

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



---

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**

**ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ  
ЗА 2011. ГОДИНУ**

---

**Београд 2012.**

Садржај

## **I СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА**

*Демографски показатељи*

*Социјално-економски показатељи*

*Животна средина и здравље*

## **II УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ 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*

## **III ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

*Здравствено стање деце*

*Здравствено стање школске деце*

*Здравствено стање одраслог становништва*

*Здравствено стање жена*

*Стоматолошка здравствена заштита*

## **IV БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

## **V ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ**

## **VI ЗАКЉУЧЦИ**

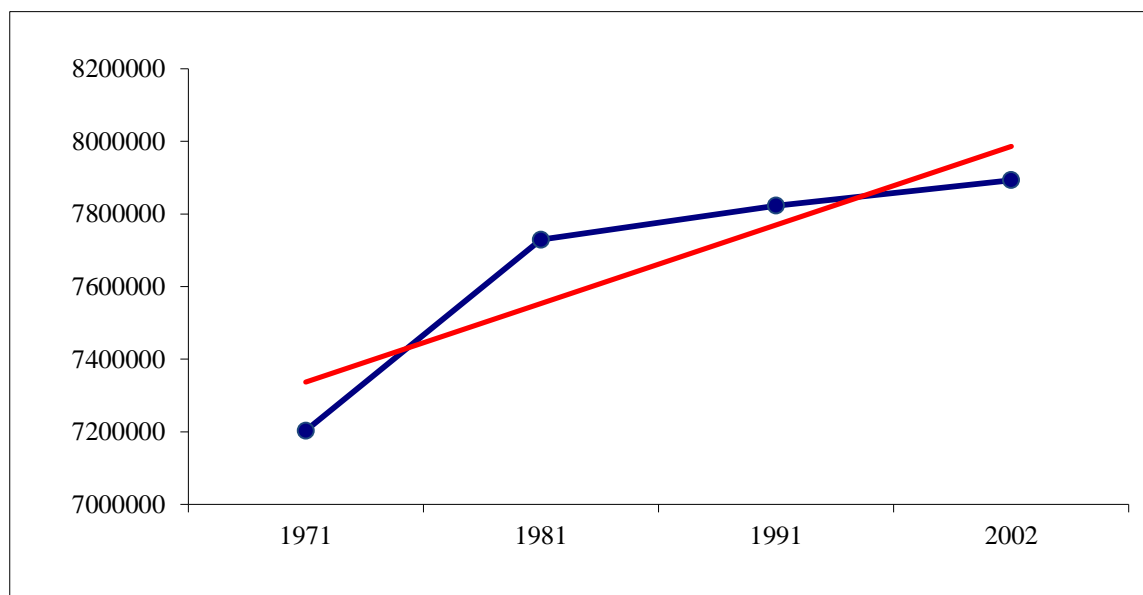
# I СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА

## *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.



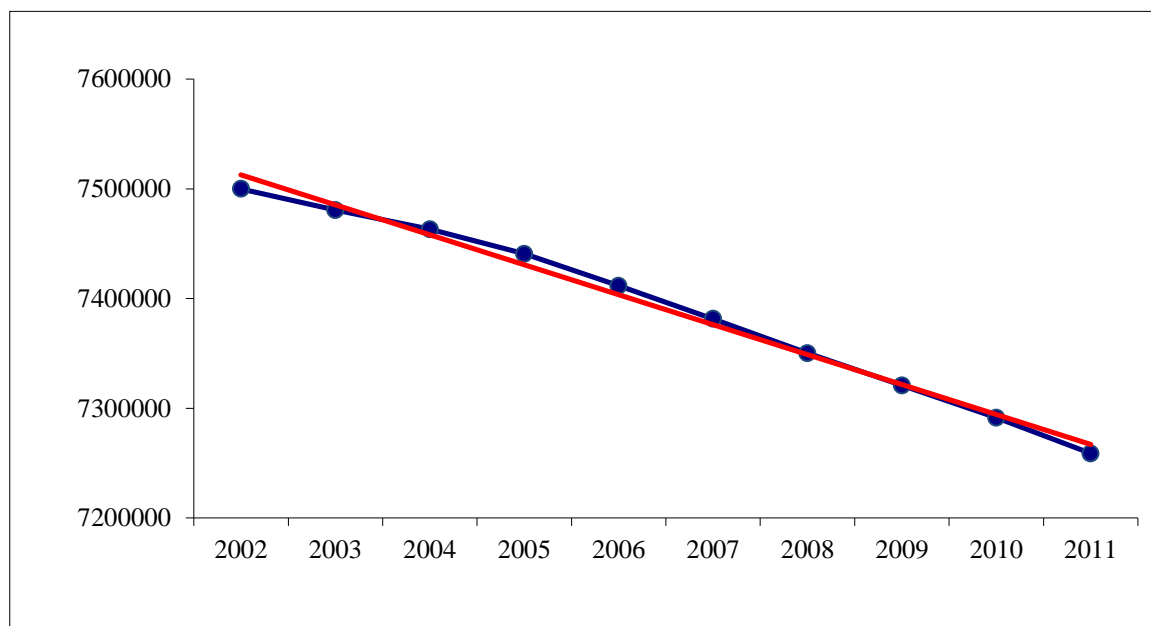
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да он бележи пад у периоду 2002–2011. година (графикон 2).

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.

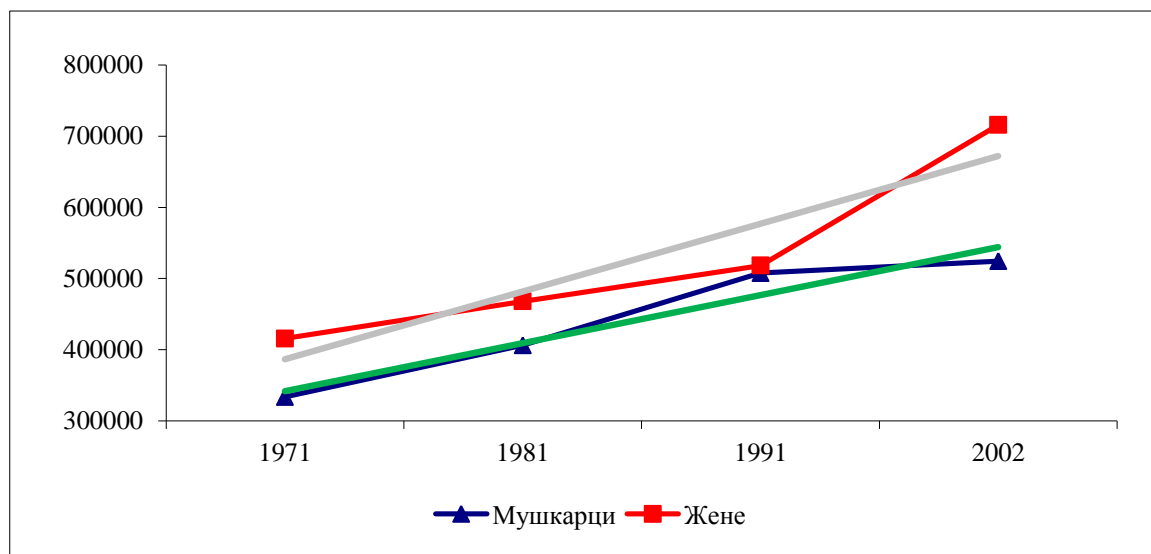
**Графикон 2.** Процењен број становника, Србија, 2002–2010.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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.



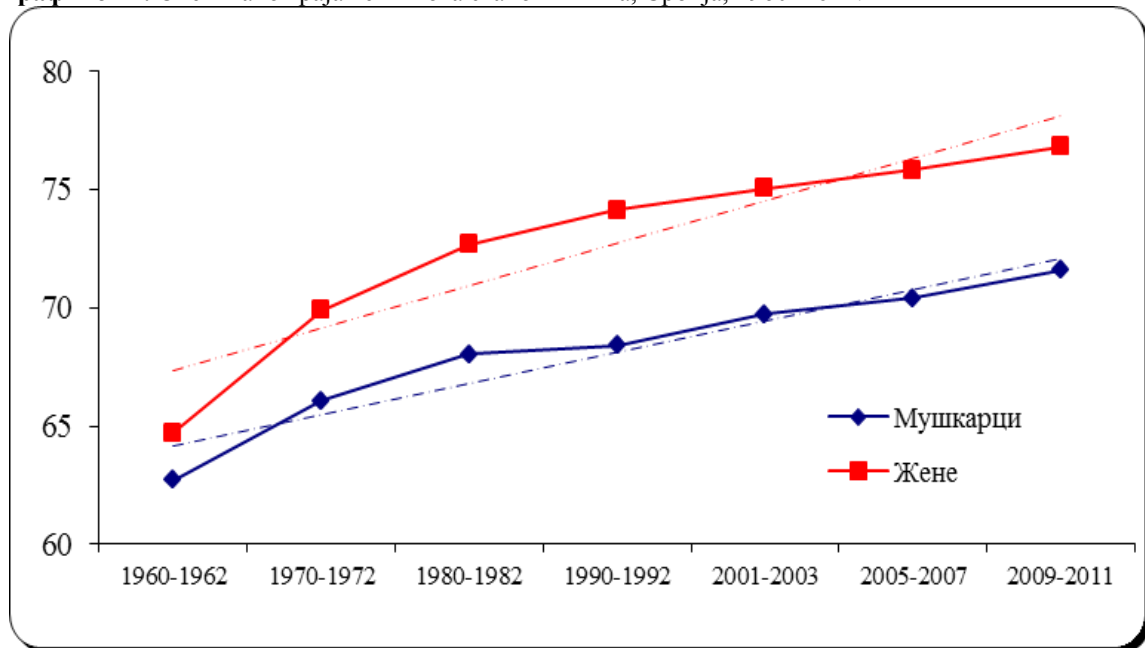
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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).

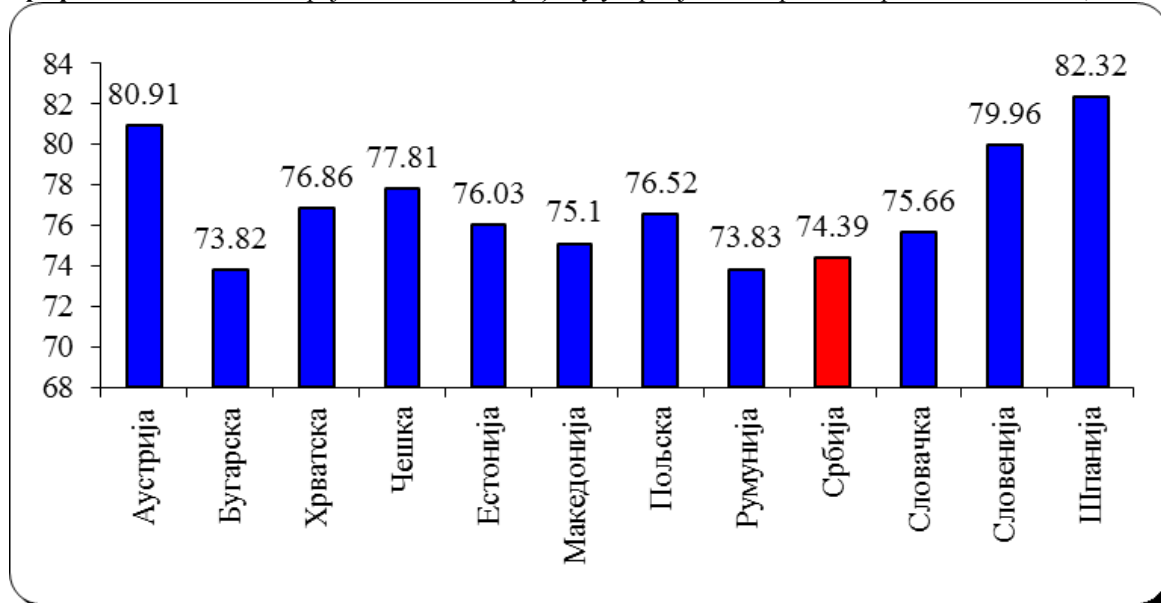
Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У 2010. години долази до пораста овог показатеља када је он износио 74,39 година (71,4 мушкарци и 76,6 жене), чиме се Република Србија полако приближава очекиваном трајању живота у Естонији (графикон 5).

**Графикон 5.** Очекивано трајање живота на рођењу у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



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

У 2011. години, очекивано трајања живота на рођењу за мушкарце је износио 71,6, а за жене 76,8 година и показао је благи раст у односу на 2010. годину када је био за мушкарце 71,4, а за жене 76,6 година.

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 9,0 у 2011. години;
- пораст општег морталитета – стопа опште смртности (на 1000 становника) је повећана са 13,7 у 2002. години на 14,2 у 2011. години;
- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -3,3 у 2002. години на -5,2 у 2011. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – од 2002. године стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 10,1 на 6,3, колико је износила у 2011. години (табела 1).

Табела 1. Витални догађаји, Србија, 2002–2011.

Показатељ	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	10,4	10,5	10,5	9,7	9,6	9,2	9,4	9,6	9,4	9,0
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	13,7	13,8	14,0	14,3	13,9	13,9	14,0	14,2	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	-5,2
Смртност одојчади (на 1000 живорођене деце)	10,1	9,0	8,1	8,0	7,4	7,1	6,7	7,0	6,7	6,3

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

### *Социјално-економски показатељи*

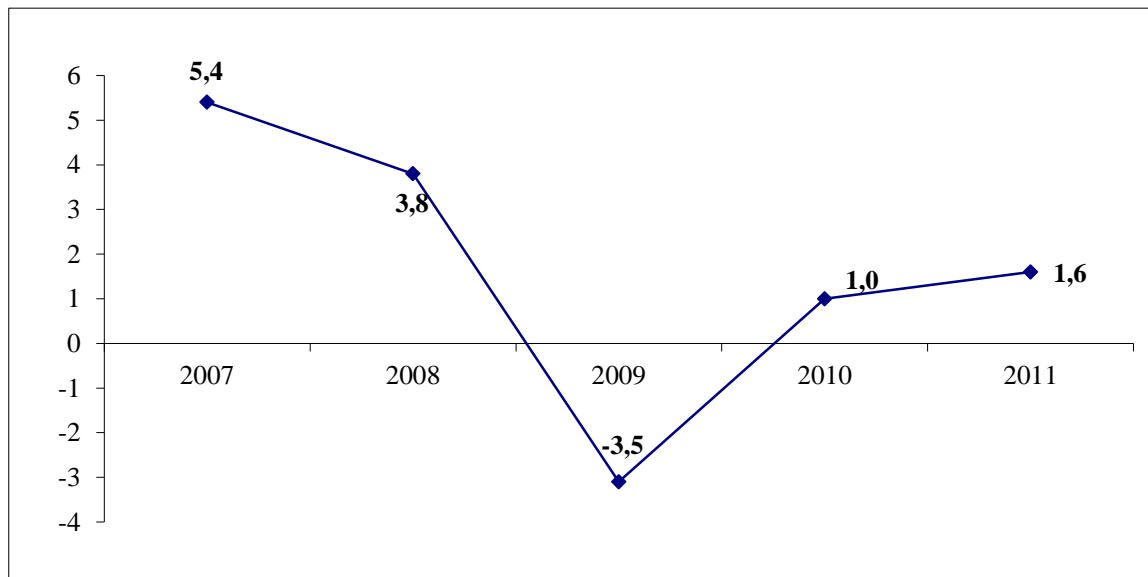
Благи опоравак домаће економије током 2010. године и појачана неизвесност на глобалном финансијском тржишту определили су општи макроекономски амбијент у Републици Србији у 2011. години, као и кретања основних макроекономских индикатора. У другој половини године дошло је до успоравања економске активности, као резултат спољне и унутрашње неравнотеже и повећаних тржишних ризика услед кризе у еврозони.

Структурне реформе у 2011. години спроводиле су се спорије од очекиваног, при чему се нарочито има у виду споро реструктурирање великог јавног сектора. Одложена је продаја великих државних предузећа. Такође се успорено одвијао започети процес ревизије регулативе с циљем рационализације прописа, док се са задовољавајућом динамиком одвијао процес прилагођавања националног законодавства.

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 2007. години износио је 3857 евра (5.277 US\$), да би у 2008. години достигао 4445 евра (6.498 US\$). Наредне, 2009. године, под утицајем кризе, већина привредних сектора бележи значајан пад активности и

укупна стопа привредног раста је негативна (-3,5%). Стопа раста бруто домаћег производа у 2010. години у Србији бележи скромних 1,0%, да би у 2011. години настављен започети раст и остварена стопа од 1,6% (графикон 6). Овај раст заснован је пре свега на расту индустријске и пољопривредне производње, грађевинске делатности, саобраћаја и телекомуникација, посматрано с производне стране, односно на расту инвестиција, посматрано са расходне стране. Готово три четвртине бруто домаћег производа остварили су тзв. неразмљиви сектори. Укупан бруто домаћи производ процењен је на 31,143 милијарду евра. Бруто домаћи производ по становнику процењен је на 4290 евра (5964 US\$) у 2011. години.

**Графикон 6.** Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2007–2011.



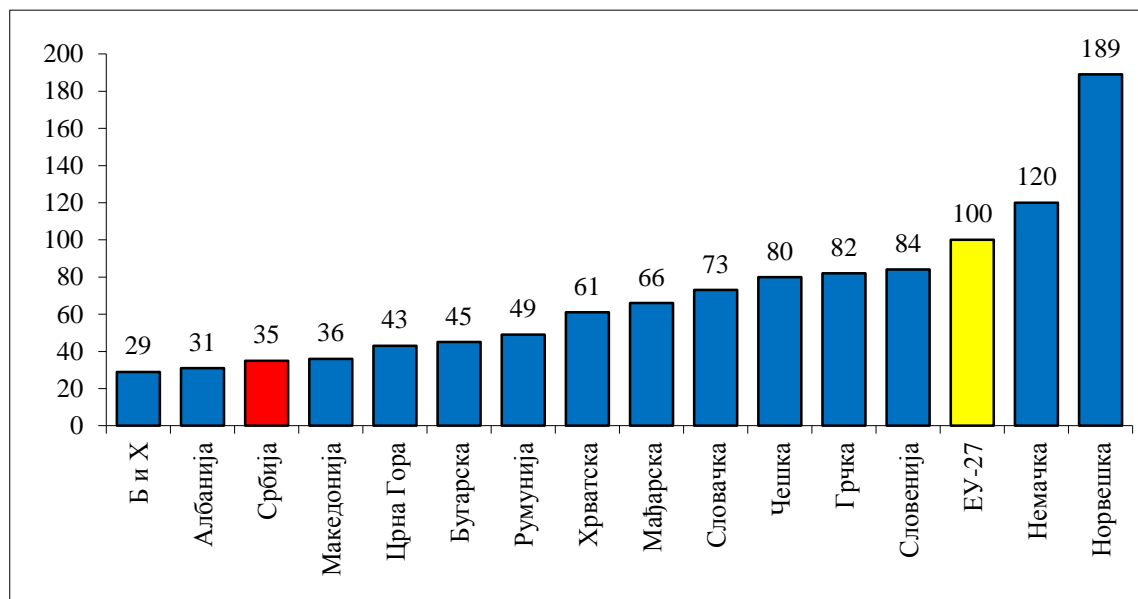
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

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 2,1%). У 2011. години, стопа раста реалног бруто домаћег производа у Србији изнад је просека Европске уније (1,5%), а такође је виша и у поређењу са неким земљама у окружењу, као што су нпр. Словенија и Хрватска.

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2011. 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, 2011. (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 95. позицији у свету, у 2011. години. У односу на 16 транзиционих земаља централне и југоисточне Европе, Србија се налази на претпоследњем, 15. месту, испред Босне и Херцеговине, 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 се 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 2010. годину већи за 1,4 процентних поена, тако да је у 2011. години достигао 77,4% бруто домаћег производа, што је основни индикатор екстерне солвентности (испод је нивоа високе задужености од 80%, према критеријумима Светске банке). Укупан спољни дуг Републике Србије је на крају 2011. године износио 24,1 милијарду евра. Током године, измењена је структура спољног дуга, у правцу повећања учешћа јавног дуга, што је наставак кретања из претходне године.

