363,5	333,2	326,2	363,7	347,2	357,9	337,4	321,3	309,4	285,9	279,1

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 2010. години са дијагнозом АКС евидентирано 22.078 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 302,8 на 100.000 становника.

Исте године (2010) од овог синдрома у Србији је умрло 6.600 особа. Морталитет од АКС у Србији износио је 90,5 на 100.000 становника.

- **Малигне болести**

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

Према проценама Светске здравствене организације, у свету од малигнух тумора сваке године оболи 11 милиона и умре 7 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 малигних тумора.

Стопа морталитета од малигних болести повећала се у последњих једанаест година са 237,8 у 2000. години, на 289,9 на 100.000 становника у 2010. години (табела 5).

**Табела 5.** Општа и стандардизована стопа морталитета од малигних тумора (МКБ10: C00-C97) на 100.000 становника у Републици Србији, 2000–2010.

Стопа морталитета	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
Општа	237,8	238,8	247,4	252,1	259,4	265,3	272,8	276,6	279,9	287,3	289,9
Стандардизована*	131,9	130,8	131,4	134,4	136,0	137,9	140,0	139,8	140,3	141,9	142,6

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

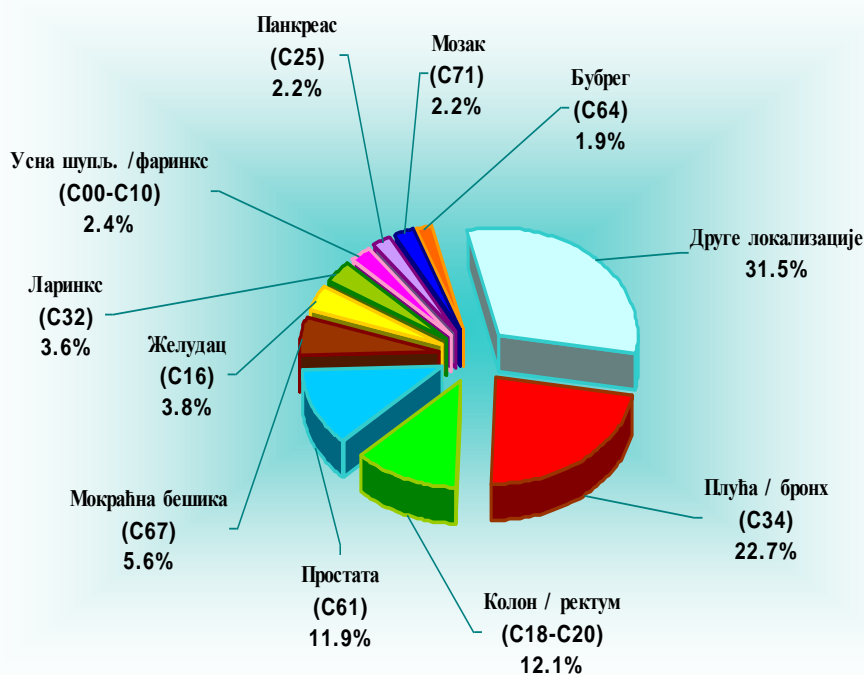
\* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2009. години, оболело је 26.653 особе од малигних тумора (14.012 мушкараца и 12.651 жена), а 15.042 особа (8.506 особа мушког пола и 6.536 особа женског пола) су умрле од рака.

У централној Србији у 2009. години, мушкарци су најчешће оболевали од малигних тумора плућа, колоне и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 20), а код жена, малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце и плућима (графикон 21).

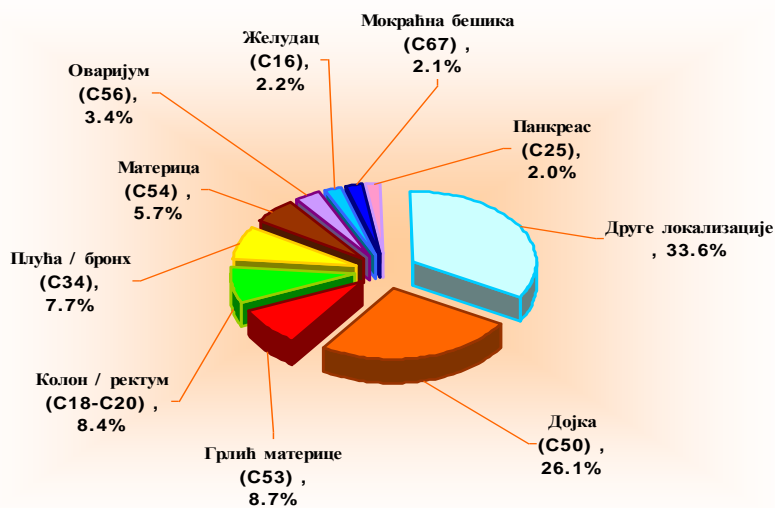
**Графикон 20.** Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код мушкараца, централна Србија, 2009.





Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

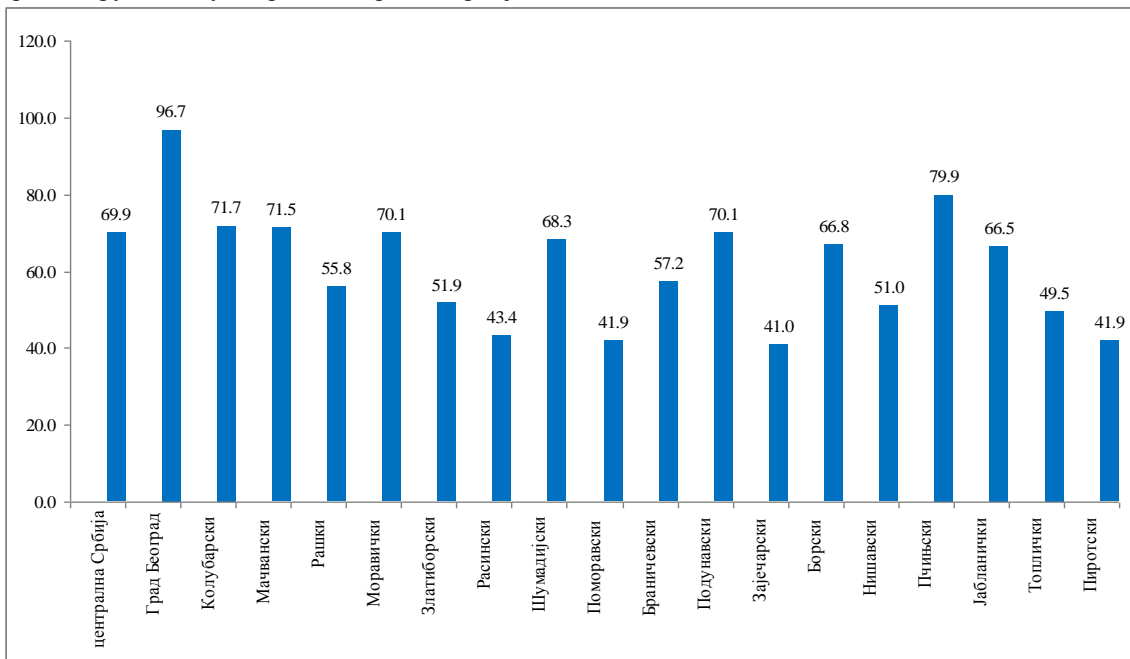
**Графикон 21.** Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код мушкараца у Граду Београду, Пчињском и Колубарском округу, а најниже у Топличком и Зајечарском округу (графикон 22.)