Однос спољног дуга на крају 2011. године и 12-месечног извоза робе и услуга, увећаног за иностране дознаке (прилив по основу иностраних дознака могуће је укључити с обзиром да је реч о стабилном и значајном приливу, према методологији Светске банке) износи 168%, што је у границама одрживости према критеријуму Светске банке (до 220%).

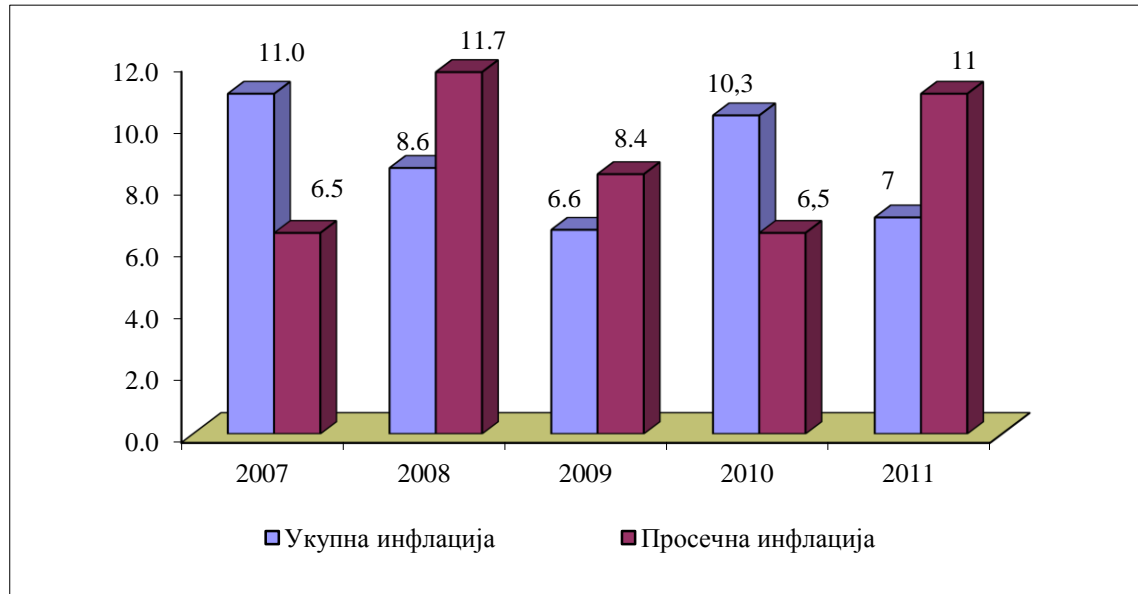
У 2011. години долази до повећаног нето прилива капитала, што се одразило на кретања на девизном тржишту и на девизне резерве. Повећано је интересовање страних инвеститора за улагање у дугорочне трезорске записе Републике Србије, услед повољног каматног диференцијала и пада премије ризика земље, што је резултирало остваривањем нето прилива по основу портфолио инвестиција. Истовремено је забележен повећани нето прилив по основу страних директних инвестиција, у односу на 2010 годину. Стране директне инвестиције у 2011. години износиле су 2142 милиона USD. Посматрано по делатностима, највиши износ страних улагања пласиран је у сектор трговине на велико и мало, а следе прерађивачка индустрија, финансијске делатности и осигурање и послови с некретнинама. Већина остварених страних директних инвестиција воде порекло из земаља Европске уније. Даље привлачење страних инвестиција зависиће од стварања повољне пословне климе и унапређења продуктивности привреде, а то пре свега подразумева спровођење структурних реформи, отклањање административних ограничења, јачање улоге приватног сектора и конкуренције, као и отклањање нефлексибилних услова тржишта рада.

У 2011. години забележено је повећање трговинског и последично текућег дефицита платног биланса, услед успоравања раста извоза и убрзавања раста увоза. Оваква спољнотрговинска кретања делом су последица и смањене ценовне конкурентности привреде услед јачања националне валуте у 2011. години, односно реалне апresiasiјаје динара за 0,8% у односу на вредност евра на крају 2010. године. Текући дефицит платног биланса износио је у 2011. години приближно три милијарде евра, а доминантно је финансиран портфолио и директним страним инвестицијама.

У посматраном петогодишњем периоду, 2007–2011. 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”.

Снажна инфлаторна кретања из претходног периода настављена су и почетком 2011. године, да би од маја дошло до успоравања месечне и међугодишње инфлације, приближавајући је тако горњој граници циљане инфлације. У 2011. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је 7%, што је за један процентни поен изнад горње границе дозвољеног одступања од циља за 2011. годину ( $4,5 \pm 1,5\%$ ). Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2011. години износио је 11% (графикон 8).

**Графикон 8.** Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2007–2011.



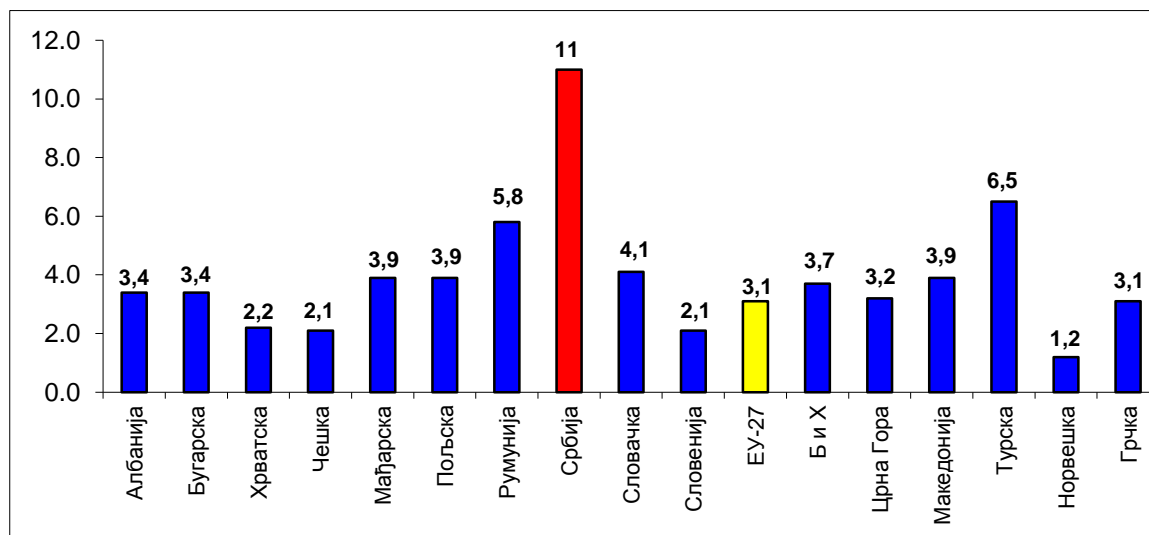
Извор података: Републички завод за статистику Србије

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. У 2011. години дошло је до новог пада индекса потрошачких цена, за 3,3 процентна поена. Истовремено, Републички завод за статистику је престао са израдом индекса цена на мало, према ранијој методологији.

Монетарна политика била је високо рестриктивна у првој половини 2011. године, док је са опадањем инфлаторних притисака, уз спровођење планиране фискалне политике, у другој половини године смањиван и њен степен рестриктивности. У 2011. години била су релативно стабилна и девизна кретања. Настављени су ап्रेसијацијски притисци на динар започети децембра претходне године. У поређењу с валутама других земаља у окружењу с флексибилним девизним курсом, динар је био релативно стабилан.

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније, што је нарочито изражено у 2008. и последњој посматраној години. Међутим, постоје и велике разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У односу на земље из окружења, Србија такође има знатно вишу стопу инфлације (графикон 9).

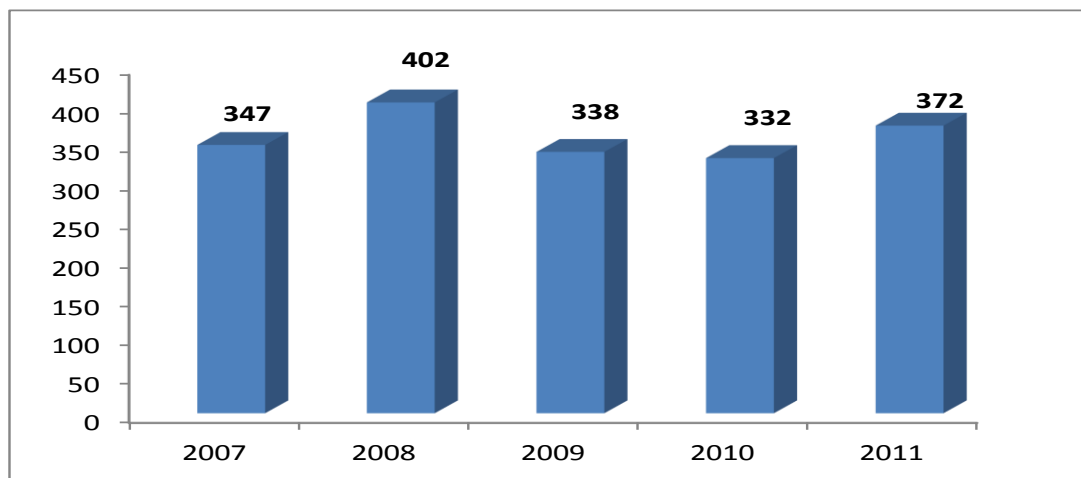
**Графикон 9.** Просечна годишња инфлација (%) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2011.



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 (2007-2011), просечне нето зараде бележе пораст у свакој посматраној години. Овај раст био је веома интензиван на почетку периода, а изразито успорен у 2008. години, да би од 2009. године стопа раста просечних нето 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 2011. години просечна нето зарада у Србији износила је 37.976 динара, што је пораст у односу на претходну годину, индексирано у еврима (графикон 10). Реална стопа раста нето зарада у 2011. години била је 0,2%.

**Графикон 10.** Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2007–2011.

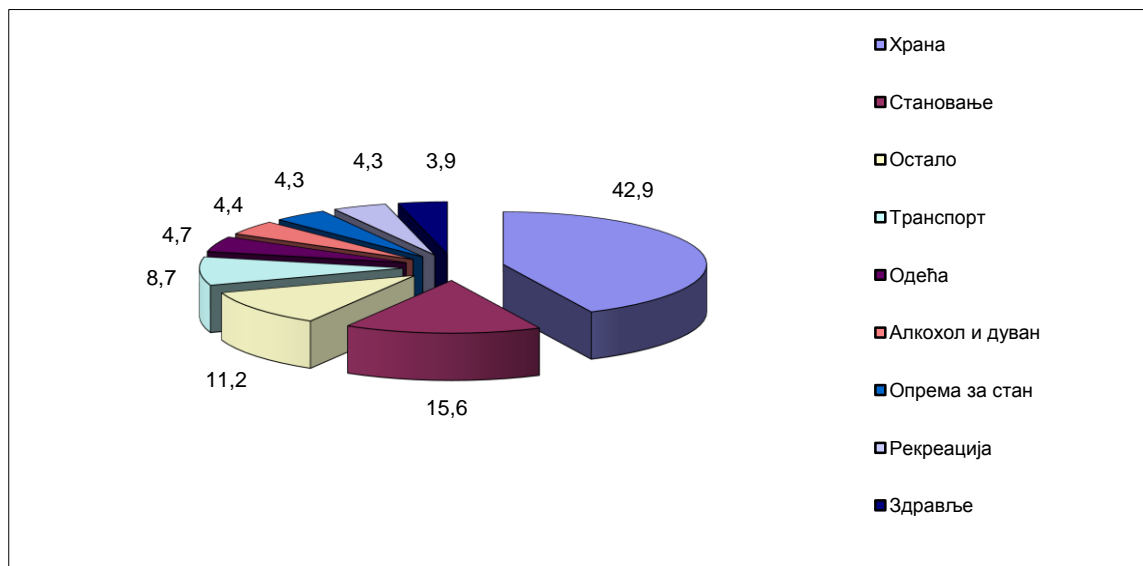


Извор података: Републички завод за статистику Србије

У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу најнижим у читавом посматраном периоду.

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинстава, као и пензије као основни социјални трансфер становништву (просечне пензије износиле су у 2011. години 56% просечне нето зараде, што је пад за 4 процентна поена у односу на претходну годину), продукују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинстава, као и њену структуру по намени. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2011. години износила је 47.574 динара. У структури личне потрошње домаћинстава у 2011. години највеће учешће имају издаци за исхрану (42,9%), следе их трошкови становања (15,6%) док су расходи за здравље 3,9 % (графикон 11).

**Графикон 11.** Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2011.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, наслеђен из предтранзиционог периода, а даље продубљен кроз процесе својинске трансформације, реструктурирања предузећа и светску економску кризу у 2009. години. Благи опоравак економске активности у 2010. години није ублажио негативне трендове на тржишту рада. Напротив, они су у 2011. години продубљени. 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.

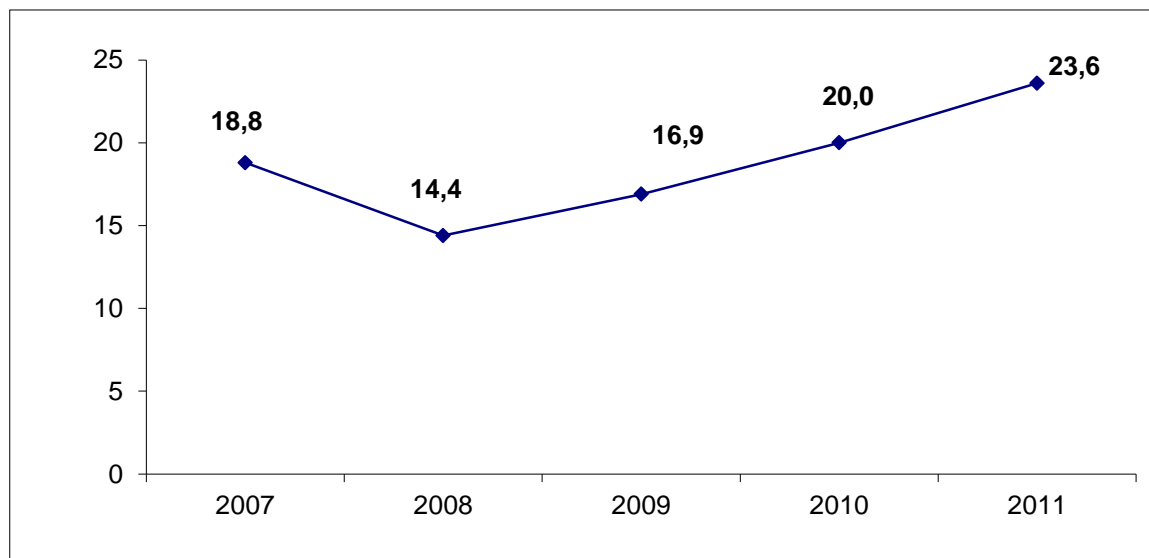
Настављена је негативна тенденција пада броја запослених, тако да је укупан број запослених према Анкети о радној снази у 2011. години 2.253.209. Од тог броја формално запослених је 1.746.138, што такође представља пад у односу на 2010.

годину, када је формална запосленост износила 1.795.775. 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. Стопа запослености је тако наставила тренд пада присутан од 2008. године и са 47,2% у 2010. години смањила се на 45,4% запослености становништва радног узраста у 2011. години.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у укупном становништву радног узраста (15–64 године) у паду је у посматраном периоду, уз незнатно повећање у 2011. години, када износи 59,4%.

Стопа незапослености, као базични индикатор тржишта рада, у континуираном је порасту од 2008. године (графикон 12). Нагли пад у 2008. години може да се припише измени методологије обрачуна у Анкети о радној снази, ради усаглашавања са међународном. У 2011. години стопа незапослености становништва радног узраста достигла је 23,6%. 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 2011. години повећан је тако на 671.143 лица. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 24,3%. 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 50,9%, што је такође раст у односу на претходну годину. 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, 2007–2011.

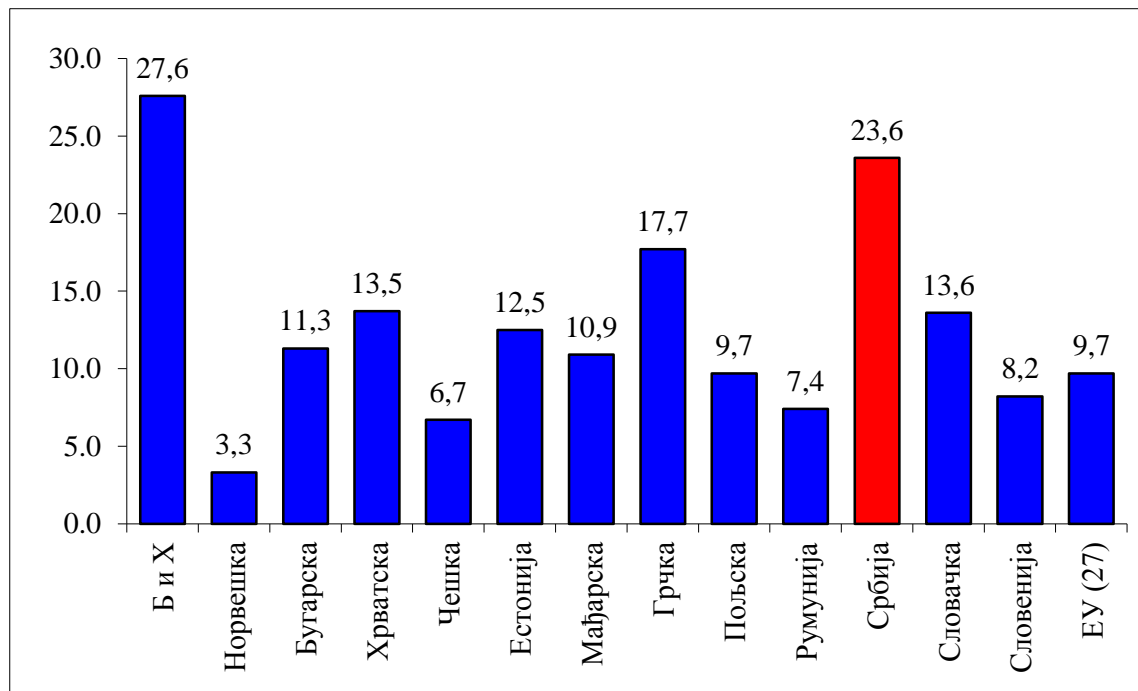


Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2011. години, кроз њене три димензије:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста, која износи 17,4%. То је евидентан пораст у односу на претходну годину и указује на висок степен социјалне искључености.
2. Процентуално учешће дугорочне незапослености у укупној порасло је за 4,5 процентних поена у односу на претходну годину и износи 73,6%.
3. Укупна стопа веома дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 24 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста је чак 13%, што је такође повећање у односу на претходну годину. 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 земљама, 2011.