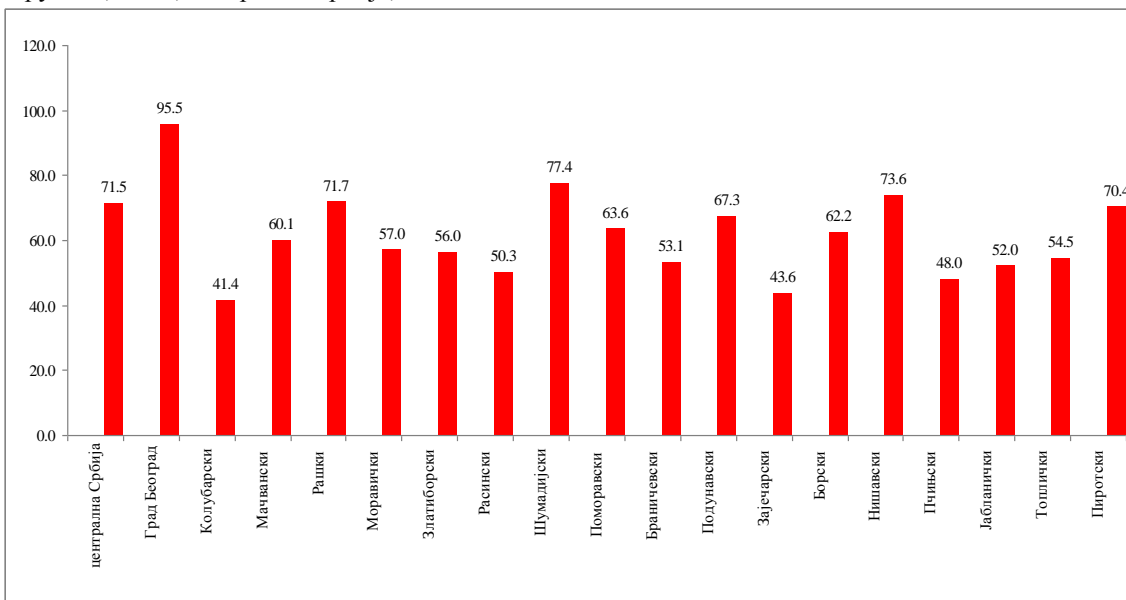
**Графикон 22.** Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код жена у Граду Београду, Шумадијском и Нишавском округу, а најниже у Колубарском и Зајечарском округу (Графикон 23.)

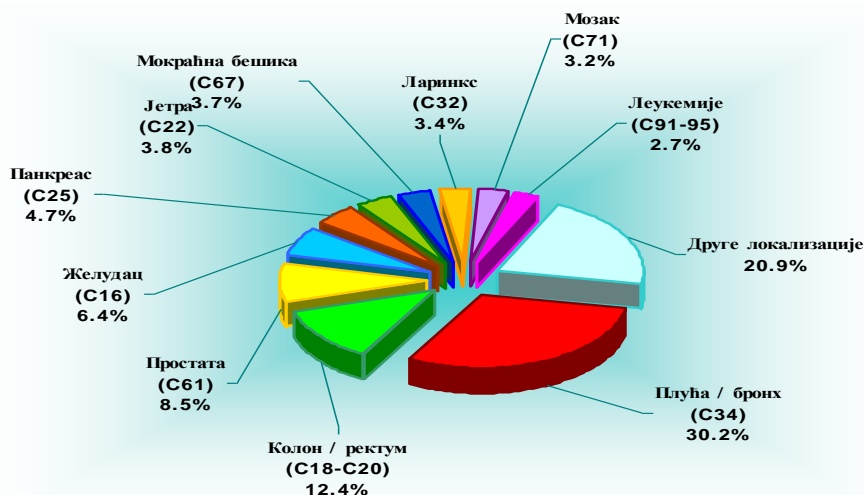
**Графикон 23.** Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

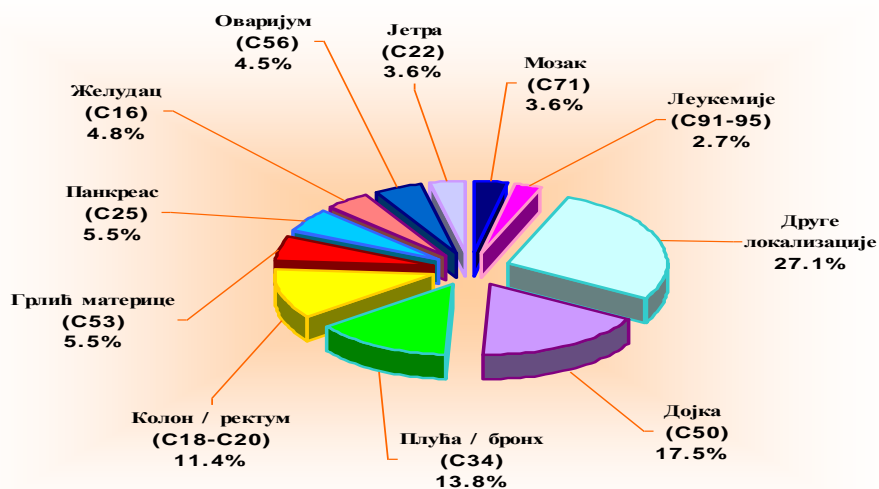
Мушкарци у централној Србији, током 2009. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и желуца (графикон 24), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и грлићу материце (графикон 25).

**Графикон 24.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

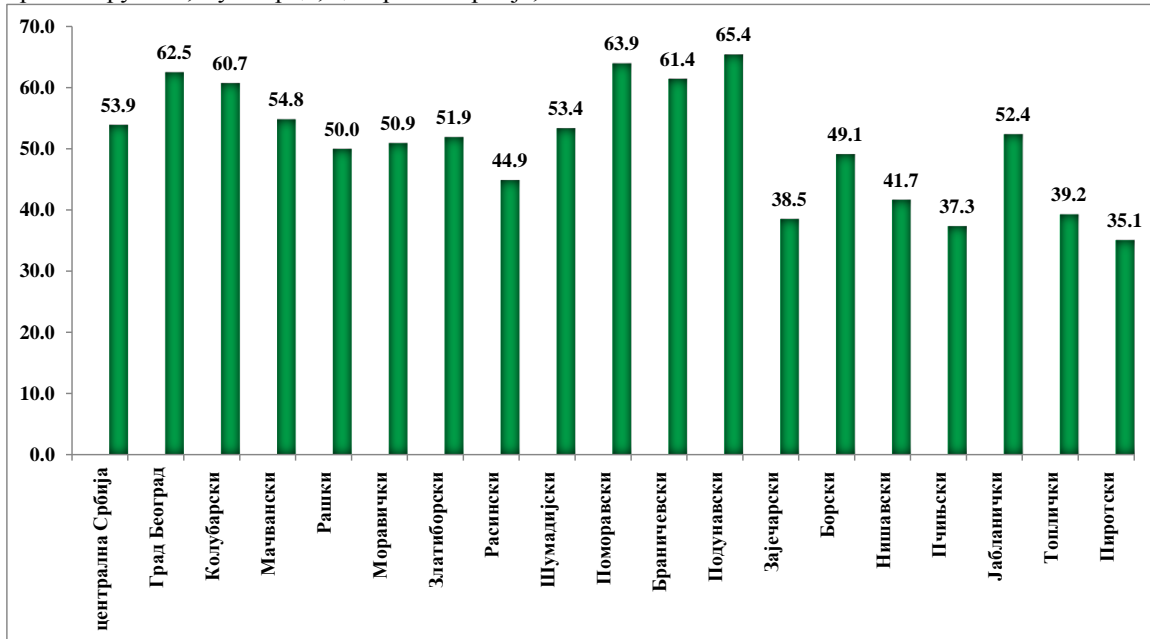
**Графикон 25.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код мушкараца у Подунавском, Поморавском округу и Граду Београду, а најниже у Пиротском и Пчињском округу (графикон 26.)