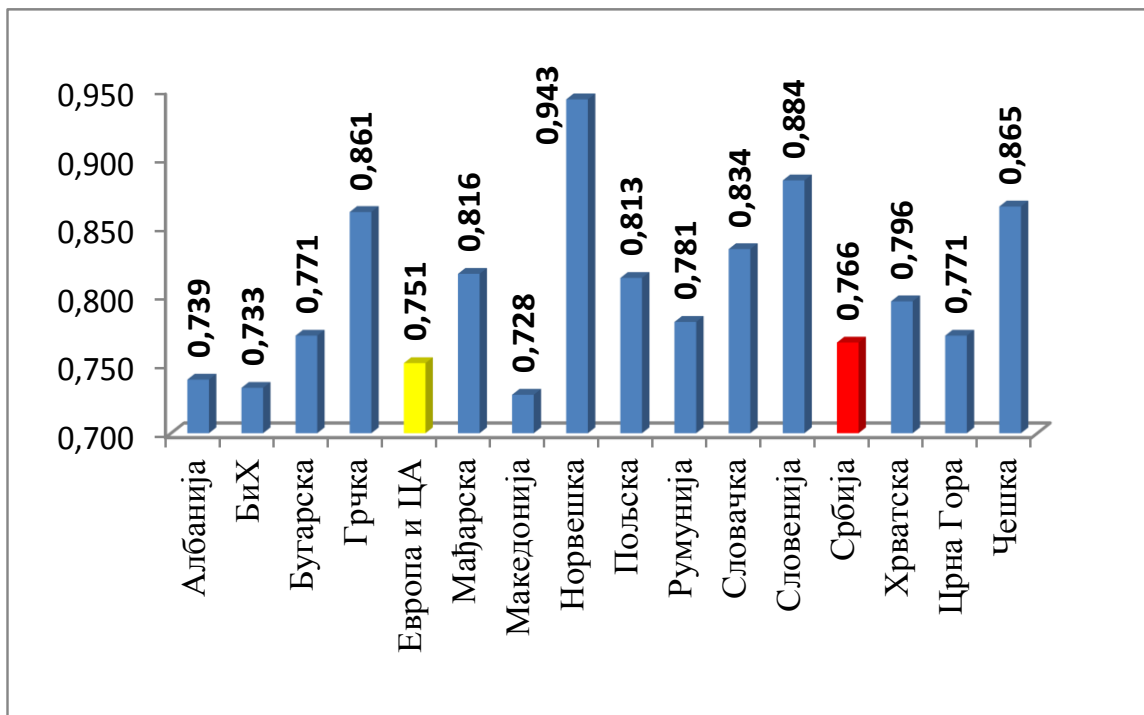
Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webrzs.stat.gov.rs/axd/index.php>

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 благом 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 2011. години вредност HDI индекса је 0,766). Вредности компоненти HDI индекса су следеће: очекивани животни век 74,5 година (здравствени индекс 0,86), просечна дужина школовања 10,2 године и очекивана дужина школовања 13,7 година (образовни индекс 0,79) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 10.236 (доходни индекс 0,663).

Према вредности индекса хуманог развоја Србија је на 59. месту у свету, што је напредак за једно место у односу на претходну годину. Србија 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 земљама, 2011.



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, према подацима за 2010. годину, је у Србији 0,003. У Србији је 0,8% становништва погођено вишеструком ускраћеношћу. 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 0,1% становништва.

У посматраном периоду порастао је број апсолутно сиромашних лица у Србији, са 612.671 на према неким проценама 798.463 лица. Обим сиромаштва велики скок доживљава у 2010. години (9,2%), да би се у 2011. години чак 11% становништва, процењено, налазило испод апсолутне линије сиромаштва, за разлику од 6,1% у 2008. години.

Највише сиромашног становништва налазило се 2010. године у ванградском подручју (13,6%), у региону Централне Србије (12%), у домаћинствима са шест и више чланова (16,4%), код деце до 13 година старости (13,7%), у категорији лица са незавршеном основном школом (14,2%).

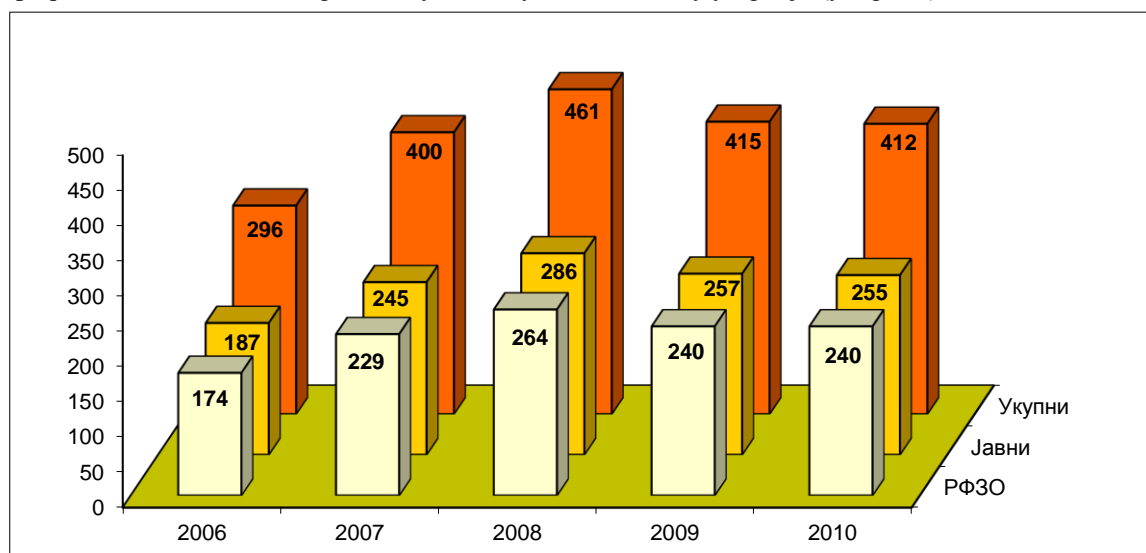
Узроци сиромаштва су истовремено и узроци маргинализације појединаца и друштвених група, у смислу ускраћивања могућности њиховог учешћа у редовним социјалним активностима (чији је важан сегмент и здравствена заштита). Међународна је и национална интенција постепени прелазак са концепта смањења сиромаштва 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 квантификавања 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 је 28,2 (индекс 0 показује стање апсолутне једнакости). Економска криза и погоршање показатеља запослености и сиромаштва довели су 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”.

Релативна линија сиромаштва за појединца, тзв. праг ризика од сиромаштва, који се одређује као 60% медијане личне потрошње по потрошачкој јединици, повећан је са 7.747 динара месечно у 2007. години на 9.763 динара у 2010. години. Испод релативне линије сиромаштва у 2010. години било је 14,5% становништва.

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2006–2010. година, како у свом укупном износу, тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког фонда за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту. Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз стабилно учешће у бруто домаћем производу, након повећања у 2007. години. У 2009. години, међутим, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, негативне стопе раста бруто домаћег производа, а израженијег пада курса динара према еврима, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2010. години у Србији стабилизују се на нивоу од 412 евра, односно 546 долара по становнику (графикон 15). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су 240 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту износили у 2010. години 255 евра по становнику. Приватни расходи за здравствену заштиту имају у посматраном периоду вишу стопу раста од осталих, али је она у 2009. години успорена, тако да су у 2010. години такође стабилизовани на нивоу од 157 евра по становнику.

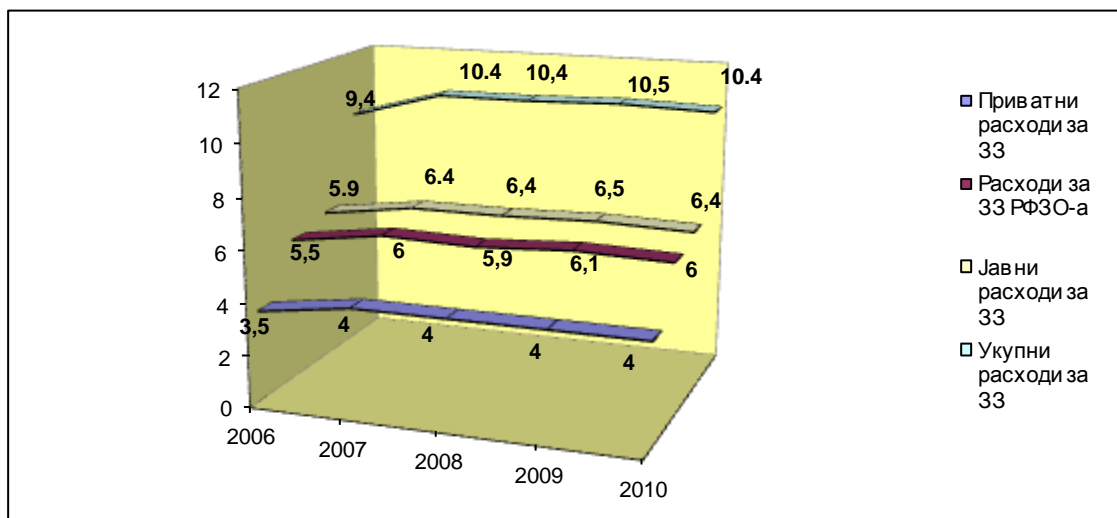
**Графикон 15.** Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2006–2010.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу порасло је у 2007. години за један процентни поен и стабилизовало се у наредним годинама на 10,4%, уз благи пораст у 2009. години на 10,5% (графикон 16). Учешће приватних расхода за здравствену заштиту се, након повећања од пола процентног поена у 2007. години, задржало на 4% БДП-а. Учешће расхода за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП износи у посматраном периоду приближно 6%, с тим што је у 2007. години повећано за пола процентног поена и благо осцилирало у наредне две године. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6,4% у 2010. години, уз сличну динамику у посматраном периоду.

**Графикон 16.** Учесће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2006–2010.

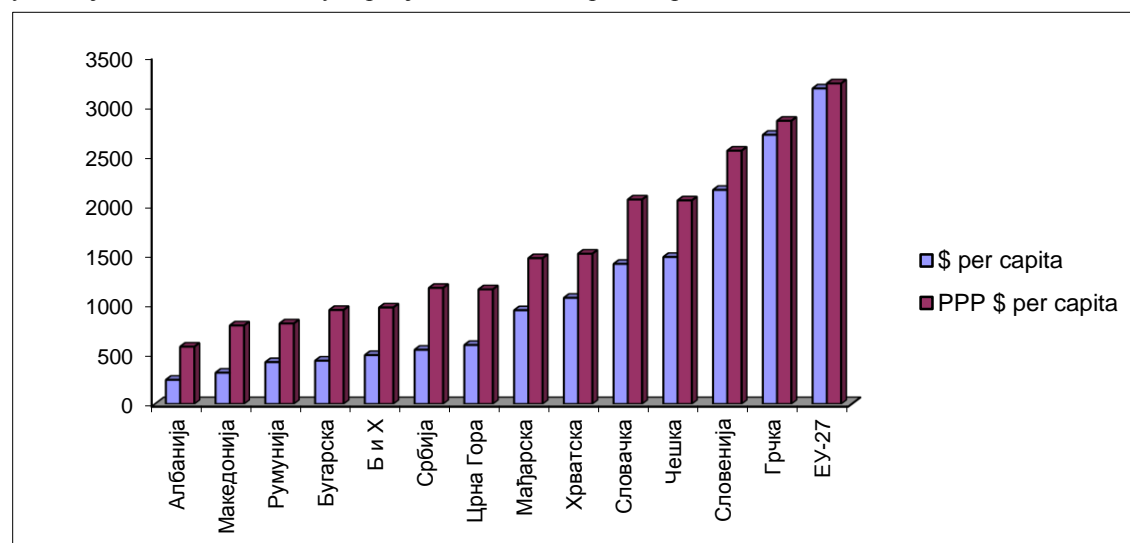


Извор података: Институт за јавно здравље Србије ”

Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 10,4% изнад просека Европске уније (9,88% у 2010. години), односно приближно је на нивоу Белгије, Аустрије, Грчке и Босне и Херцеговине. Србија за здравствену заштиту издваја релативно више (као проценат од БДП-а) од низа земаља: Албаније, Бугарске, Хрватске, Чешке, Естоније, Финске, Мађарске, Летоније, Литваније, Луксембурга, Црне Горе, Пољске, Румуније, Русије, Словачке, Македоније, Турске 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 17).

**Графикон 17.** Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику и у доларима по куповној моћи по становнику, Србија, ЕУ-27 и изабране европске земље, 2010.



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

## *Животна средина и здравље*

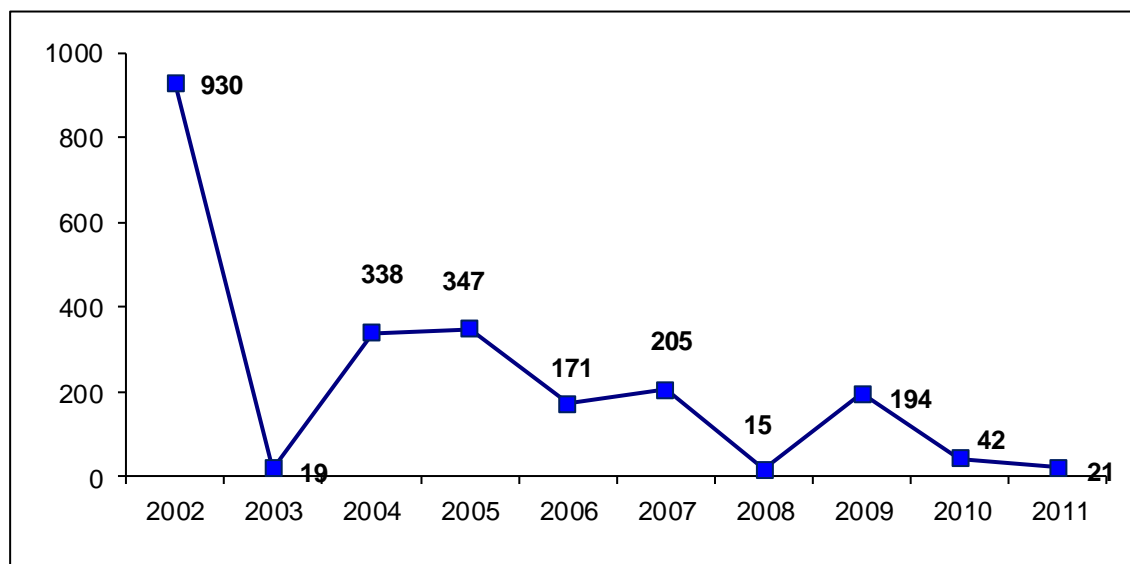
### *Здравствена исправност воде за пиће*

У 2011. години на територији Републике Србије физичко-хемијска исправност испитана је на 58.880 узорака воде за пиће, од којих је 9040 или 15,35% неисправних. На микробиолошку исправност је испитано 62.285 узорака воде, од којих је 2643 или 4,24% неисправно.

Најчешћи параметри физичко-хемијске неисправности 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, присуство колиформних бактерија.

У 2011. години у Републици Србији регистрована је једна хидрична епидемија (узрочник није утврђен) са 21 оболелом особом (графикон 18).

**Графикон 18.** Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2002–2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

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

У 2011. години у Републици Србији физичко-хемијска исправност испитана је на 6584 узорка намирница и 9824 узорка предмета опште употребе, од чега је неисправно било 304 или 4,61% узорака намирница и 355 или 0,35% узорака предмета опште употребе.

На микробиолошку исправност је испитано 7460 узорака намирница и 5058 узорака предмета опште употребе. Од тог броја 83 или 1,11 % намирница и 82 или 1,62 % 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 2011. годину показују:

***Сумпор-диоксид*** је током 2011. године праћен у 31-ом насељу на 75 мерних места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2011. години била су Палић и Краљево, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом била Елемир и Зрењанин. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2010. годину забележен је Ваљеву, Звечану, Костолцу, Панчеву, Смедереву, Чачку и Шапцу, док је у Београду, Врању, Грабовцу, Елемиру, Зрењанину, Зајечару, Ивањици, К.Митровици, Крагујевцу, Краљеву, Крушевцу, Нишу, Обреновцу, Прибоју и Суботици, загађеност била већа него претходне године.

***Чађ*** је током 2011. године праћена у 30 насеља на 79 мерних места. Насеља која су у 2011. била најмање загађена чађу су: Краљево и Палић. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Ивањица и Ужице, које је било најзагађеније у 2010. године. Пад загађености ваздуха чађу у односу на претходну годину забележен је у Ваљеву, Ужицу, Чачку и Шапцу, док је у Београду, Врању, Грабовцу, Зајечару, Ивањици, Јагодини, К. Митровици, Крагујевцу, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Панчеву, Смедереву и Ћуприји, забележен пораст загађења.

***Таложне материје*** су током 2011. године праћене у 28 насеља на 66 мерних места, што је за 9 насеља и 56 мерних места мање него 2010. године. Најмање загађена насеља таложним материјама током 2011. била су Лепосавић и Грабовац-Бгд, а најзагађенија Крушевац и Ниш.

***Специфичне загађујуће супстанције*** током 2011. године праћене су у 27 насеља на 63 мерних места. И број насеља и број мерних места у којима се обавља мерење је опао у односу на 2010. 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 шест 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 2011. 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  $0,18 \text{mg}/\text{m}^3$ , а у Београду  $5,6 \text{mg}/\text{m}^3$ , што је скоро два пута већа вредност у односу на дозвољену средњу годишњу вредност од  $3,0 \text{mg}/\text{m}^3$ .

Средња годишња вредност имисије **азот-диоксида** за Београд је била  $90,97 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , док је у Новом Саду била једва мерљива. Само у Београду су вредности измерене на свих 16 мерних места прелезиле дозвољену средњу годишњу вредност имисије за насељена места ( ГВИ) од  $60,00 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

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.

С обзиром на глобалну економску кризу, праћену опадањем индустријске производње, у току је транзиција извора загађења ваздуха урбаних простора. У том смислу, саобраћај постаје доминантни извор загађења.

## II УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

### Смртност становништва

У Србији 2011. 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 2001. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1319,5 на 100.000 становника, у 2011. години стопа смртности је порасла на 1418,1 на 100.000 становника (табела 2).

**Табела 2.** Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00-Т98), Србија, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Општа	1319,5	1370,8	1389,5	1397,8	1434,9	1388,2	1392,7	1397,4	1420,6	1415,5	1418,1
Стандардизована*	678,8	671,8	719,2	700,8	694,3	654,9	642,9	627,7	607,1	595,5	586,4

Извор података: Институт за јавно здравље Србије  
\* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2001. до 2011. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ Х: I00-I99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ Х: S00-T98), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ Х: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ Х: J40-J47), смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, малигни тумори (МКБ Х: C00-C97) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 3).

**Табела 3.** Водећи узроци умирања у Србији, 2001. и 2011. године

Групе узрока смрти (МКБ-Х)	Процент (%)	
	2001.	2011.
Болести система крвотока ( I00-I99)	55,3	53,9
Малигни тумори (C00-C97)	18,1	20,4
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	9,2	4,6
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,8	2,6
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	4,3	3,2
Остали узроци	10,3	15,2
Укупно	100,0	100,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

## ***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 преверременог умирања (пре 65. године живота).

У Србији годишње у од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи. Готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ Х: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ Х: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ Х: S00-T98), дијабетеса (МКБ Х: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ Х: 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 2011. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло је 25.454 мушкараца (45,9%) и 30.060 жена (54,1%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2001. до 2011. године износила је 773,1 на 100.000 становника (табела 4).

**Табела 4.** Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ10: I00-I99), Србија, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Општа	729,6	756,9	767,0	762,0	815,6	795,0	780,4	780,2	777,9	774,2	764,8
Стандардизована*	333,2	326,2	363,7	347,2	357,9	337,4	321,3	309,4	285,9	279,1	270,7

Извор података: Институт за јавно здравље Србије  
\* 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 23.039 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 314,7 на 100.000 становника.

Од овог синдрома 2011. године у Србији је умрло 5.839 особа. Морталитет од АКС у Србији износио је 80,4 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 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 једанаест година са 238,8 у 2001. години, на 289,4 на 100.000 становника у 2011. години (табела 5).