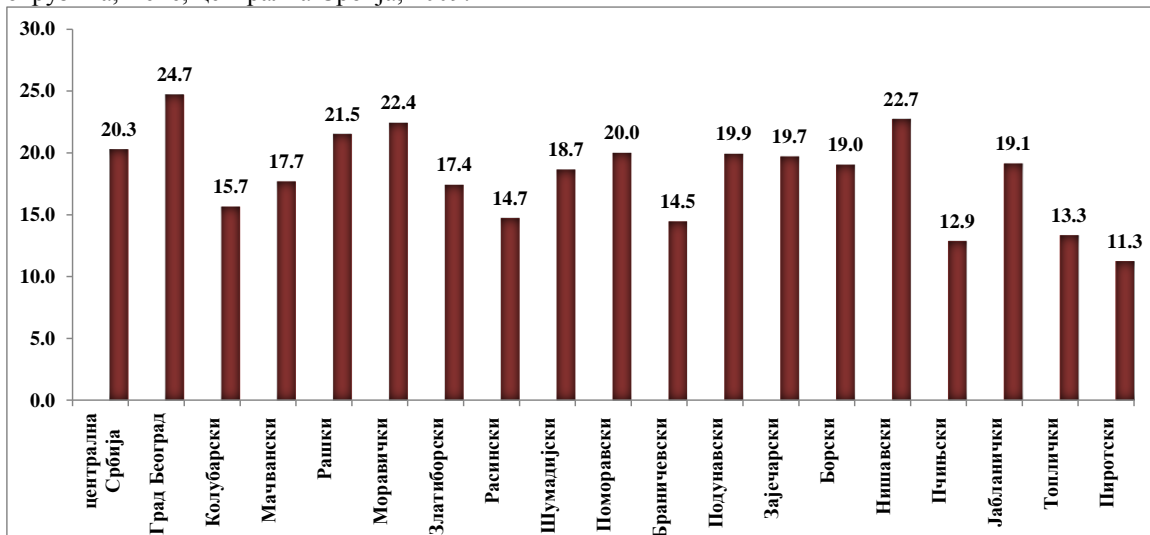
**Графикон 26.** Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код жена у Граду Београду, Нишавском и Моравичком округу, а најниже у у Пиротском и Пчињском округу (графикон 27.)

**Графикон 27.** Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2009.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2009. година

- **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. Данас у свету од дијабетеса болује приближно 230 милиона људи, а Светска здравствена организација и Међународне федерације за дијабетес, процењују да ће број оболелих од дијабетеса до 2030. године бити чак 480 милиона. Иако се највише инциденције региструју у развијеним земљама, највећи пораст оболелих очекује се у земљама у развоју.

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 33,3 у 2000. години, на 43,8 на 100.000 становника у 2010. години (табела 6).

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

Процењује се да данас у Србији са дијагнозом дијабетеса болује приближно 600.000 особа или 8,2% популације. Број особа са дијабетесом типа 2 је многоструко већи (95%) у односу на особе са дијабетесом типа 1.

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2009. години, евидентирано 290 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 16.363 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса.

**Табела 6.** Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (МКБ10: E10-E14) на 100.000 становника у Републици Србији, 2000–2010.

Стопа морталитета	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
<b>Општа</b>	33,3	31,1	34,0	35,6	34,4	34,6	34,3	40,7	42,4	41,9	43,8
<b>Стандардизована*</b>	16,4	15,0	15,5	16,3	15,2	15,2	14,7	17,2	14,7	16,9	17,6

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

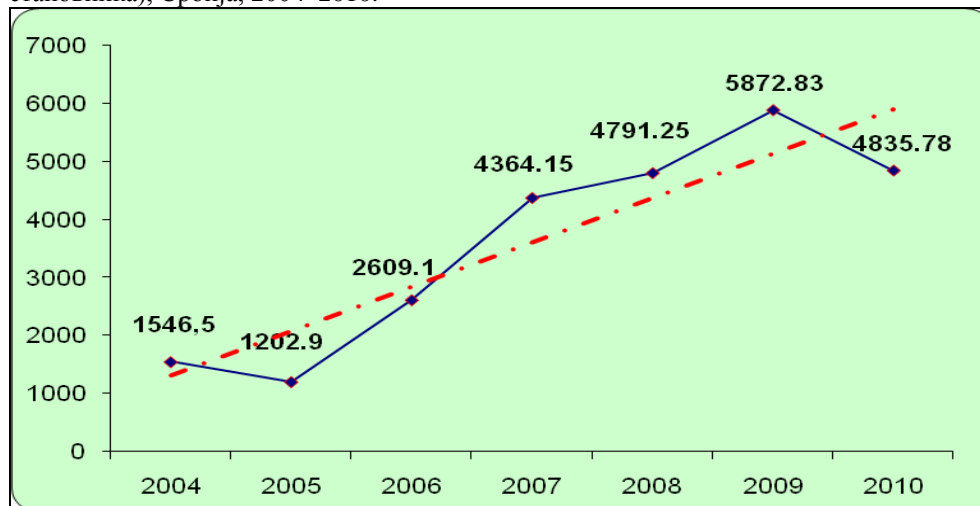
\* на популацију света

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

На територији Републике Србије у 2010. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 354.018 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 4.835,78 на 100.000 становника. У 2010. години наставља се тренд раста стопе инциденције заразних болести, посебно одређених респираторних заразних болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом (обољења изазвана бета

хемолитичким стрептококом, грип, варичела и пнеумоније). У 2010. години регистрована је нижа стопа инциденције у односу на претходну годину, као и мањи број епидемија заразних болести (више малих породичних епидемија са малим бројем оболелих), тако да се епидемиолошка ситуација у 2010. години може сматрати уобичајеном.

**Графикон 28.** Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2004–2010.



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

Светска здравствена организација је у августу месецу 2010. године прогласила престанак шесте фазе пандемије.

На основу процењене епидемиолошке ситуације, на предлог Института за јавно здравље Србије, министар здравља је септембра месеца 2010. године ставио Наредбу о проглашењу епидемије пандемијског грипа АН1Н1 епидемијом од већег епидемиолошког значаја, ван снаге.

У 2010. години пријављено је укупно 42.951 оболелих лица од инфлуенце, са инциденцијом 586,69/100.000. Доминантан вирус инфлуенце у сезони је био А(Н1).

У 2010. години лабораторијски је потврђено 100 случајева инфлуенце од којих је 27 умрло.