**Табела 5.** Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ10: С00-С97) на 100.000 становника, Србија, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Општа	238,8	247,4	252,1	259,4	265,3	272,8	276,6	279,9	287,3	289,9	289,4
Стандардизована*	130,8	131,4	134,4	136,0	137,9	140,0	139,8	140,3	141,9	142,6	141,0

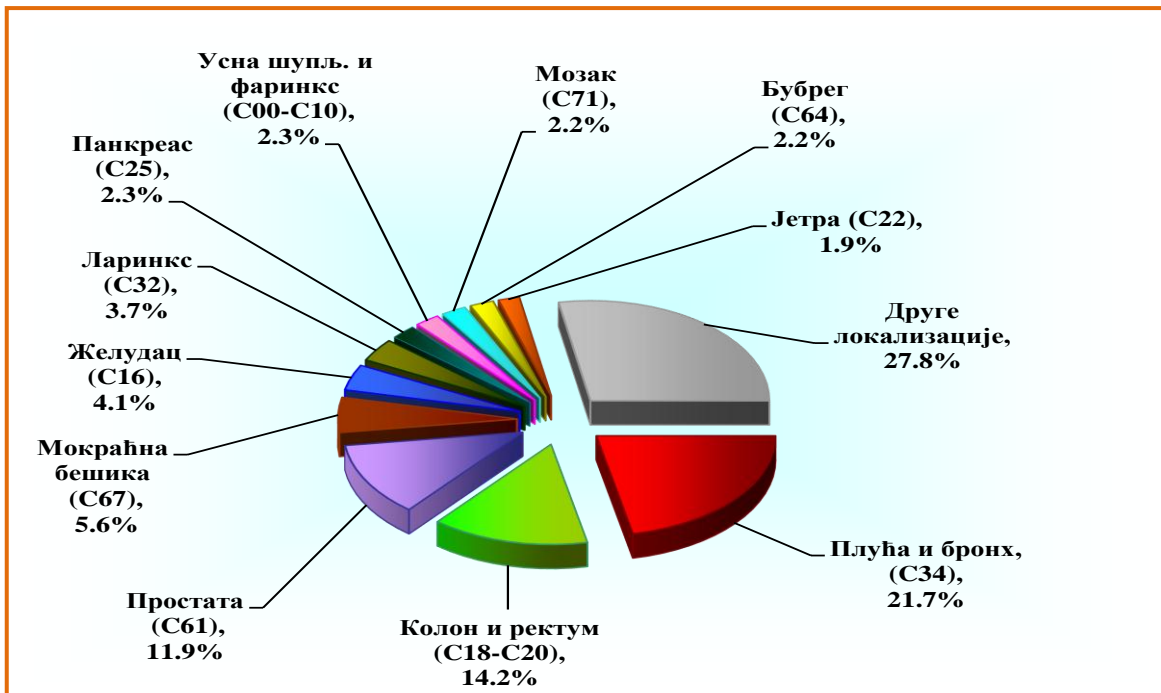
Извор података: Институт за јавно здравље Србије

\* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2010. години, оболело је 26.154 особе од малигнух тумора (13.623 мушкараца и 12.531 жена), а 15.053 особа (8.605 особа мушког пола и 6.448 особа женског пола) су умрле од рака.

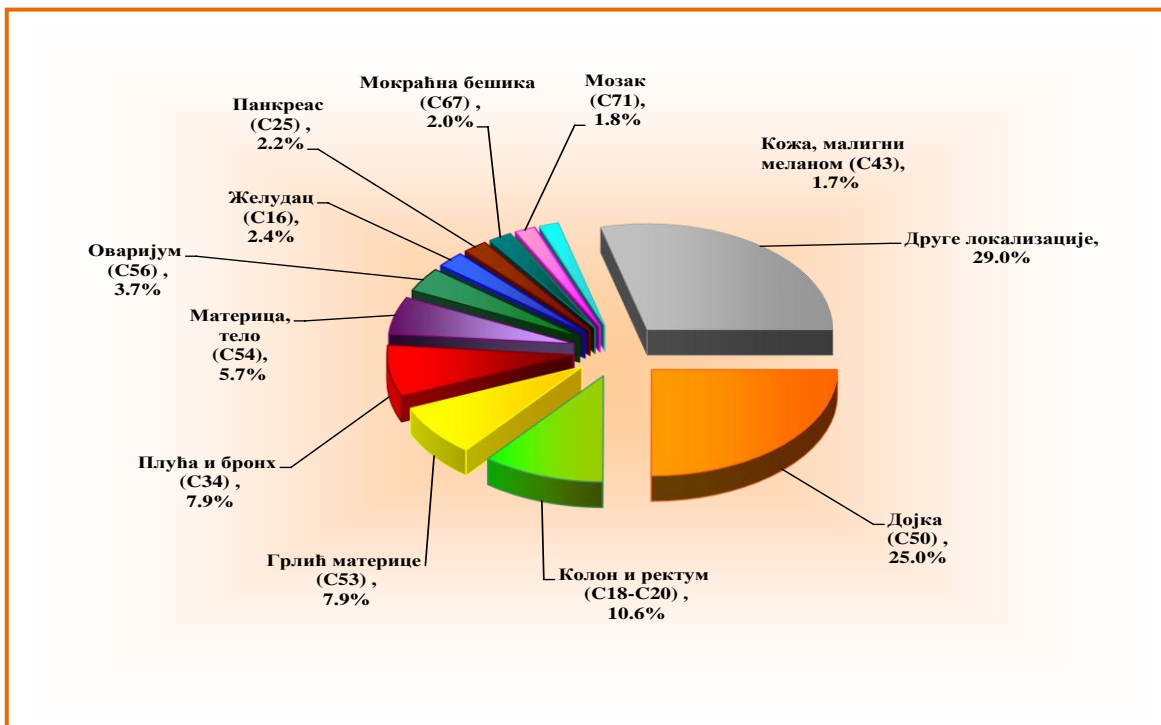
У централној Србији у 2010. години, мушкарци су најчешће оболевали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 19), а код жена, малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце и плућима (графикон 20).

**Графикон 19.** Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година

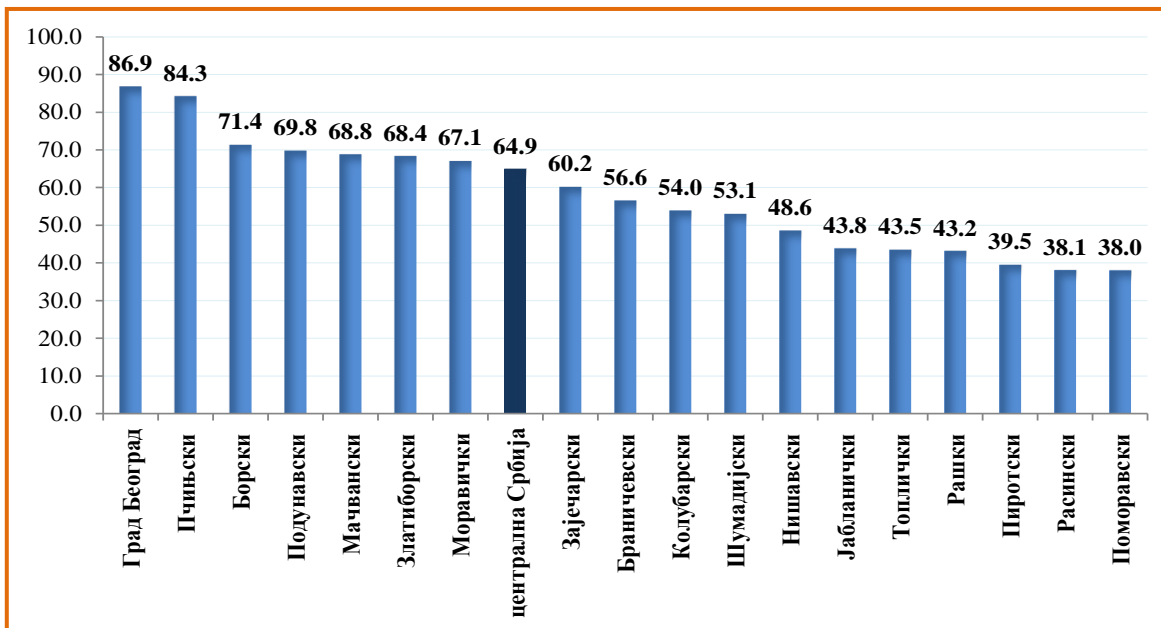
**Графикон 20.** Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година

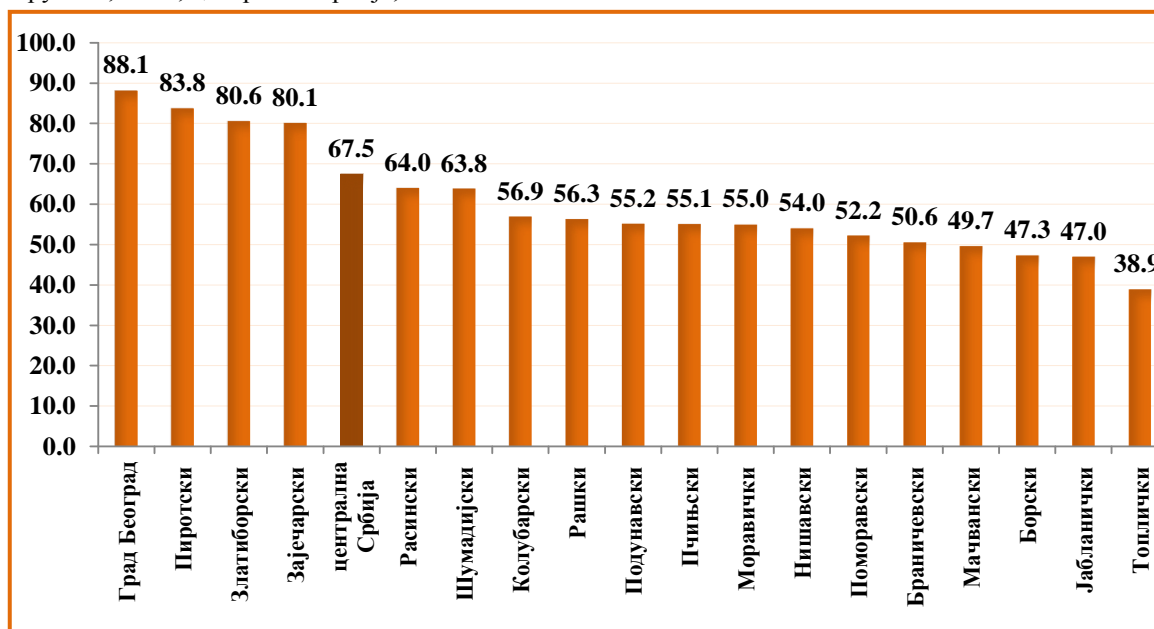
Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код мушкараца у Граду Београду, Пчињском и Борском округу, а најниже у Расинском и Поморавском округу (графикон 21).

**Графикон 21.** Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкараци, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

**Графикон 22.** Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2010.

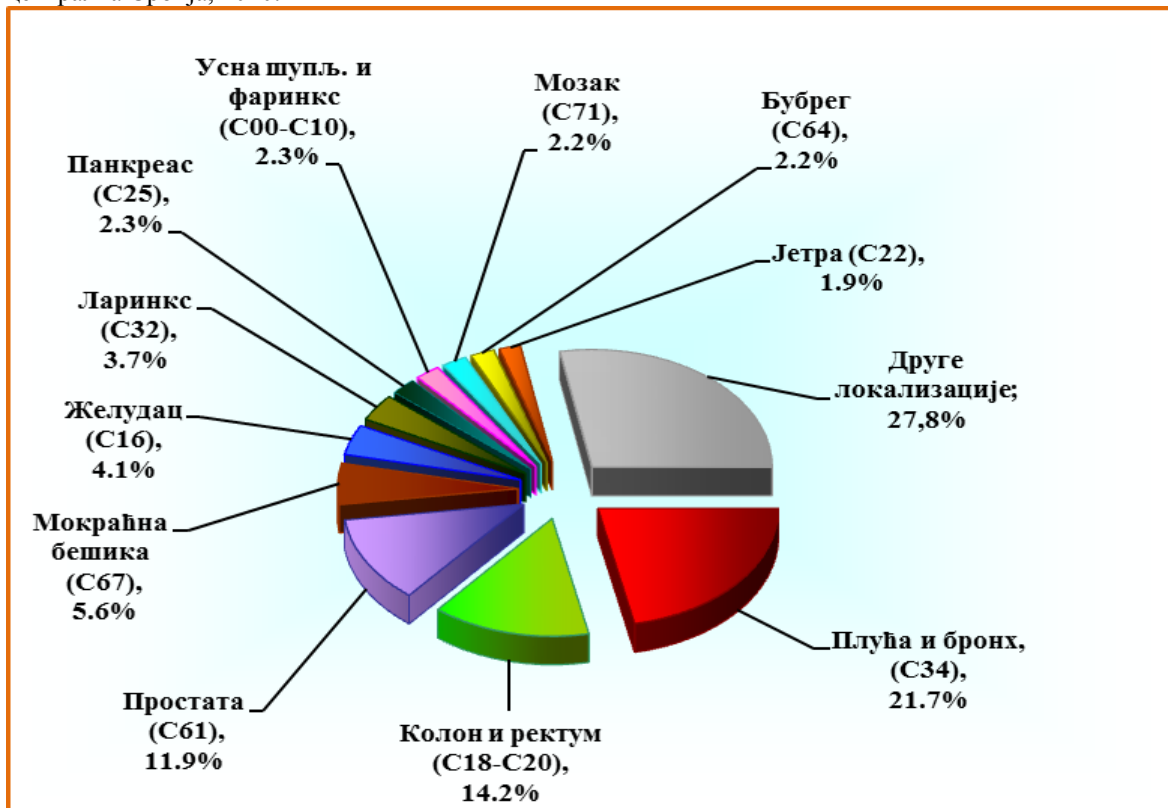


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке, у односу на просечну стопу у централној Србији, су регистроване код жена у Граду Београду, Пиротском и Златиборском округу, а најниже у Јабланичком и Топличком округу (графикон 22).

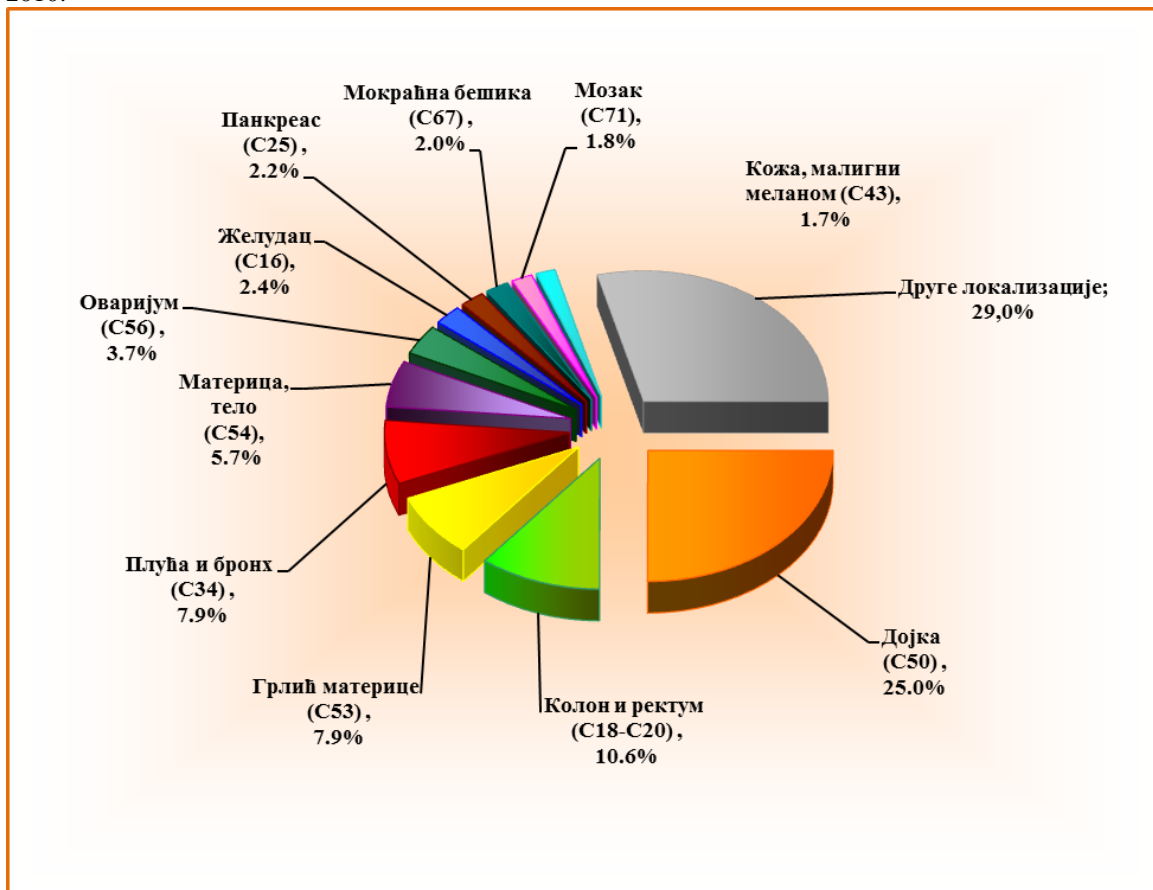
Мушкарци у централној Србији, током 2010. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колона и ректума, простате и желуца (графикон 23), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и грлићу матереце (графикон 24).

**Графикон 23.** Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година

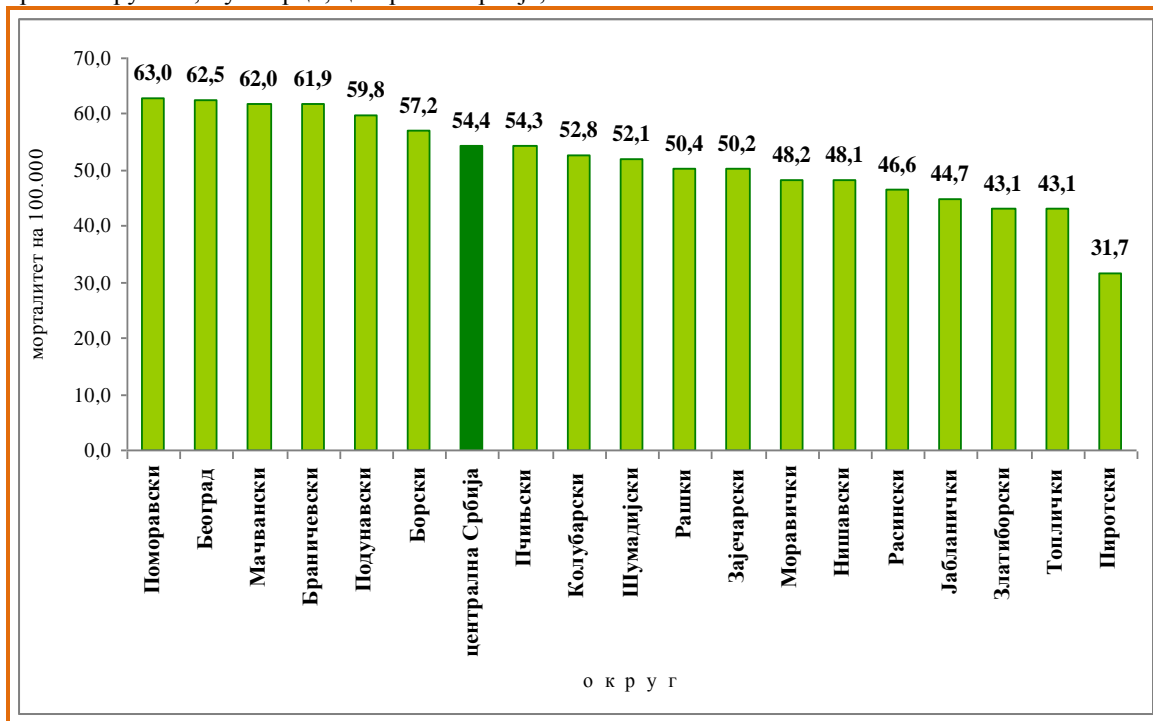
**Графикон 24.** Водеће локализације у умирању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 26), у односу на просечну стопу у централној Србији (54,4/100.000), су регистроване код мушкараца у Поморавском округу (63,0/100.000), Граду Београду (62,5/100.000) и Мачванском округу (62,0/100.000), а најниже у Топличком (43,1/100.000) и Пиротском округу (31,7/100.000)

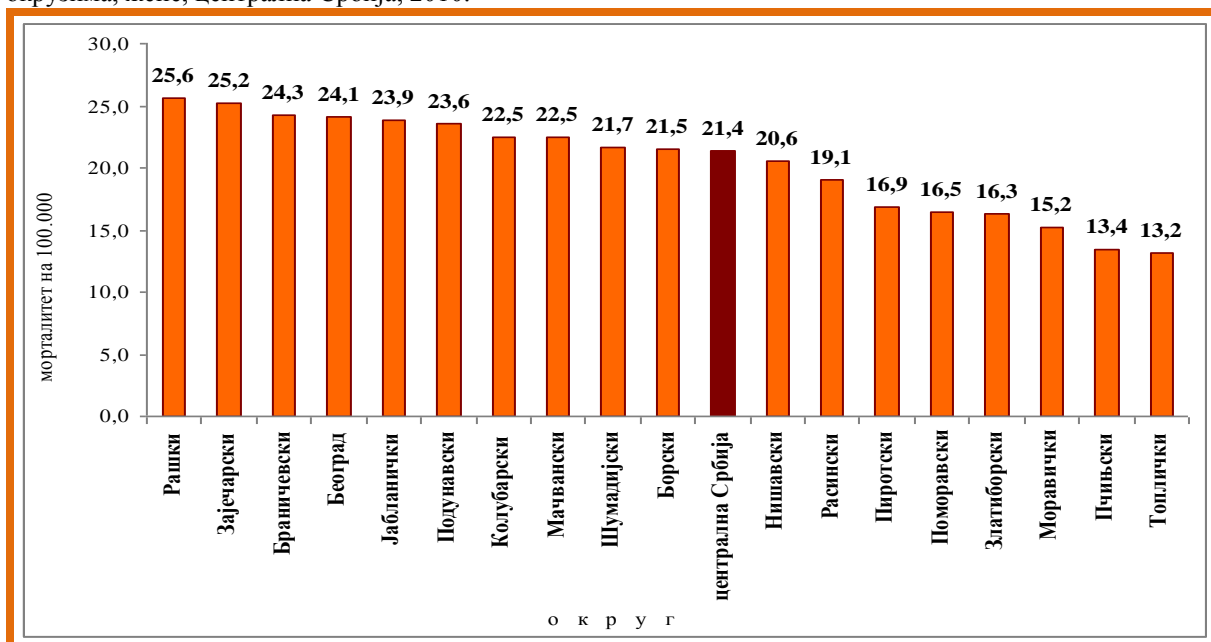
**Графикон 25.** Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година  
 - стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 27), у односу на просечну стопу у централној Србији (21,4/100.000), су регистроване код жена у Рашком (25,6/100.000), Зајечарском (25,2/100.000) и Браничевском округу (24,3/100.000), а најниже у Пчињском (13,4/100.000) и Топличком округу (13,2/100.000)

**Графикон 26.** Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2010.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2010. година  
- стандардизоване стопе на популацију света

- *Шећерна болест*

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

У свету је 2011, године са дијабетесом живело 366 милиона људи и умрло је 4,6 милиона особа. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих за 20 година повећати на 552 милиона људи. Највише (80%) људи са дијабетесом живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих.

У Србији око 630.000 особа или 8,6% становништва има дијабетес. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, 10,2% популације.

Више од 90% оболелих има тип 2 дијабетеса. Највећи број особа са типом 2 дијабетеса је узраста између 40 и 59 година старости, мада се у последње време све чешће виђа и код млађих људи. Ризик оболевања је приближно исти код оба пола. Половина свих случајева која живи са дијабетесом није дијагностикован. Симптоми типа 2 дијабетеса су благи, болест често протиче неопажено и открива 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 31,1 у 2001. години, на 43,2 на 100.000 становника у 2011. години (табела 6).

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

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2011. години, евидентирано 326 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 15.404 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса.

**Табела 6.** Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (E10-E14) на 100.000 становника у Републици Србији, 2001–2011.

Стопа морталитета	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Општа	31,1	34,0	35,6	34,4	34,6	34,3	40,7	42,4	41,9	43,8	43,2
Стандардизована*	15,0	15,5	16,3	15,2	15,2	14,7	17,2	14,7	16,9	17,6	17,1

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

\* на популацију света

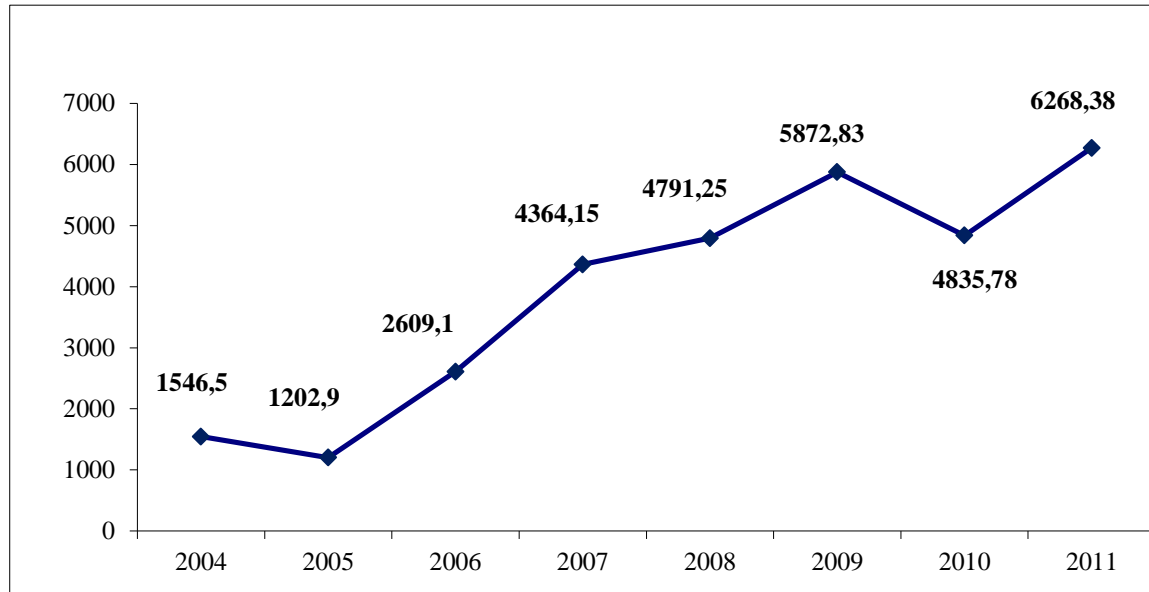
### **Оболевање и умирање од заразних болести**

На територији Републике Србије у 2011. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 457.055 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 6.268,38 на 100.000 становника., што је највећа вредност у посматраном периоду. У 2011. години наставља се тренд раста стопе инциденције заразних болести, што се једним делом може објаснити ажурнијим пријављивањем, откривањем и истарживањем епидемијске појаве заразних болести, цикличним варијацијама, а једним делом трендом погоршања социјалне и економске ситуације на територији Републике Србије, који неповољно утиче на здравствено стање становништва, па тиме и на епидемиолошку ситуацију заразних болести. Поред тога, када се посматра тренд стопе инциденције заразних болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом, уочава се 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 два округа са сличним бројем становника региструју стопе инциденције стерптококне упале ждрела и крајника које се разликују и 10 до 15 пута (на пример 15.502,4 према 1019,7 за *Pharyngitis streptococcica* и 10.913,31 према 1287,7 за *Tonsillitis streptococcica*).

Епидемиолошка ситуација заразних болести на територији Републике Србије у 2011. години донекле одступа од уобичајене, чему је допринело пријављивање болести које се пријављују збирном пријавом углавном на основу клиничке дијагнозе, као и тренд погоршања социјалне и економске ситуације, који неповољно утиче на здравствено стање становништва, па тиме и на епидемиолошку ситуацију заразних болести.



**Графикон 27.** Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2004–2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

У 2011. години пријављено је укупно 97.699 оболелих лица од инфлуенце, са инциденцијом 1339,91/100.000. Доминантан вирус инфлуенце у сезони 2010/2011 је био А(Н1), а у сезони 2011/2012 А(Н3).

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 28).

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

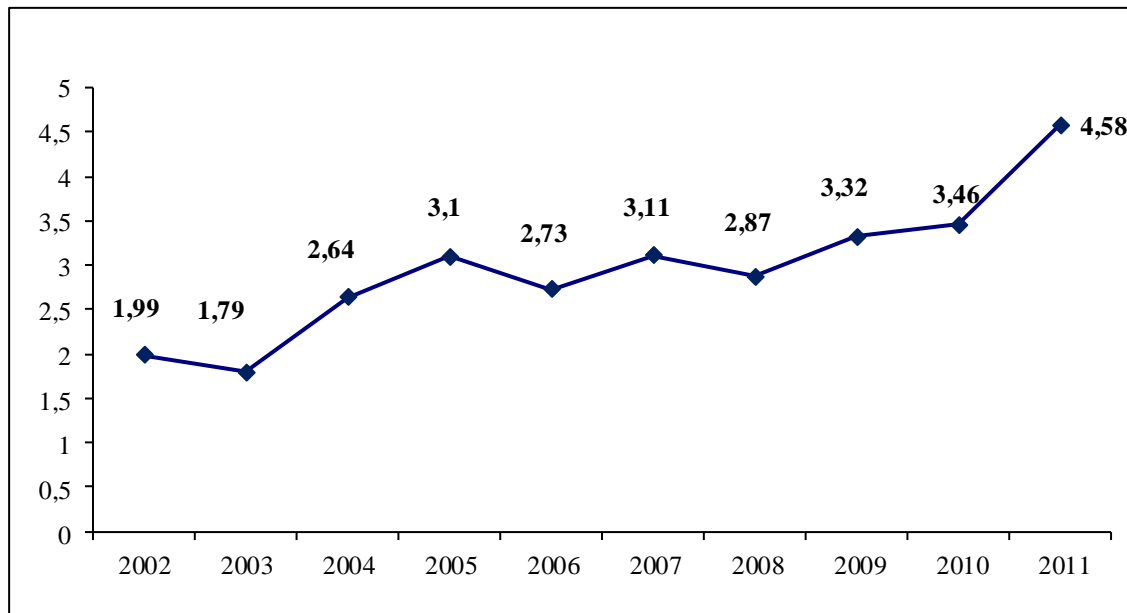
**Графикон 28.** Кретање стопе инциденције обољевања од плућне туберкулозе (на 100.000 становника), Србија, 2002–2011.



Извор података: Јединица за спровођење пројекта туберкулозе Министарства здравља

Од последица заразних болести у 2011. години су умрла 334 лица, са стопом морталитета 4,58/100.000, што је највиша вредност током посматраног периода (графикон 29).

**Графикон 29.** Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника), Србија, 2002–2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од септикемија (80 случајева), пнеумонија (64), туберкулозе (42), грипа (41) и болести узроковане HIV-ом (31).

У току 2011. године на територији Републике Србије регистровано је 250 епидемија заразних болести у којима су оболела 94.693 лица. Велики број оболелих у епидемијама последица је појаве сезонског грипа у епидемијској форми. Пријављено је 14 епидемија, са 90.869 оболелих и 35 умрлих особа.

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2011. години оболело је 478 особа, што чини 0,13% укупног оболевања од заразних болести. 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, регистрована је 2010. године епидемија у ромским насељима у граду Лесковцу која се током 2011. године проширила на општу популацију па је у марту месецу пријављена епидемија у граду Лесковцу. Укупно је у 2011. години од морбила оболело 370 особа са инциденцијом 4,93/100.000 становника, што је највиша стопа инциденције у последњих пет година.

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 97,5% односно 97,6%. Такође, ревакцинације деце у другој години живота, ревакцинације предшколске и школске деце против дифтерије, тетануса и полиомијелитиса обављене су са обухватом изнад 95%.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (ММР) у првој години живота износио је 96,5%, а ревакцинацијом у седмој години 98,0%.

Бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б деце у првој години живота од 96,4%, а деце у 12. години живота од 87,1%.

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у 2011. години износио је 96,5%.

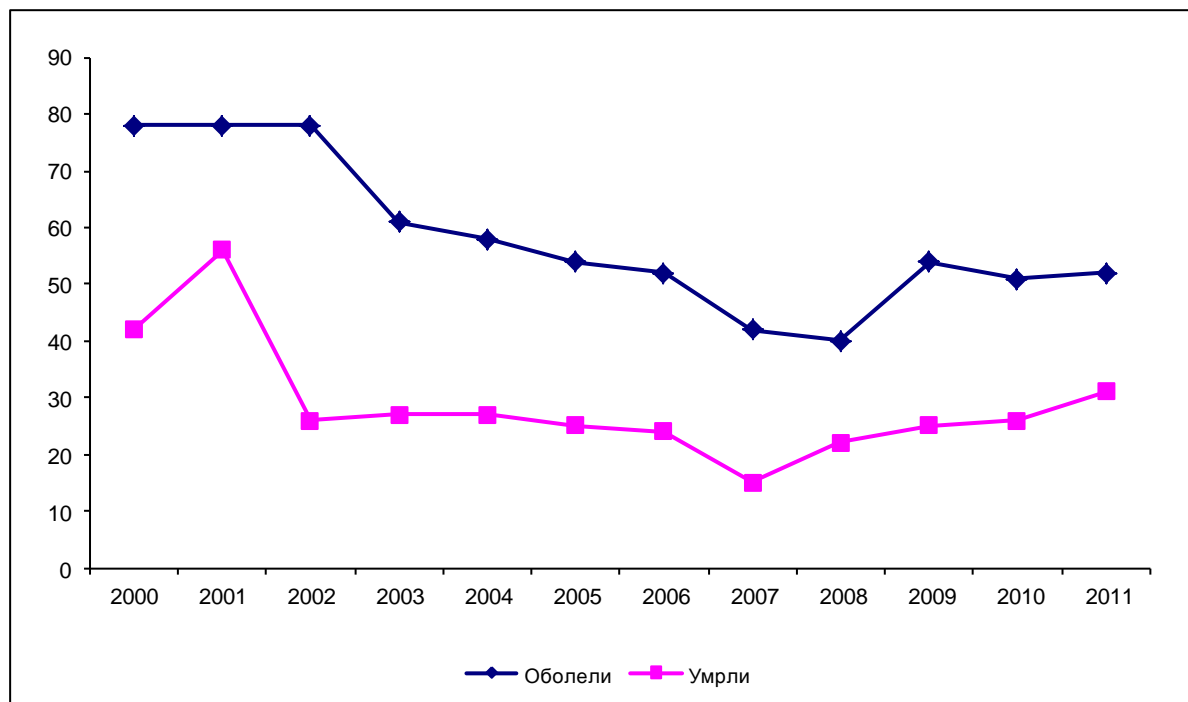
**Табела 7.** Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2000–2011.

Спроведена имунизација	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
ДТПЗ вакцинација	97	97	97	97	98	97	97	98	98	97	97	98
ОПВЗ вакцинација	97	97	97	98	98	97	97	98	98	97	97	98
ММР вакцинација	87	95	93	95	97	95	96	97	96	96	96	97
НВ вакцинација 1. г.						65	92	94	94	95	95	96
НВ вакцинација 12. г.							57	80	78	62	76	87
Нб вакцинација							74	91	97	96	97	97

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2011. годином пријављено је 1594 оболелих од *Morbus HIV* (*AIDS*, сида) од којих је 1027 (64%) особа умрло од сида. Током 2011. године регистроване су 52 новооболеле особе (стопа инциденције 0,71 на 100.000 становника), док је 31 особа умрла (стопа морталитета 0,43 на 100.000 становника). Од 2000. до 2011. године забележен је пад оболелих и умрлих од ове болести (графикон 30).

**Графикон 30.** Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV*, Србија, 2000–2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

### III ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

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

Учешће популације деце узраста од 0 до 6 година у укупном броју становника у периоду од 2007. до 2011. године у Србији се постепено смањивало са 7,1% у 2007. години на 6,7% колико је износило у 2011. години. Одојчад (деца старости 0-365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2011. године пружало је 752 доктора медицине, од чега је 85,1% лекара специјалиста. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2011. години је износио 1,6 (табела 8).

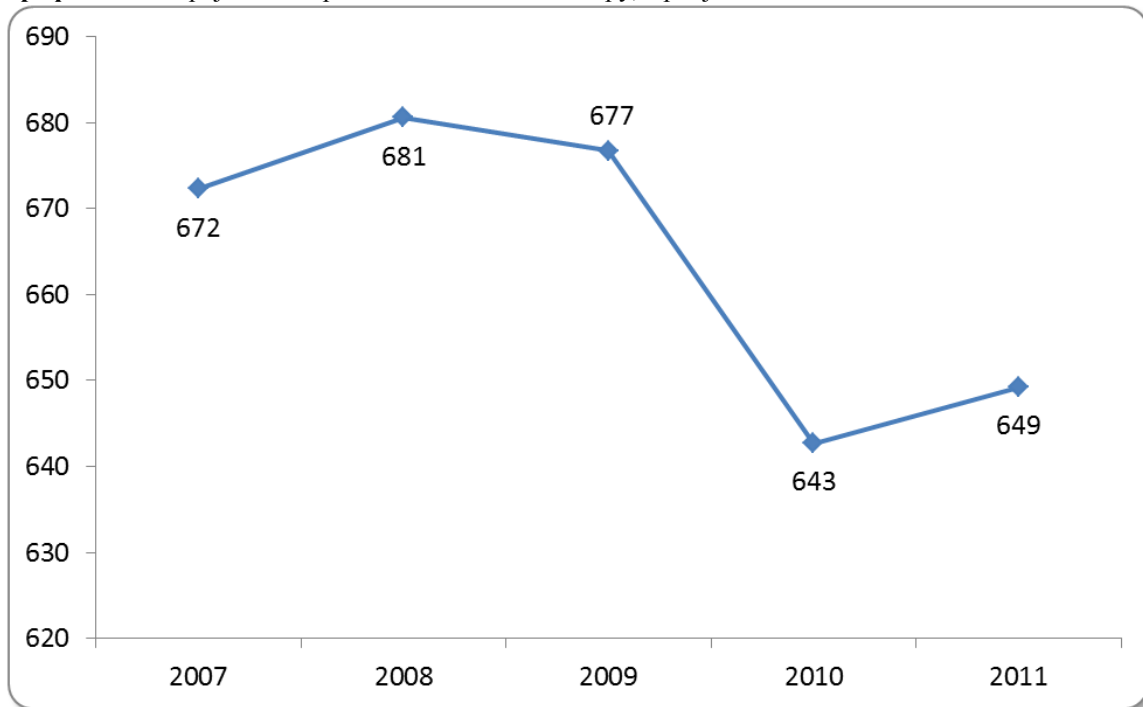
Табела 8. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2007-2011.

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
2007	777	1324	1,7	6463,9	9,6	60,0%
2008	760	1266	1,7	6863,8	10,1	57,8%
2009	753	1229	1,6	6539,5	9,7	60,3%
2010	778	1231	1,6	6273,1	9,8	61,1%
2011	752	1202	1,6	6010,3	9,3	63,8%

Извор: Институт за јавно здравље Србије

Просечан број деце узраста 0-6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду се смањује са 672 колико је износио 2007. године, на 649 колико је био 2011. године (графикон 31), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

**Графикон 31.** Број деце старости 0-6 година по лекару, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

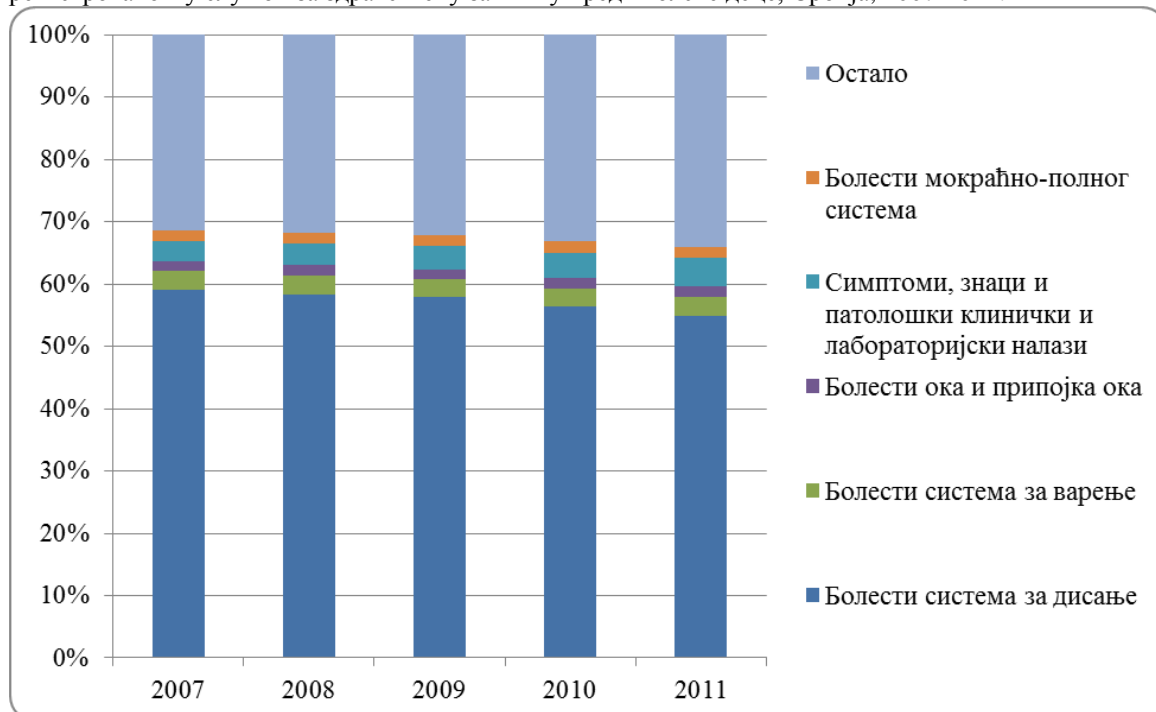
У служби за здравствену заштиту деце 2011. године регистровано је укупно 4.519.762 посете деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се кретало од 60,0% до 63,8% (табела 8). Просечан годишњи број посета по лекару у 2011. години износио је 6010,3.