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

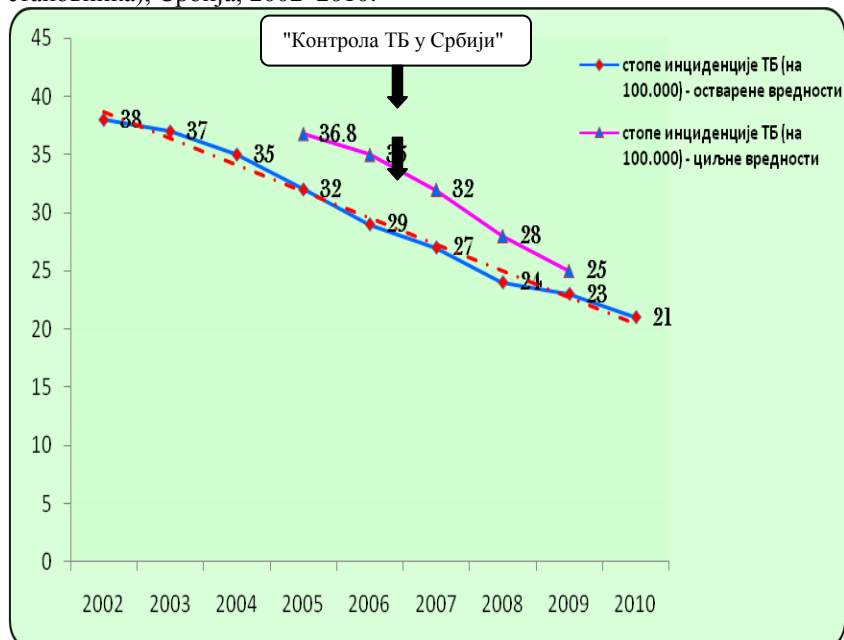
Крајем 2002. године, Министарство здравља Републике Србије иницира координисану акцију у циљу програмске здравствене заштите од туберкулозе која је за период од 2005. до 2010. године припремљена у складу са ДОТС стратегијом. 2006. године усвојена је свеобухватнија стратегија СЗО, „Стратегија за

заустављање туберкулозе“ чији је циљ да се до 2015. године значајно смањи оптерећење туберкулозом у свету.

Општи циљ пројекта “Контрола туберкулозе у Србији“ (2004. – 2009. године) је био да се оптерећење туберкулозом смањи са 37 новооболелих на 100.000 становника (подаци за 2003. годину), на вредност 25/100.000 становника у 2009. години. Овај циљ је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника (графикон 29.)

Када стопа инциденције ТБ падне испод 20/100.000, Србија ће ући у групу земаља са малим оптерећењем туберкулозом.

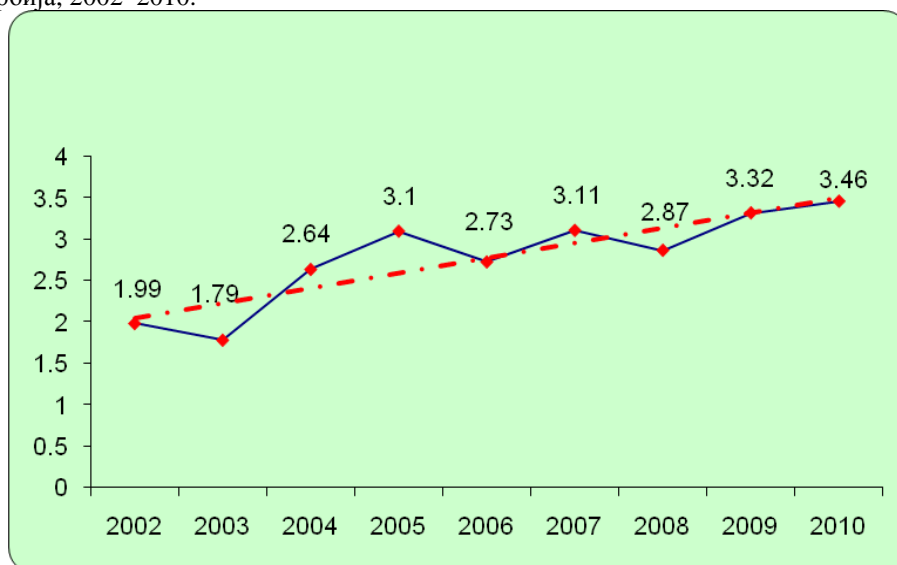
**Графикон 29.** Кретање стопе инциденције обољевања од плућне туберкулозе (на 100.000 становника), Србија, 2002–2010.



Извор података: Јединица за спровођење пројекта туберкулозе Министарства здравља

Од последица заразних болести у 2010. години је умрло 254 лица, са стопом морталитета 3,46/100.000, што је највиша вредност током посматраног периода (графикон 30).

**Графикон 30.** Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника) Србија, 2002–2010.



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



Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од септикемија ( 76случајева ), ТБЦ(38), пнеумонија (30), грипа (29) и болести НIV (26).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2010. години оболело је 77 особа, што чини 0,02% укупног оболевања од заразних болести и најмања је вредност у посматраном петогодишњем периоду. Одржава се одсуство дифтерије и хуманог беснила. Последњи случај полиомијелитиса изазваног дивљим полиовирусом у Србији регистрован је 1996. године. У Европи је 2002. године проглашена ерадикација дечије парализе и од тада се одржава статус региона/земље без полиомијелитиса. После десет година, у 2009. години регистрован је случај неонаталног тетануса. Након епидемијског јављања морбила у Војводини 2007. године, са највишом стопом инциденције у последњих пет година (2,68/100.000), регистрована је и 2010. године епидемија у ромском насељу у граду Лесковцу (0,26/100.000).

Планиране имунизације у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТПЗ) и дечије парализе (ОПВЗ) спроведене су са високим обухватом од 97,1%. Такође, ревакцинације деце у другој години живота, ревакцинације предшколске и школске деце против тетануса, дифтерије и полиомијелитиса обављене су са обухватом изнад 94%.

Обухват ММР вакцинацијом износио је 95,7%, а ревакцинацијом 98,1% (у седмој години) односно 96,7% (у 12. години).

Бележи се обухват хепатитис Б вакцином деце у првој години живота од 94,9%, а деце у 12. години живота од 75,9%.

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у 2010. години износи 96,8%.

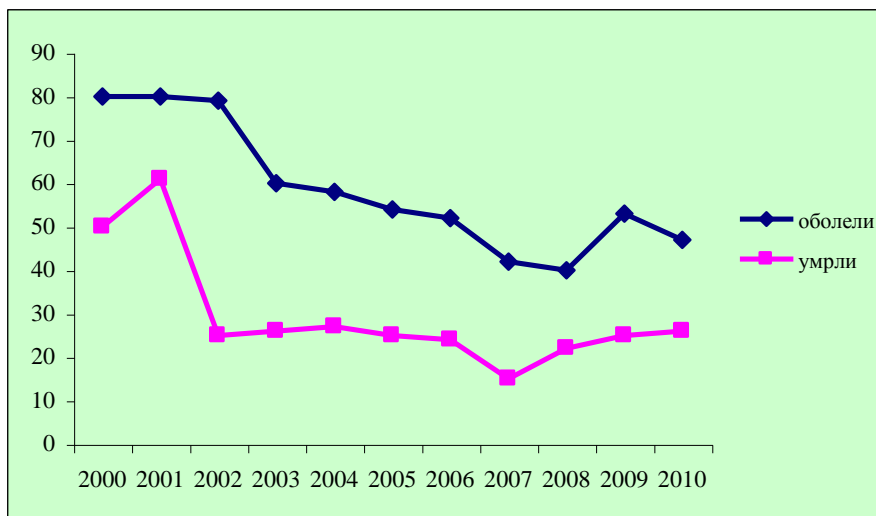
**Табела 7.** Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2000–2010.

Спроведена имунизација	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.
ДТПЗ вакцинација	97	97	97	97	98	97	97	98	98	97	97
ОПВЗ вакцинација	97	97	97	98	98	97	97	98	98	97	97
ММР вакцинација	87	95	93	95	97	95	96	97	96	96	96
НВ вакцинација 1. г.						65	92	94	94	95	95
НВ вакцинација 12. г.							57	80	78	62	76
Нб вакцинација							74	91	97	96	97

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

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2010. годином пријављено је 1537 оболелих од *Morbus HIV* (*AIDS*, сида) од којих је 996 (65%) особа умрло. Током 2010. године регистровано је 47 новооболелих особа (стопа инциденције 0,64 на 100.000 становника), док је 26 особа умрло (стопа морталитета 0,36 на 100.000 становника). Од 2000. до 2010. године забележен је пад оболелих и умрлих од ове болести (графикон 31).

**Графикон 31.** Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV*, Србија, 2000–2010.



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

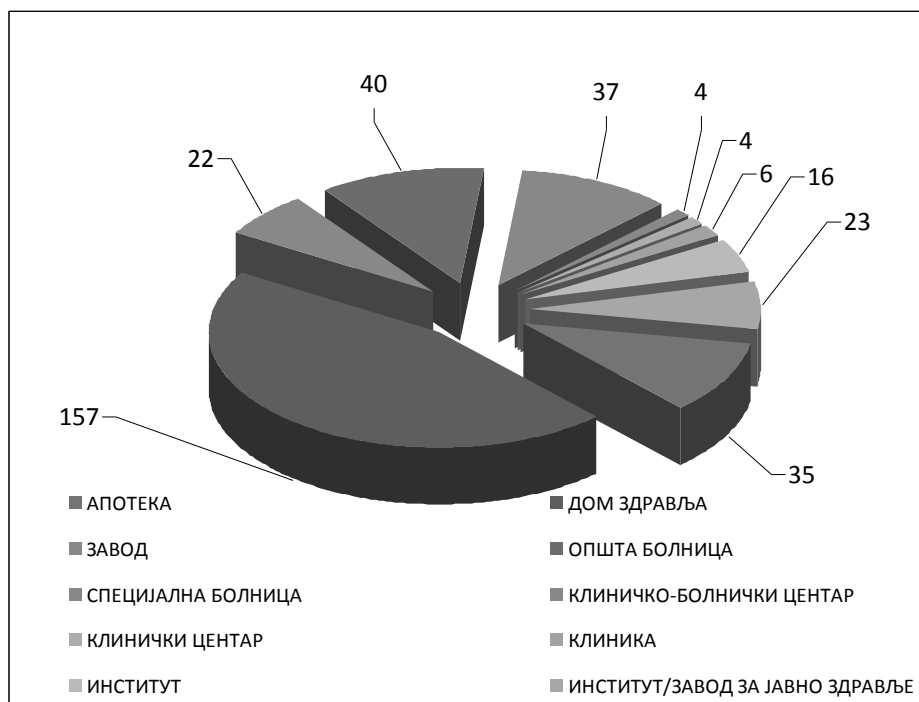
## КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Здравствена заштита на територији Републике Србије се спроводи у оквиру посебних програма здравствене заштите у односу на посебне категорије становништва (деца, жене, друге вулнерабилне категорије становништва), здравствене проблеме (за заразне болести, хронична масовна обољења), здравствене делатности (стоматолошка здравствена заштита, здравственосаветни рад и поливалентна патронажа).

### 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“ бр. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009 и 24/2010) у 2010. Години у Србији износио је 344 (графикон 32).

Графикон 32. Здравствене установе у Републици Србији, 2010



На дан 31.12. 2010. године је у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији било запослено 113.866 радника. Од тог броја било је 21.054, односно 284 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (443 на 100.000) а

најмањи у Сремском округу (162 на 100.000). Просечан број лекара на 100.000 становника према округима приказан је у картограму 1.

**Картограм 1.** Лекари на 100.000 становника по округима, Србија, 2010



#### ■ Примарна здравствена заштита

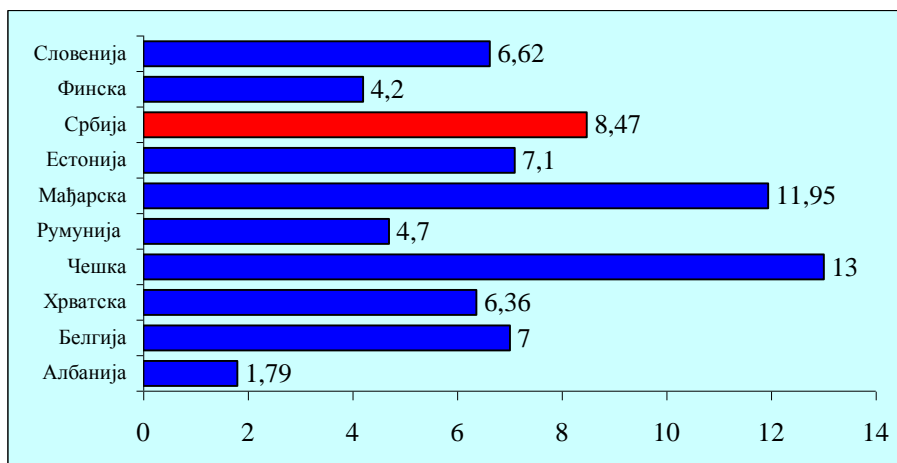
У примарној здравственој заштити становништва у области опште медицине, медицине рада, здравствене заштите деце, школске деце и омладине, жена и специјалистичко-консултативној здравственој заштити<sup>1</sup>, остварено је укупно 61.731.544 посета<sup>2</sup> код лекара (8,47 посете по једном становнику) и 40.088.290 посета код медицинских сестара – техничара. Укупан број посета код лекара у

<sup>1</sup> Укључује и посете у служби за плућне болести и туберкулозу и дерматовенеролошкој служби

<sup>2</sup> Укупан број посета обухвата: укупан број посета у ординацији, кућне посете, посете ради систематских и контролних прегледа

наведеним областима здравствене заштите је у 2010. години у односу на 2009. годину порастао за 5,5%.

**Графикон 33.** Просечни број посета лекару у примарној здравственој заштити по становнику у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



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

Просечан број становника по једном лекару креће се од 643 у служби здравствене заштите деце до 5458 у служби здравствене заштите жена. Просечан број посета по једном лекару је највећи у служби здравствене заштите одраслог становништва (опште медицине и медицине рада), а најмањи у служби здравствене заштите жена (табела 8).