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду опада са 9,6 у 2007. години, на 9,3 колико је износио 2011. Године, са највећом вредношћу (10,1) регистрованој 2008. године.

У службама за здравствену заштиту, укупан број регистрованих обољења и стања 2011. године је износио 2.994.420, а стопа оболевања 6133,4 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година, (или 6,1 по детету). У посматраном периоду стопа оболевања бележи константан пораст вредности.

У структури регистрованога ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу првих пет најчешћих група болести биле су болести система за дисање (X група МКБ-10); Болести система за варење (XI група МКБ-10); Болести ока и припоја ока (VII група МКБ-10); Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10); Болести мокраћно-полног система (XIV група МКБ-10). Процентуално учешће најчешћих група болести у посматраном периоду је приказано на графикону 32.

**Графикон 32.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

### ***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.

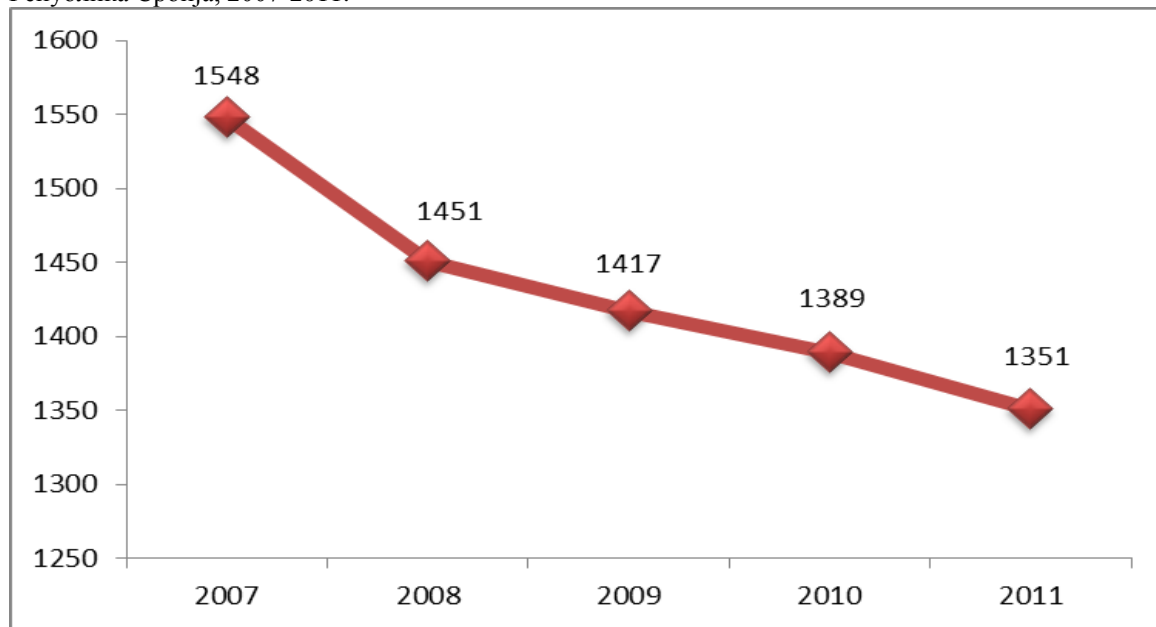
У Републици Србији у 2011. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 14,0% у укупној популацији (укупно 1.017.212). У 2007. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (1.066.704) као и њихово учешће у укупном броју становника који је износио 14,5%. У структури школске деце (7–19) 48,7% су девојчице а 51,3% дечаци.

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 2011. години пружало је 753 доктора медицине, од чега 475 специјалиста педијатрије (63,1%) и 104 лекара на специјализацији. Укупан број лекара се повећао у односу на 2007. годину (689 лекара), али је проценат специјалиста мањи у односу на 2007. годину (69,1%). Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду бележи пад од 1,5 (2007.) до 1,3 2011. године (табела 9).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2011. године у Републици Србији износио је 1351. Овај број је опао током посматраног периода (1548 деце на лекара 2007.) услед пријема 64 лекара у ове службе и мањег броја школске деце (око 50.000 за пет година) (графикон 33).

**Графикон 33.** Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Република Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије



У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2011. године регистровано је укупно 5.951.113 посета, од чега 3.809.993 (71,6%) код лекара и 28,4% посета код других медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном детету (7–19 година) износи 3,7 посете годишње у току посматраног периода (табела 9).

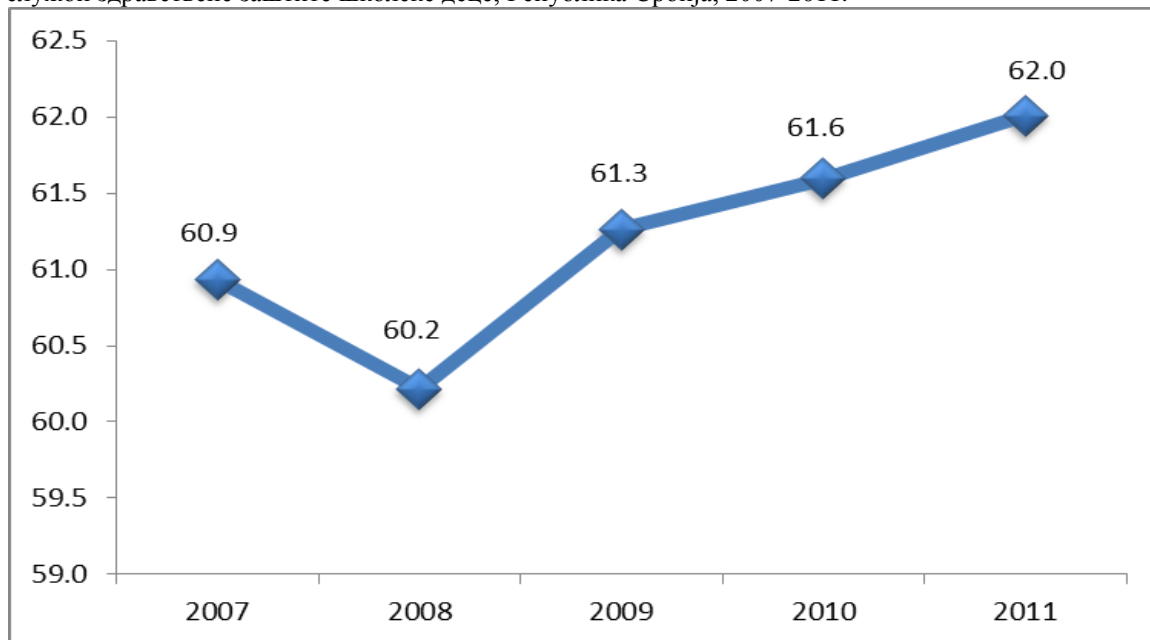
**Табела 9.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2007-2011.

Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	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 (%)
2007	689	69,1	1000	1,5	1548	5661	3,7	60,9
2008	721	63,7	981	1,4	1451	5420	3,7	60,2
2009	729	63,1	991	1,4	1417	5583	3,9	61,3
2010	738	60,0	951	1,3	1389	5200	3,7	61,6
2011	753	63,1	959	1,3	1351	5060	3,7	62,0

Извор: Институт за јавно здравље Србије

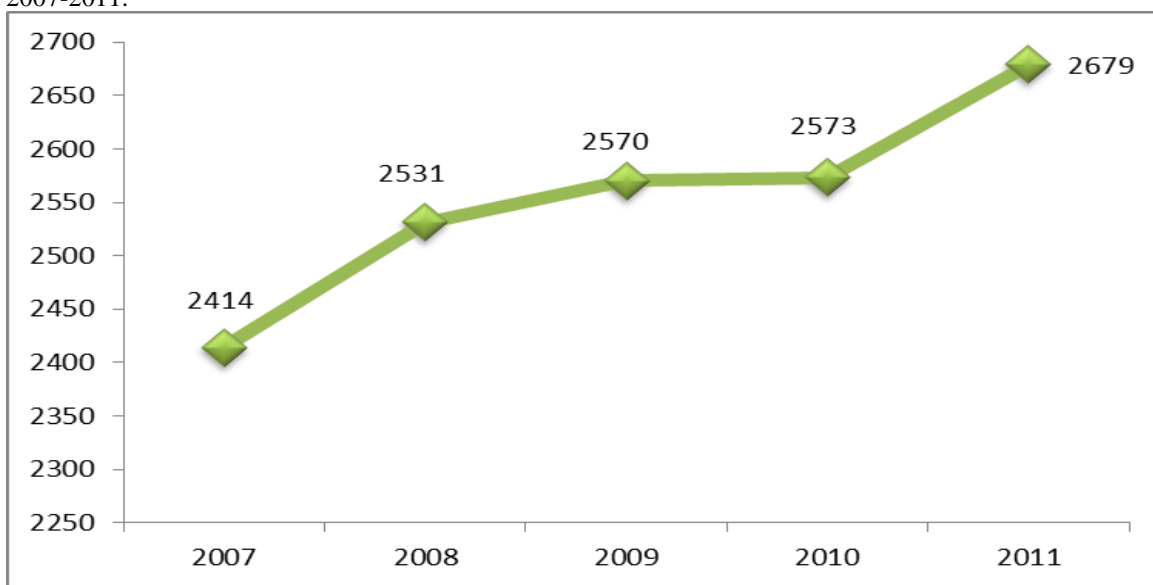
Од укупног броја посета лекару у ординацији учешће првих посета у 2011. години је 62,0% тј. учешће првих посета у укупном броју посета није бележило веће промене у посматраном периоду (графикон 34).

**Графикон 34.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2007-2011.



У службама за здравствену заштиту деце и омладине у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења и стања у групи од 7 до 19 година, 2011. године је износио 2.725.137, а стопа оболевања 2679,05 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,7 по детету). Стопа оболевања у посматраном периоду бележи пораст од 2414 (2007.) до 2679 у 2011. години (графикон 35).

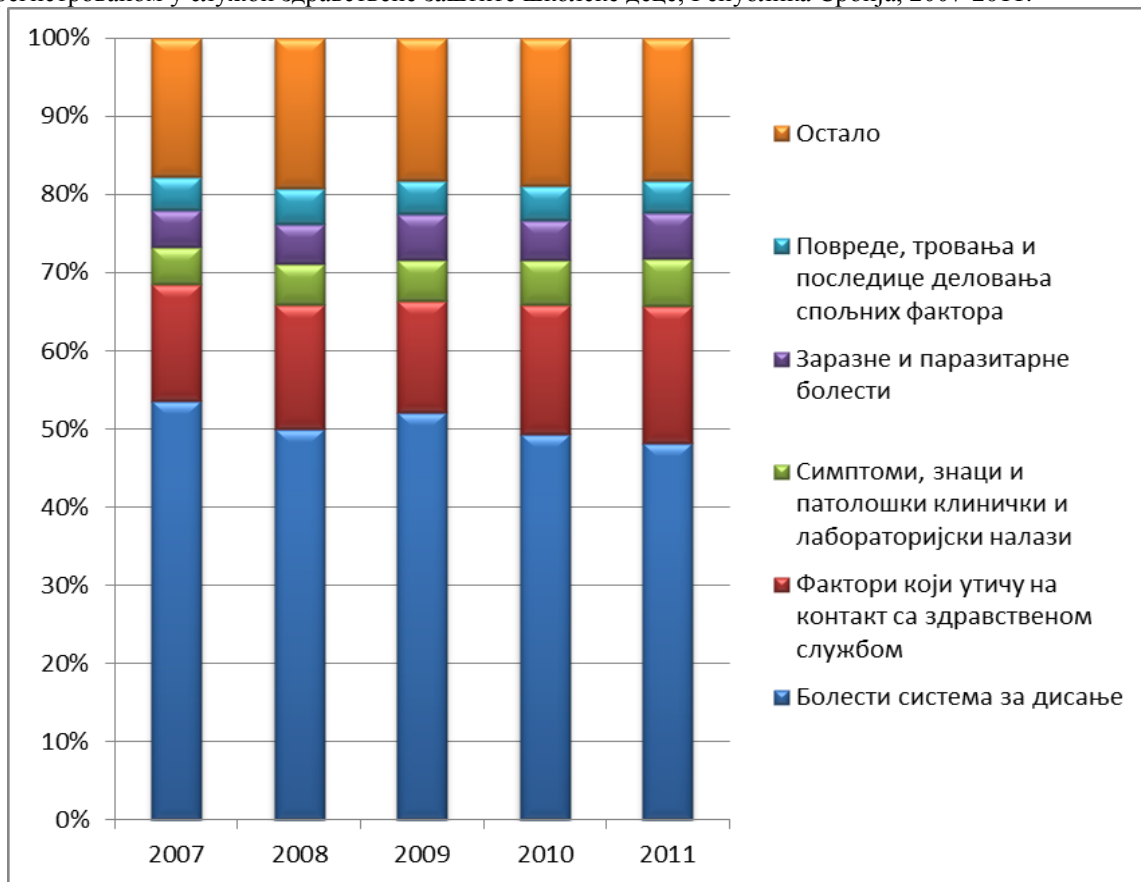
**Графикон 35.** Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Република Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

У структури разболевања школске деце у периоду од 2007. до 2011. 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 36). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих МКБ група болести.

**Графикон 36.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Република Србија, 2007-2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

### *Здравствено стање одраслог становништва*

Одрасло становништво је највећим својим делом „продуктивно становништво”, па је самим тим и здравствено стање овог дела популације важно како за њих саме, тако и за младу генерацију која тек долази и о којима они треба да воде бригу. Они у току свог животног доба и рада, постајући све старији, улазе у период живота у коме многи кумулисани фактори почињу да делују на њихово здравље.

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2007. години учествовала са 78,5% у укупном становништву. У 2011. тај проценат износи 79,3%. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву од 2007 до 2011. смањена је од 17,2% у 2007. на 16,8% у 2011. Процент особа од 20 до 64 година у укупној популацији се повећао са 61,3% у 2005. на 62,4% у 2011. години.

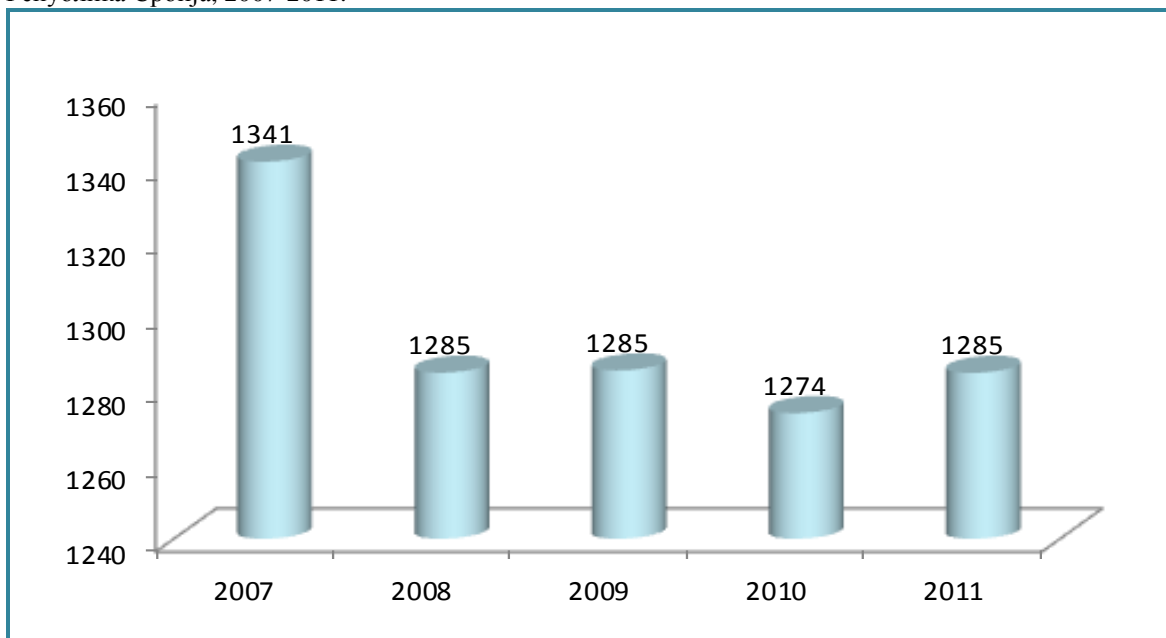
У структури одраслог становништва 51,4% су жене, а 48,6% мушкарци.

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 2011. години пружало је 4479 доктора медицине. Од тог броја 2089 (47%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду се смањио са 1,6 на 1,5. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада од 2007. до 2011. године се смањио од 1341 до 1285 (Графикон 37).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2011. године регистровано је укупно 44.349.785 посета, од чега 28.910.770 или 64,5% код лекара и 35,5% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је од 2007. до 2011. је порастао од 4,5 до 5 (Табела 10).

**Графикон 37.** Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Република Србија, 2007-2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

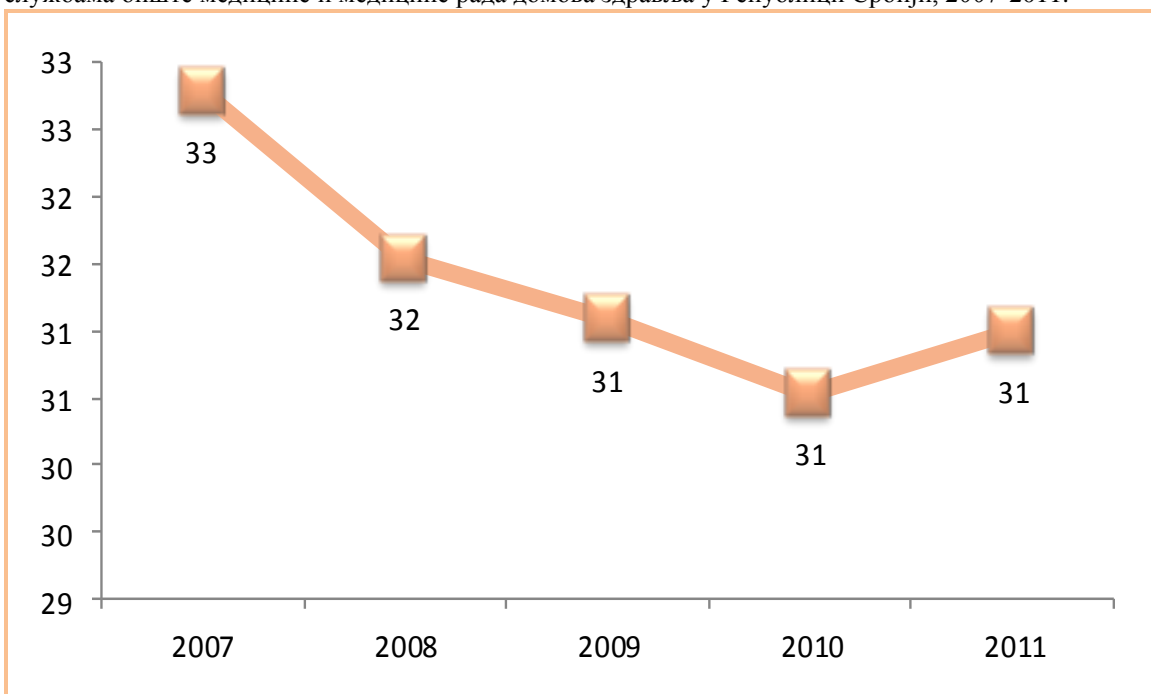
**Табела 10.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Република Србија, 2007-2011.