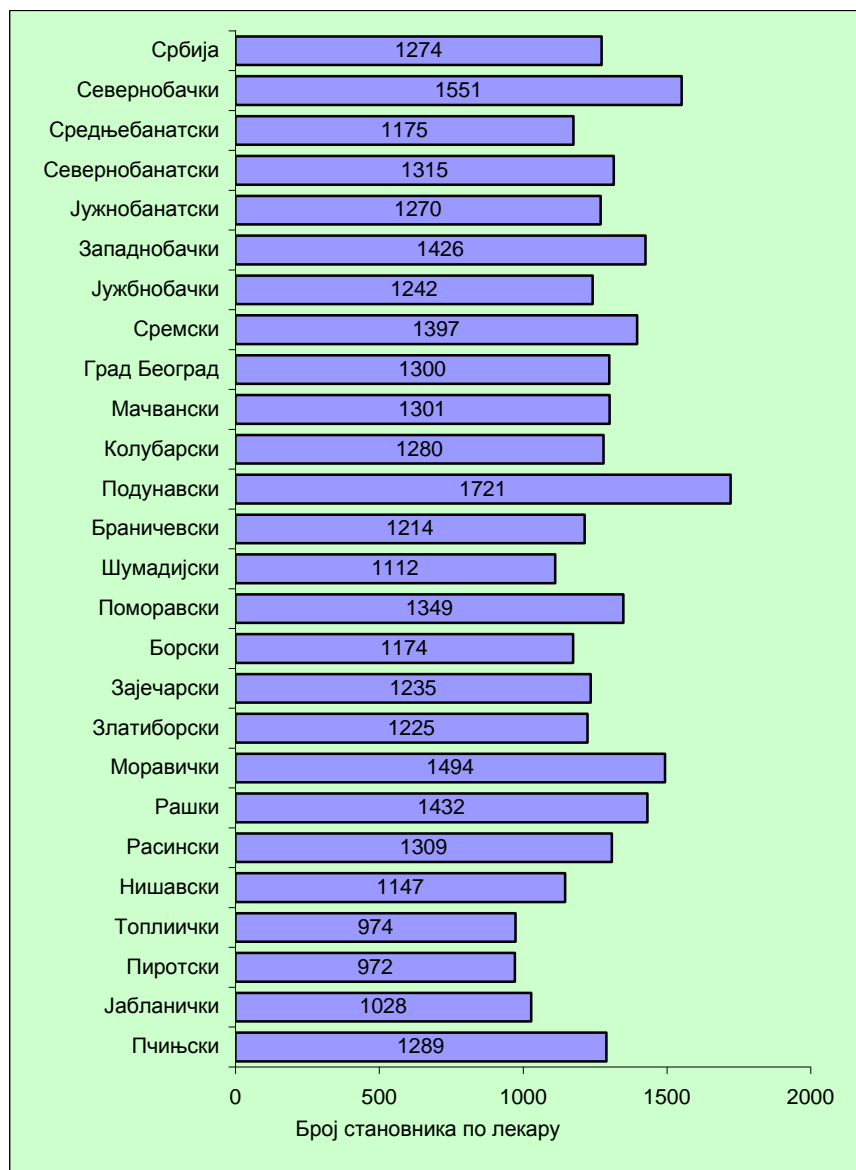
**Табела 8.** Обезбеђеност становника лекарима и оптерећеност лекара у службама примарне здравствене заштите у Србији, 2010.

	Служба			
	опште медицине и медицине рада	здравствене заштите деце	здравствене заштите школске деце	здравствене заштите жена
<b>Број становника на једног лекара</b>	1274	643	1389	5458
<b>Просечан број посета по једном лекару</b>	6364	5410	5200	2689

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

Обезбеђеност становника лекарима у служби опште медицине и медицине рада према окрузима значајно варира и креће се од 1 лекара на 972 становника у Пиротском, односно на 974 становника у Топличком округу до готово дупло већег броја (1 лекар на 1721 становника ) у Подунавском округу (графикон 34).

**Графикон 34.** Обезбеђеност становника лекарима у служби опште медицине и медицине рада по окрузима, Србија, 2010



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

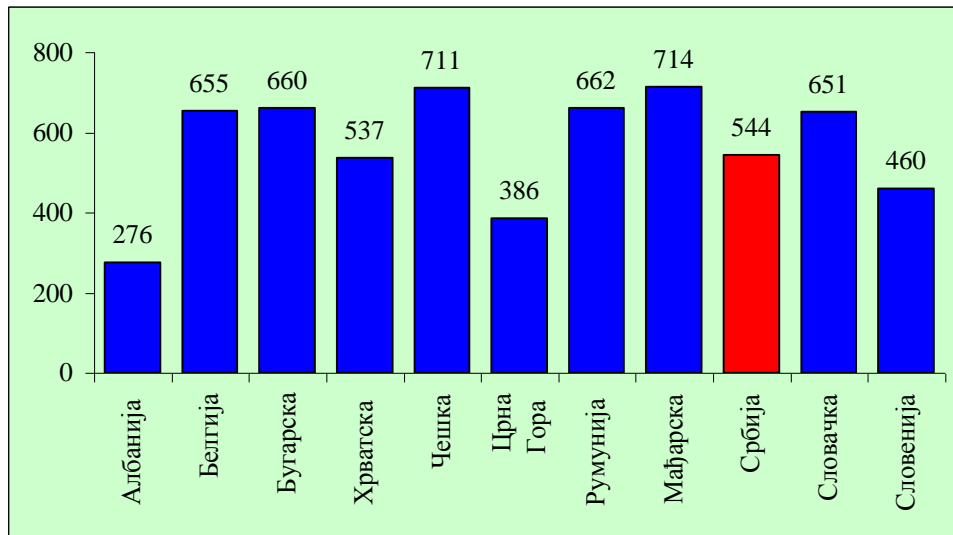
## ▪ Болничка здравствена заштита

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 2010. години износио је 39.690 постеља (без постеља дневних болница) или 544,3 постеља на 100.000 становника (графикон 35). Обезбеђеност постељама у Србији је мања од просека у Европском региону (649 на 100.000 становника), а већа од просека ЕУ (529 на 100.000 становника).

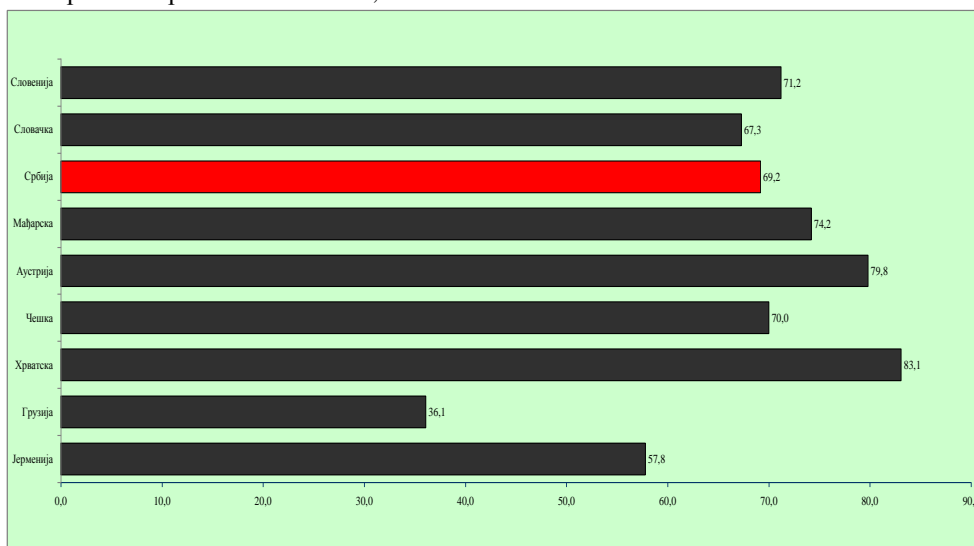
**Графикон 35.** Број постеља на 100.000 становника у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



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

Просечна дневна заузетост постеља у болницама за краткотрајну хоспитализацију (акутним болницама) у Србији у 2010. години износила је 69,2%, што је мање како од просека у ЕУ -77%, тако и од просека европског региона -77,6% (графикон 36).