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
2007	4319	47	7018	1.6	1341	6168.3	4.5	32.8
2008	4505	46	7003	1.6	1285	6308.6	4.8	31.5
2009	4496	46	7003	1.6	1285	6444.3	5.0	31.1
2010	4527	46	6970	1.5	1274	6441.3	5.0	30.5
2011	4479	47	6842	1,5	1285	6544.0	5,0	31,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије

Од укупног броја посета лекару у ординацији, једна трећина је била првих посета (графикон 38).

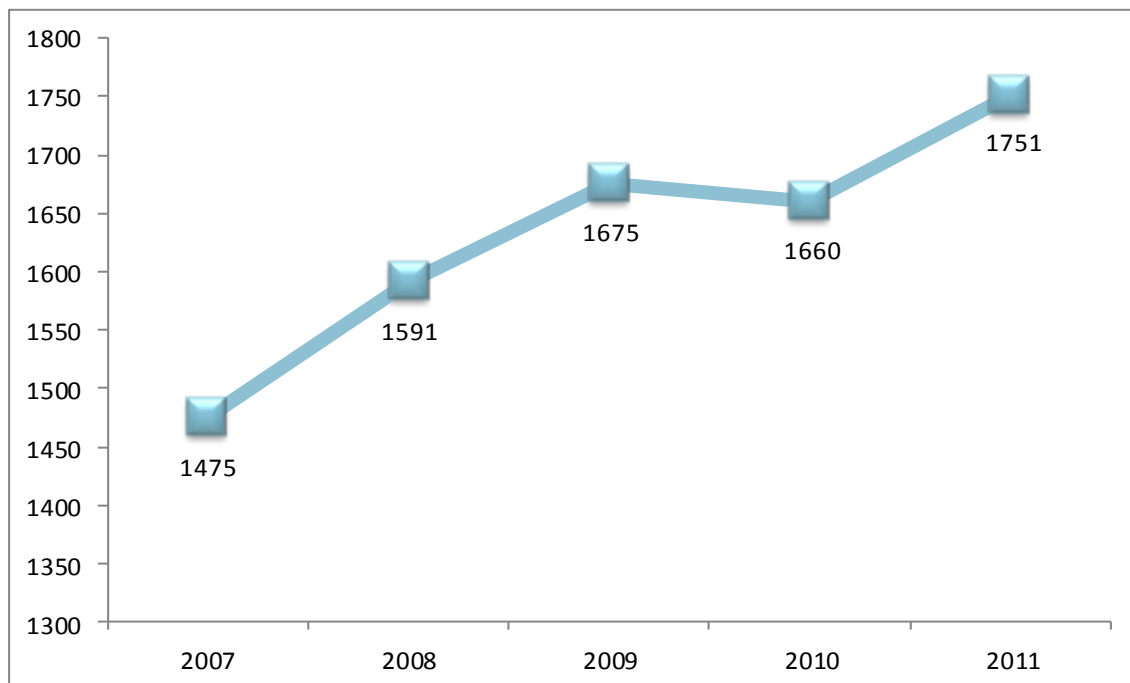
**Графикон 38.** Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада домова здравља у Републици Србији, 2007-2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва су се од 2007. до 2011. повећале са 1475 на 1751 на 1.000 становника (графикон 39).

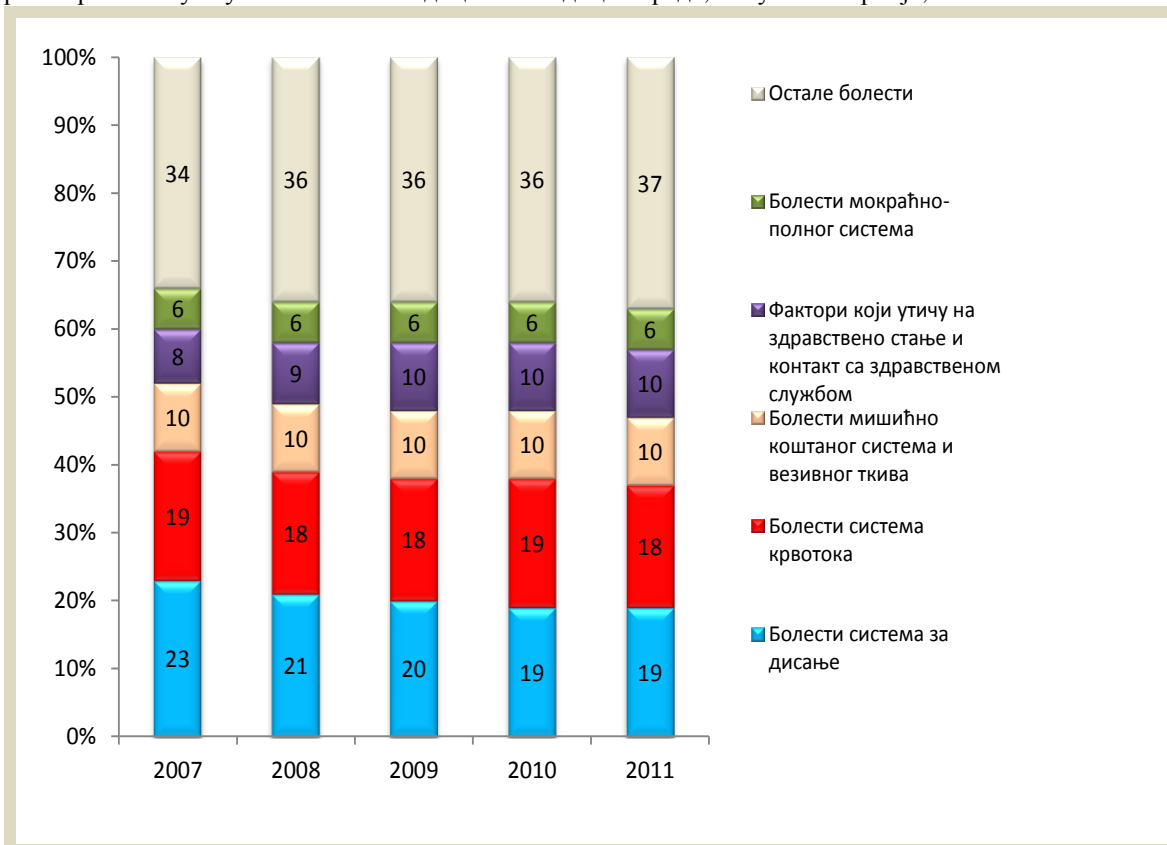
**Графикон 39.** Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1.000), Република Србија, 2007-2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2007. до 2011. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштаног мишићног система и везивног ткива (графикон 40).

**Графикон 40.** Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Република Србија, 2007-2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

### *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 2011. години 586 лекара што представља повећање у односу на претходне године. У исто време број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је смањен, тако да је дошло до смањења њиховог међусобног односа са 1,6 колико је износио 2007. године на 1,4 у 2011. години (табела 11).

**Табела 11.** Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2007-2011.

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једну жену 15+	Процентуално учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
2007	542	883	1,6	3801,8	0,64	43,67%
2008	558	878	1,6	3916,0	0,68	64,29%
2009	578	892	1,5	3782,9	0,68	45,20%
2010	588	850	1,4	3428,3	0,63	43,84%
2011	586	815	1,4	3368,8	0,62	43,30%

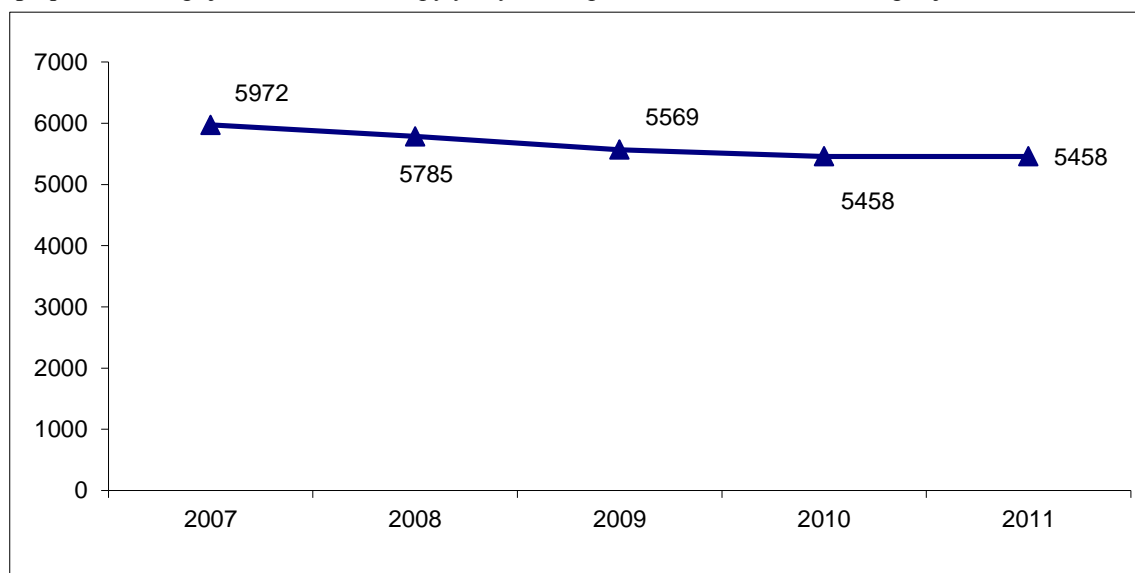
Извор: Институт за јавно здравље Србије

Просечан годишњи број посета по једном лекару варирао је у посматраном периоду, са највећом вредношћу реализованом 2008. године (3916,0) и најнижом у 2011. години (3368,8). Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2008. и 2009. године, а најмањи у 2011. години (табела 11).

Од укупног броја посета лекару у ординацији две петине су чиниле прве посете, осим у 2008. години, када су прве посете чиниле скоро две трећине укупних посета.

Када је реч о обезбеђености жена лекарицама у службама здравствене заштите жена, примећујемо да се она у 2010. и 2011. години значајно побољшала у односу на претходне године. Број жена старих 15 и више година по једном лекару у 2007. години износио је 5972, док је у 2010. и 2011. години износио 5458 (графикон 41).

**Графикон 41.** Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2007-2011.

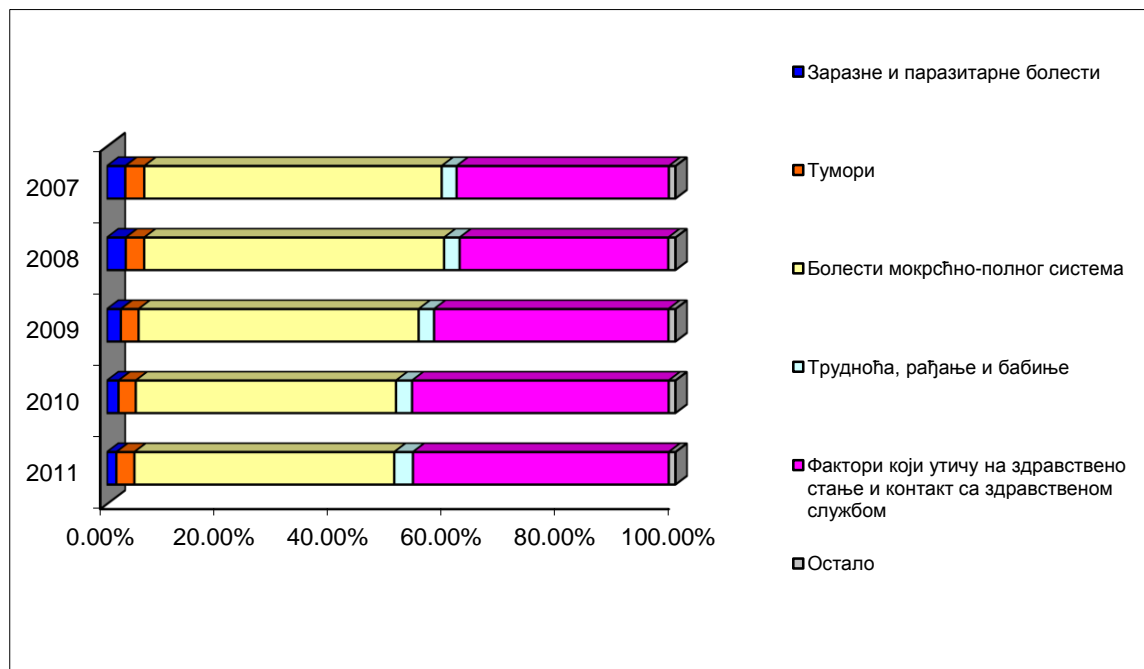


Извор: Институт за јавно здравље Србије



У структури оболевања жена у периоду 2007-2011. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 45-50%, а затим следе фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 37-45% у укупном морбидитету. У пет најчешћих група оболевања у службама здравствене заштите жена у Републици Србији убрајају се и заразне и паразитарне болести, трудноћа, рађање и бабиње и тумори. Ових пет најчешћих група болести заједно су чиниле 98,87% у 2007. години, а 98,84% у 2011. години (графикон 42).

**Графикон 42.** Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

### **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 деце до навршених 18 година живота, труднице и породиље до године дана после порођаја, а одрасли становници Републике само за хитне стоматолошке услуге. Од 2010. године, изменама овог Закона су и студенти на редовном школовању до навршених 26 година живота такође добили право на стоматолошку здравствену заштиту финансирану из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, са мањим обимом права од деце, као и као и одређене социјалне категорије одраслог становништва. Све ове измене законске регулативе

које су пратиле и измене подзаконских аката су имале свој утицај на обезбеђеност и коришћење стоматолошке здравствене заштите у посматраних пет година.

*Стоматолошка здравствена заштита предшколске деце*

У посматраном периоду се број деце узраста од 0 до 6 година за 34.000 смањило. Број стоматолога се увећао, са 210 колико је радило са овом старосном групом у 2007. години, на 246 стоматолога у 2011. години. На основу тога је и обезбеђеност деце све повољнија од 2007. године када је било 2500 деце на једног стоматолога, а најбоља је у 2011. години када је мање од 2000 деце предшколског узраста на једног стоматолога. Са друге стране, оптерећеност стоматолога је и поред повећања њиховог броја расла због повећања броја посета Стоматолошкој служби. Што се коришћења стоматолошке службе тиче, деца предшколског узраста су сваке наредне године све више користили стоматолошку здравствену заштиту, односно просечан број посета по детету је у 2011. години био 1,3 (табела 12).

**Табела 12.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2007-2011.

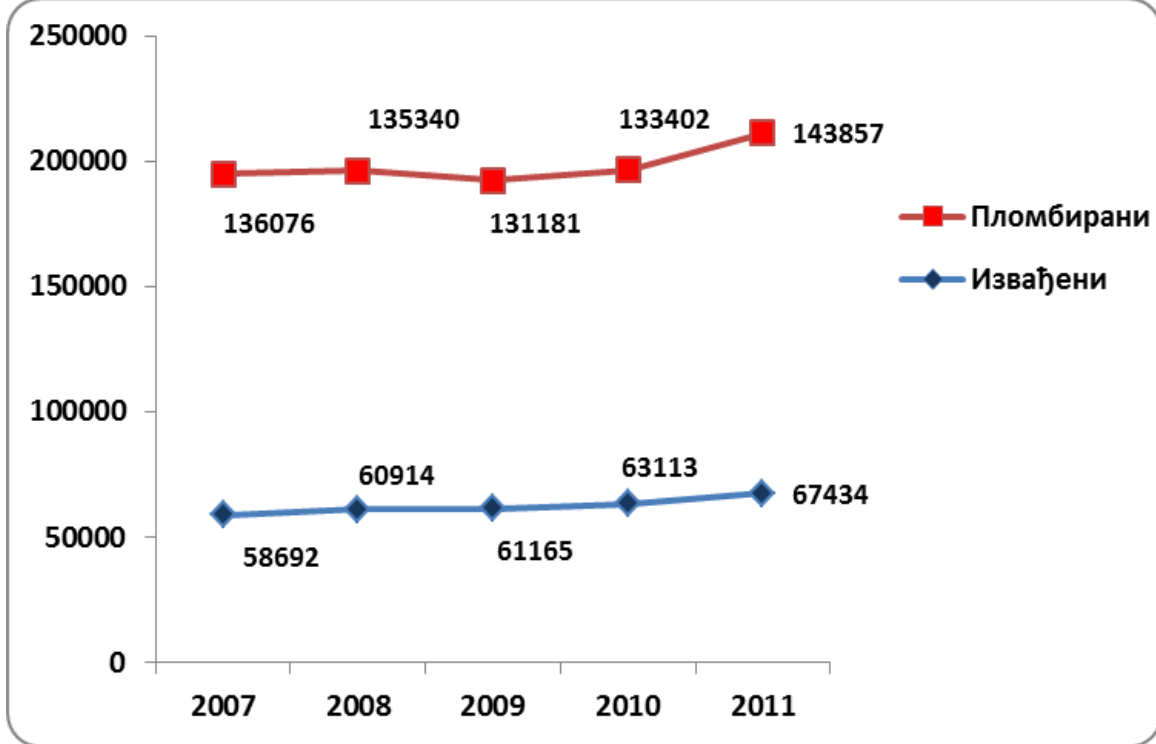
Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно предшколско дете
2007	0,43	2217,18	2487,55	0,89
2008	0,45	2497,00	2405,85	1,04
2009	0,47	2487,57	2316,18	1,07
2010	0,47	2413,57	2127,73	1,13
2011	0,47	2569,22	1984,61	1,29

Извор: Институт за јавно здравље Србије

Укупан број посета Стоматолошкој служби се у посматраном периоду континуирано повећавао, са 450.000 посета у 2007. години на 630.000 посета у 2011. години. Сигурно је ово повећање условило и повећање најчешће пружаних стоматолошких услуга, односно услуге вађења зуба, а пре свега конзервативно збрињавање зуба (графикон 43).

Број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса током једне посете показује већи пораст од 2010. године, као што се и број ендодонтски лечења зуба такође повећава у 2011. години. Број извађених зуба има благ али сталан тренд раста што се сматра неповољним показатељем за овај младу популацију. Иако говоримо о вађењу млечних зуба, треба имати у виду да њихово превремено вађење може условити друге проблеме током ницања сталних зуба. Посматрано у овом петогодишњем периоду, однос извађених и пломбираних зуба је све неповољнији.

Графикон 43. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

### 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. И број школске деце се континуирано смањивао у посматраном периоду. Број стоматолога који ради са овом популацијом се од 2007. Године када је било 786 стоматолога повећао у 2011. години на 838 стоматолога. То је утицало да обезбеђеност школске деце стоматологом буде све повољнија. У 2007. години је било 1350 школске деце на једног стоматолога, а најбоља је у била у 2011. години када је 1200 деце школског узраста било на једног стоматолога. Међутим, са порастом укупног броја посета Стоматолошкој служби, са 2.150.000 у 2007. години, на 2.470.000 у 2011. години, расте и оптерећеност стоматолога. Деца школског узраста су у посматраном периоду све више користила Стоматолошку службу, односно просечан број посета по детету је у 2011. години био 2,4 (табела 13).