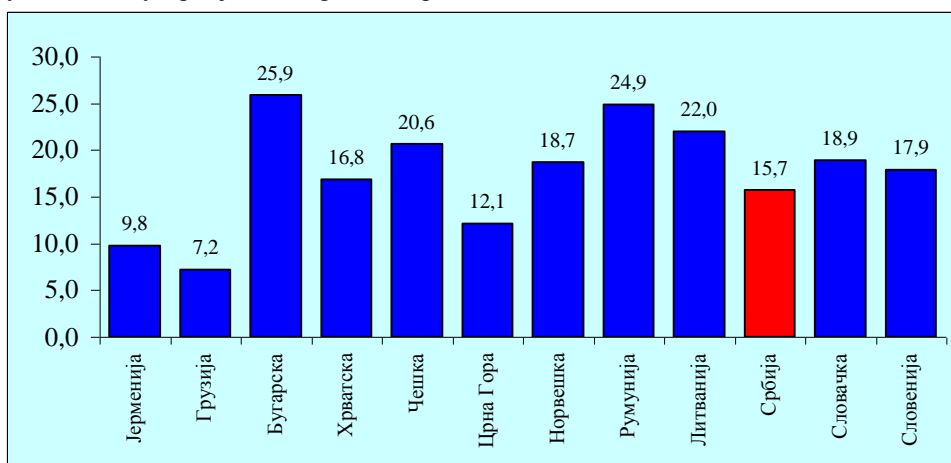
**Графикон 36.** Просечна дневна заузетост постеља у акутним болницама у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



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

Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2010. години износила је 15,7 на 100 становника, што је нешто више него претходних година, али и значајно ниже од просека у европском региону (18,3) и ЕУ (17,7), односно од стопе хоспитализације у већини европских земаља (графикон 37).

**Графикон 37.** Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2010.

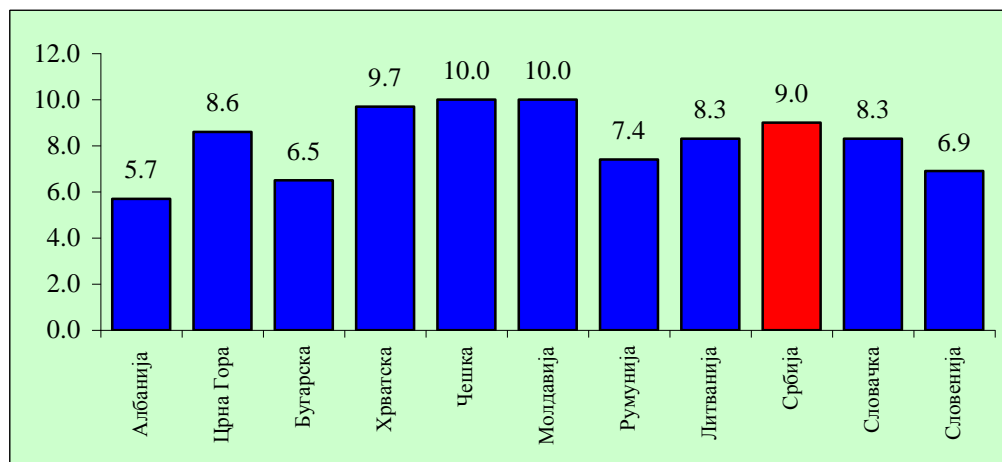


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“;  
база података „Здравље за све” Светске здравствене организације

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2010. години износила је 9,0 дана, нижа је у односу на претходну годину (2009. износила је 9,4 дана) и близу просечне вредности у ЕУ (8,7 дана) (графикон 38).



**Графикон 38.** Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



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

## ЖИВОТНА СРЕДИНА И ЗДРАВЉЕ

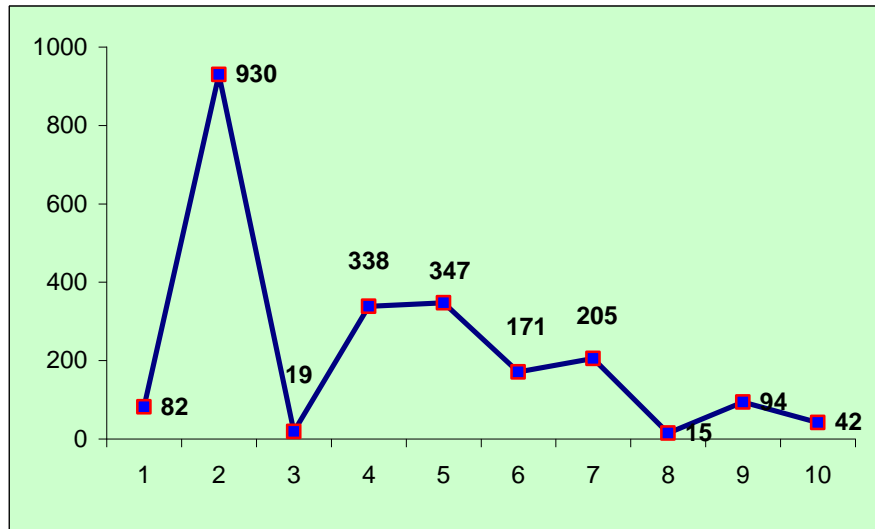
### ▪ Здравствена исправност воде за пиће

У 2010. години на територији Републике Србије физичко-хемијска исправност испитана је на 59.683 узорак воде за пиће, од којих је 9.200 или 15,41% неисправних. На микробиолошку исправност је испитано 62.990 узорак воде, од којих је 2.769 или 4,40% неисправно.

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

У 2010. години у Републици Србији регистроване су три хидричне епидемије (у све три хидричне епидемије гастроентеритиса узрочник није утврђен) са 42 оболеле особе (графикон 39).

**Графикон 39.** Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2001–2010.



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

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

У 2010. години у Републици Србији физичко-хемијска исправност испитана је на 3886 узорка намирница и 11.811 предмета опште употребе, од чега је неисправно било 192 или 4,94 узорака намирница и 375 или 3,75% узорака предмета опште употребе.

На микробиолошку исправност је испитано 7501 узорка намирница и 5875 узорака предмета опште употребе. Од тог броја 67 или 0,89% намирница и 75 или 2,05% предмета опште употребе било је микробиолошки неисправно.

- **Квалитет ваздуха**

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

У Србији, систематско праћење квалитета ваздуха (имисија) се обавља путем мерења и евидентирања вредности појединих индикатора на мерним местима у мрежи урбаних станица. Вредности индикатора за 2010. годину показују:

*Сумпор-диоксид* је током 2010. године праћен у 32 насеља на 92 мерна места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2010. години били су Лесковац и Краљево, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом била Смедерево и

Зрењанин. На листи најмање и највише загађених насеља у односу на претходну годину нашли су се Лесковац, односно Смедерево. Као једно од два највише загађена насеља у 2010. години је Зрењанин, док је у претходне две године поред Смедерева то био Костолац.

Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидам у односу на 2009. годину забележен је Врању, Зајечару, Јагодини, К. Митровици, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Нишу, Обреновцу, Параћину, Севојну, Смедереву, Ћуприји и Чачку, док је у Ваљеву, Грабовцу, Елемиру, Зрењанину, Ивањици, Косјерићу, Новом Саду, Ужицу и Шапцу загађеност била већа него претходне године.

*Чађ* је током 2010. године праћена у 31 насељу на 92 мерна места. Насеља која су у 2010. била најмање загађена чађу су: Краљево и Ћуприја, оба насеља као и 2009. године. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Ивањица и Ужице које је било најзагађеније и 2009. године. Пад загађености ваздуха чађу у односу на претходну годину забележен је у Београду, Врању, Грабовцу, Зајечару, Крагујевцу, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Нишу, Обреновцу, Пироту и Смедереву, док је у Ваљеву, Звечану, Косјерићу, Ивањици, К. Митровици, Новом Саду, Параћину, Севојну, Ћуприји, Ужицу и Шапцу забележен пораст загађења.

*Таложне материје* су током 2010. године праћене у 37 насеља на 122 мерна места, што је за 10 насеља и 30 мерених места више него 2009. године. Најмање загађена насеља таложним материјама током 2010. уједно као и претходне године, била су Прибој и Панчево, а најзагађенија Крушевац и Вреоци.

*Специфичне загађујуће супстанције* током 2010. године праћене су у 29 насеља на 78 мерних места. И број насеља и број мерних места у којима се обавља мерење је порастао у односу на 2009. годину. Неорганске загађујуће материје праћене у Београду, Ваљеву, Вреоцима, Грабовцу, Звечану, Косјерићу. Косовској Митровици, Крагујевцу, Краљеву, Крушевцу, Лазаревцу, Лесковцу, Младеновцу, Нишу, Новом Саду, Обреновцу, Палићу, Параћину, Панчеву, Пироту, Севојну, Смедереву, Суботици, Ужицу, Чачку и Шапцу.

Средња годишња вредност имисије (ГВИ) азот-диоксида ни у једном насељу није прешла дозвољену средњу годишњу граничну вредност имисије за насељена места од 60,0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

Средња годишња вредност имисије суспендованих честица је у пет насеља прелазила ГВИ од 70,0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  за насељена места (Вреоци, Зајечар, Нови Сад, Обреновац и Ужице), док је у осталим насељима (Београд, Грабовац, Косјерић, Лазаревац, Панчево, Севојно и Шабац) била испод те вредности.

*Загађујуће супстанције пореклом од издувних гасова моторних возила* - у 2010. години, концентрације угљен-моноксида, азотди-оксида и олова праћене су у Београду и Новом Саду.

Вредности имисије угљен-моноксида праћене су у оба града: Београду на 16 мерних места и Новом Саду на само 3 мерна места. Средња годишња вредност имисије овог једињења у Новом Саду износила је 0,68  $\text{mg}/\text{m}^3$ , а у Београду 6,21

мг/м<sup>3</sup>, што је два пута већа вредност у односу на дозвољену средњу годишњу вредност од 3,0 мг/м<sup>3</sup>.

Средња годишња вредност имисије азот-диоксида за Београд је била 139 µг/м<sup>3</sup>, док је у Новом Саду била једва мерљива. Само у Београду су вредности измерене на свих 11 мерних места прелазиле дозвољену средњу годишњу вредност имисије за насељена места (ГВИ) од 60,00 µг/м<sup>3</sup>.

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 Смедереву.

## ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе natalитета и природног прираштаја, али и смањење стопе смртности одојчади.
- Позитивна макроекономска кретања у Србији у 2010. години испољавају се кроз већи раст бруто домаћег производа од других земаља у региону, пре свега захваљујући опоравку привредне и спољнотрговинске активности (раст извоза, потпомогнут депресијацијом динара). Србија је забележила блажу рецесију него земље у региону, а производња је почела да се опоравља већ у другој половини 2009. године.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
  1. Бруто домаћи производ по становнику у Србији је међу најнижим у Европи.
  2. Смањен је прилив страног капитала. Повећава се дефицит текућег рачуна платног промета, као и фискални дефицит, уз успоренији раст буџетских прихода.
  3. Ниво инфлације је висок, а до убрзавања раста цена, као и јаче депресијације динара, дошло је у другој половини 2010. године.
  4. Релативно су ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства.
  5. Један од највећих привредних и друштвених проблема Србије представља незапосленост, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада. При томе је стопа раста незапослености, као основног генератора сиромаштва и социјалне искључености, у порасту од 2008. године. Такође је висока стопа дугорочне и веома дугорочне незапослености.
  6. Присутан је тренд повећања укупног сиромаштва.
  7. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 36. место у Европи.
- Расходи за здравствену заштиту показују стабилан раст у периоду 2005–2007. година, како у апсолутном износу, тако и као удео у бруто домаћем производу. Тај раст је успоренији у 2008. години, да би у 2009. години дошло до стагнације (опадања изражено у еврима). Међутим, Република Србија издваја релативно мала средства за здравствену заштиту, у компарацији са другим европским земљама.
- Незаразне болести представљају водеће узроке оболевања, инвалидности и умирања у Србији, са тенденцијом пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори чине три четвртине свих узрока смрти.
- Заразне болести данас не представљају већи здравствени проблем у Србији пре свега, захваљујући редовном вакцинасању и релативно добром предузимању осталих превентивних мера.

- Општи циљ пројекта “Контрола туберкулозе у Србији“ (2004. – 2009. године) је премашен већ у четвртој години реализације пројекта, када је стопа инциденције туберкулозе износила 24/100.000 становника.
- Због доступне и делотворне комбиноване антиретровирусне терапије региструје се пад оболелих и умрлих од AIDS-а у Србији у последњих десет година.
- Морбиле се поново јављају у епидемијском облику због неадекватног вакциналног статуса маргинализованих популационих група, али и опште популације.
- У примарној здравственој заштити становништва остварено је коришћење од 8,5 посета по једном становнику и није значајно промењено у односу на претходне године.
- Вредности показатеља: стопе хоспитализације (15,7 на 100 становника), заузетости болничких постеља у акутним болницама (69,2%) и просечне дужина хоспитализације (9,0 дана), говоре о још увек недовољној искоришћености болничких капацитета.
- Од свих узорака воде за пиће чија је исправност испитивана, код 15,41% забележена је физичко-хемијска, а код 4,40% микробиолошка неисправност.
- Микробиолошка неисправност намирница од 0,89% и физичко-хемијска неисправност од 3,75% је нижа у односу на претходну годину.
- Микробиолошка неисправност предмета опште употребе од 2,05% показује пораст у односу на претходну годину, док физичко-хемијска неисправност од 2,05% показује пад у односу на претходну годину.
- Међу најзначајније загађиваче ваздуха у Србији спадају рафинерије нафте у Панчеву и Новом Саду, цементаре у Беочину, Косјерићу и Поповцу и хемијски комбинати у Панчеву, Крушевцу, Шапцу и Смедереву.