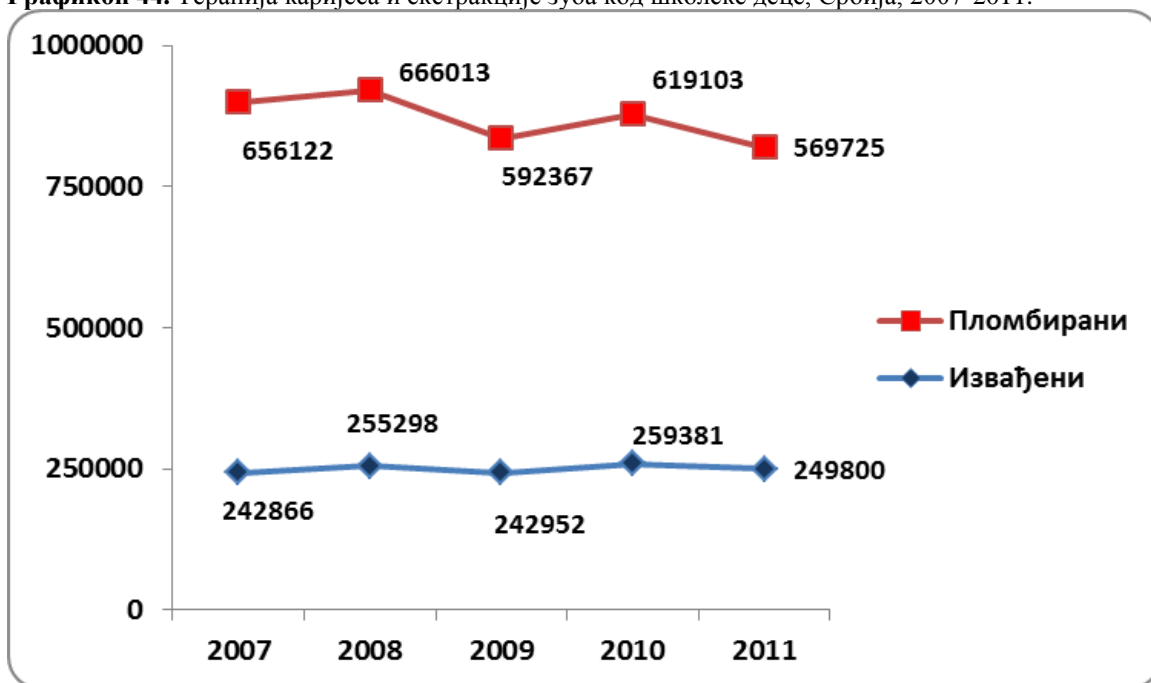
Табела 13. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2007-2011.

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
2007	0,37	2731,48	1357,13	2,01
2008	0,38	3046,63	1305,89	2,33
2009	0,41	3051,83	1338,27	2,28
2010	0,42	3339,67	1343,75	2,49
2011	0,44	2940,99	1213,86	2,42

Извор: Институт за јавно здравље Србије

Број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса током једне посете показује мање осцилације током посматраних пет година али и нагло смањење од 2010. године, док се број ендодонтски лечених зуба и број извађених зуба врло мало повећава. Посматрано у овом петогодишњем периоду, однос извађених и пломбираних зуба је све неповољнији пре свега због смањење броја пломбираних зуба.

Графикон 44. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

## 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 од 2005. до 2010. године из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање су биле одраслој популацији доступне искључиво ургентне стоматолошке услуге. Изменама поменутог Закона су проширена права на стоматолошку здравствену заштиту одређеним социјалним категоријама становништва, али се то није значајније одразило на коришћење стоматолошке здравствене заштите. У посматраном петогодишњем периоду смањен је број становника за 40.000, смањен је број стоматолога за 140 и смањен је број посета за 130.000. С обзиром на то да је смањење броја становника било мање од смањења броја стоматолога, обезбеђеност одраслог становништва стоматологом је у 2011. години била најнеповољнија. Одрасло становништво и даље недовољно користи стоматолошке службе, односно просечан број посета по одраслом становнику је у 2011. години био 0,30 (табела 14).

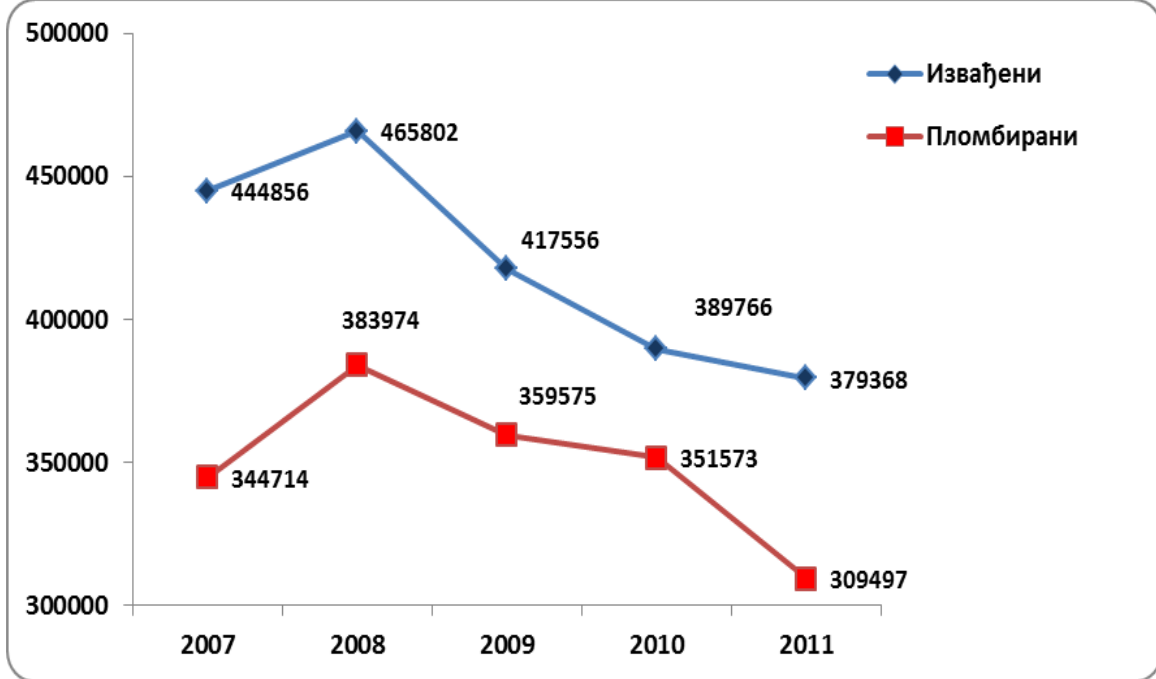
**Табела 14.** Показатељи стоматолошке здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2007-2011.

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
2007	0,96	1351,55	4203,55	0,32
2008	0,93	1479,61	4190,40	0,35
2009	0,88	1525,51	4507,10	0,34
2010	0,83	1481,11	4368,29	0,34
2011	0,92	1395,61	4643,53	0,30

Извор: Институт за јавно здравље Србије

Број стоматолошких услуга санације каријеса и компликација каријеса показује, са изузетком 2008. године, стални тренд пада (графикон 45). Охрабрује чињеница да, и поред изузетно великог броја екстракција зуба годишње, однос извађених и пломбираних зуба се креће у правом смеру. У складу са тим би било повољније да имамо повећање броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, што би нам дало наду да одрасли становници почињу редовније да брину о здрављу својих уста и зуба.

Графикон 45. Терапија каријеса и екстракције зуба код одраслог становништва, Србија, 2007-2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије

## IV БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

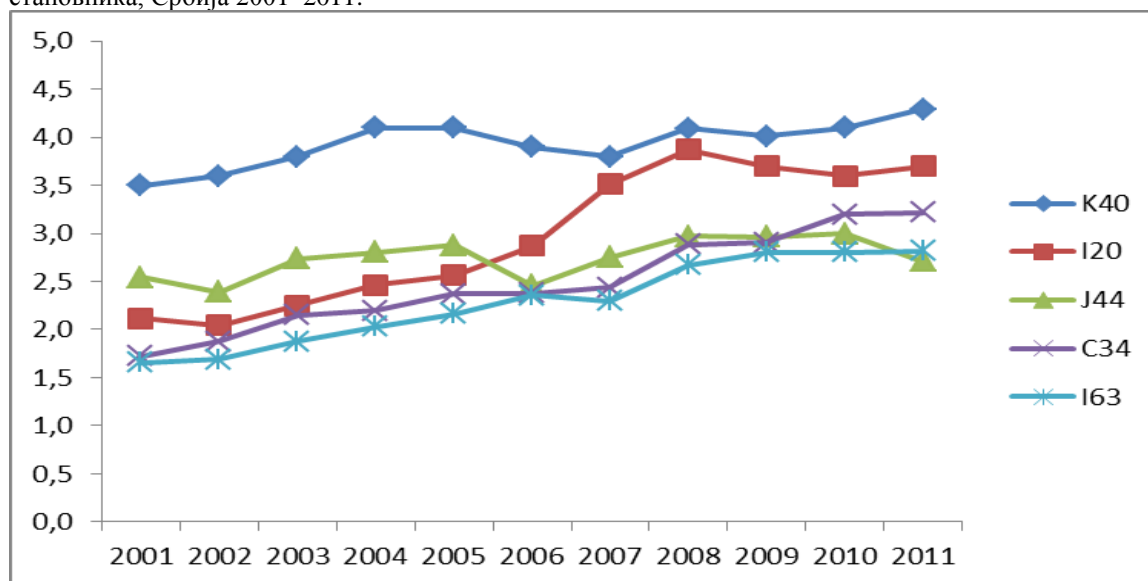
### *Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама*

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

Посматрано према појединачним дијагнозама (уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја), најчешћи узрок хоспитализације у 2011. години било је стезање у грудима, а затим следе инфаркт мозга и шећерна болест - инсулино зависни облик.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2011. 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), инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63) и акутни инфаркт (изумирање ткива) срца (МКБ10: I21). Иначе, код свих наведених узрока хоспитализације забележен је тренд повећања у периоду од 2001. до 2011. године (графикон 46).

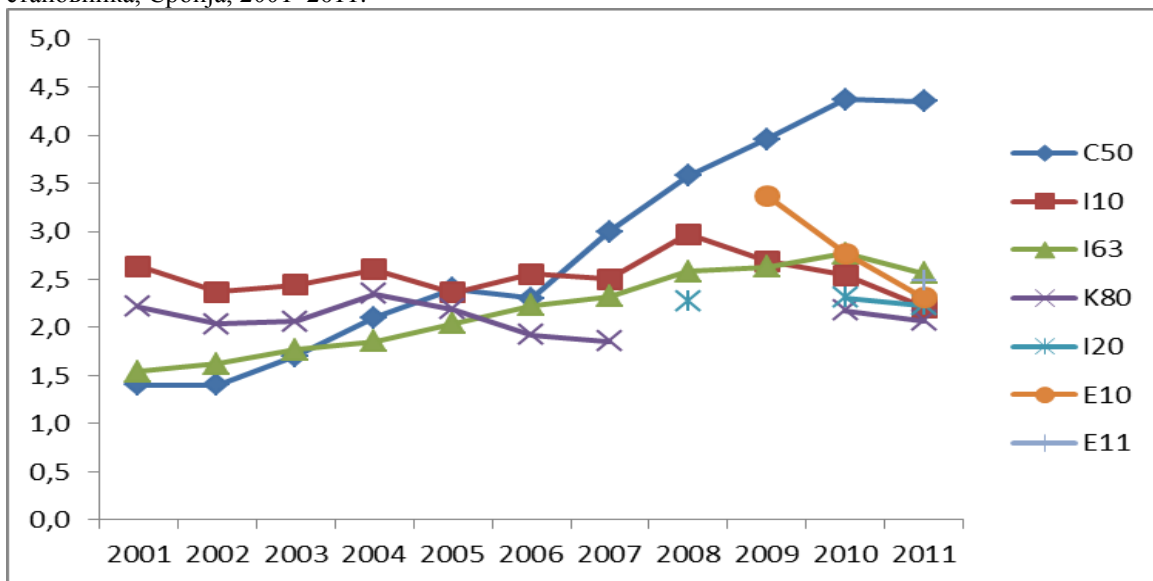
**Графикон 46.** Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија 2001–2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије, Извештај о хоспитализацијама

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2011. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: С50). Ово обољење у 2000. години се није налазило ни на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 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, колико је износила и 2011. године. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (МКБ10: I63), шећерна болест - инсулино зависни облик (МКБ10: E10), шећерна болест - инсулино независни облик (МКБ10: E11) и стезање у грудима (МКБ10: I20) (графикон 47).

**Графикон 47.** Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2001–2011.



Извор: Институт за јавно здравље Србије, Извештај о хоспитализацијама

### ***Коришћење болничке здравствена заштите***

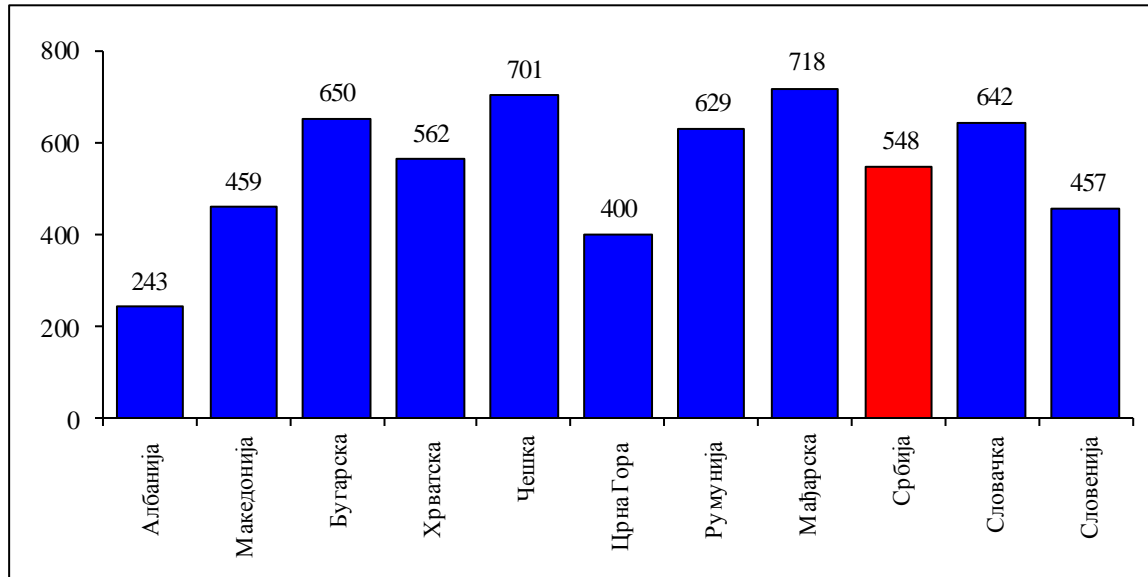
Болничка здравствена заштита представља интегрални део система здравствене заштите. Основна функција болнице је да обезбеђује стационарно лечење оболелих и повређених лица, али и да врши специјалистичку службу, као и да учествује у спровођењу превентивних мера у оквиру своје делатности.

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 2011. години износио је 39.796 постеља (без постеља дневних болница) или 548 постеља на 100.000 становника (графикон 48). Обезбеђеност постељама у Србији је мања од просека у Европском региону (669 на 100.000 становника), а незнатно већа од просека ЕУ (545 на 100.000 становника).



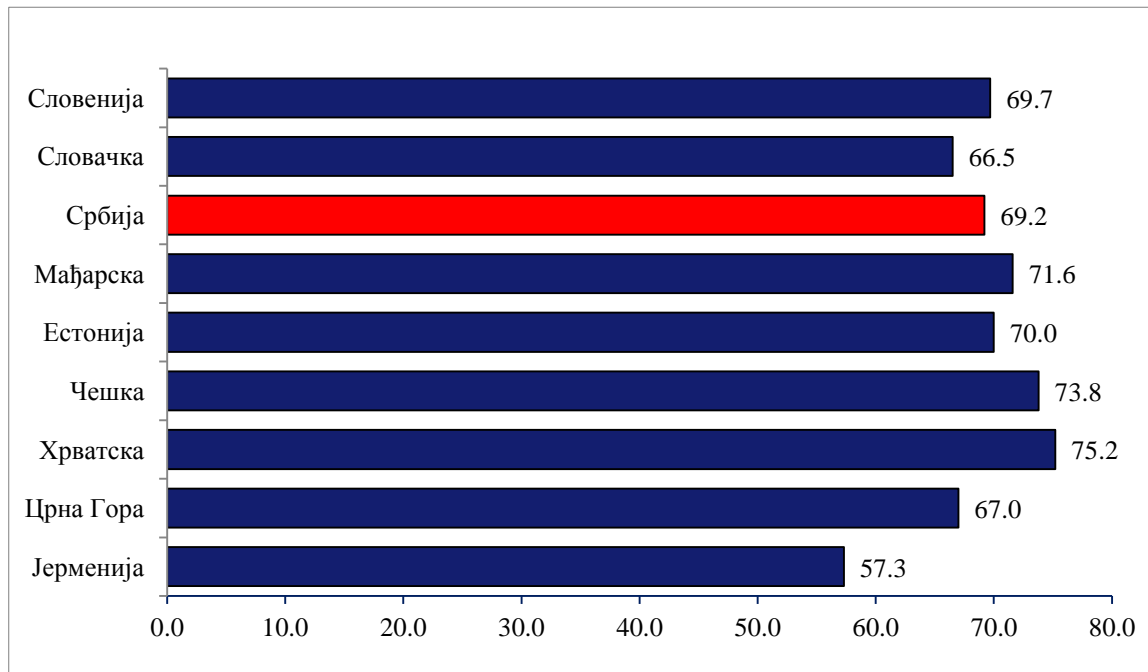
**Графикон 48.** Број постеља на 100.000 становника у Србији и изабраним европским земљама, 2010.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије; 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 49).

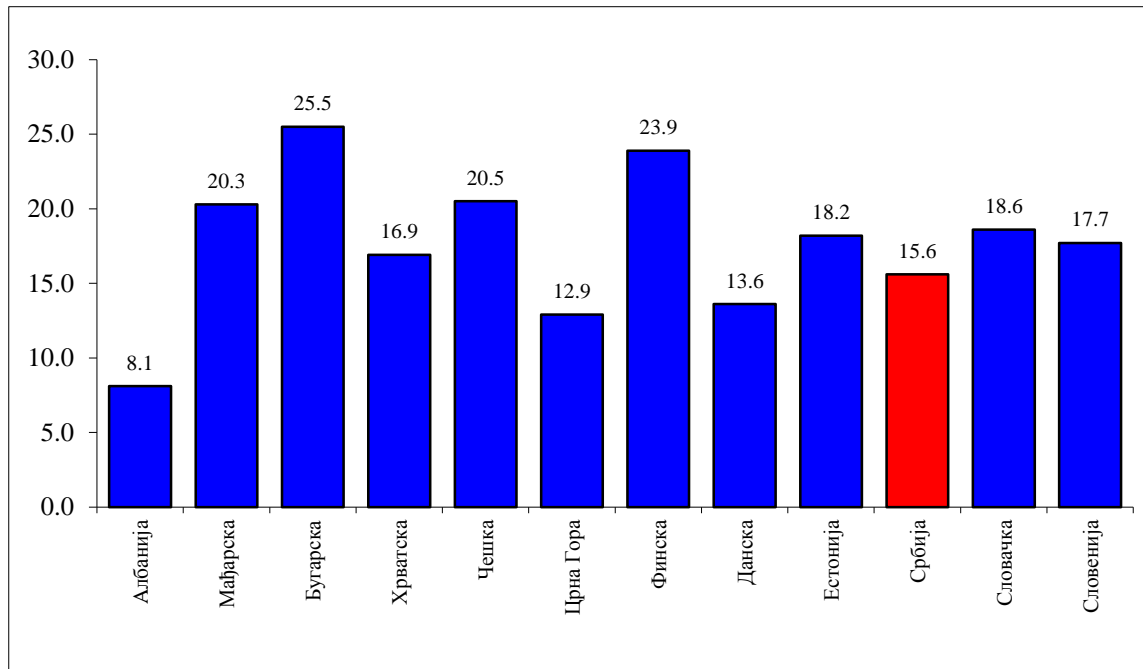
**Графикон 49.** Просечна дневна заузетост постеља у акутним болницама у Србији и изабраним европским земљама, 2011.



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 2011. години износила је 15,6 на 100 становника, што је на нивоу вредности из претходне године, али је ниже од просека у европском региону (18,4) и ЕУ (17,7), односно од стопе хоспитализације у већини европских земаља (графикон 50).

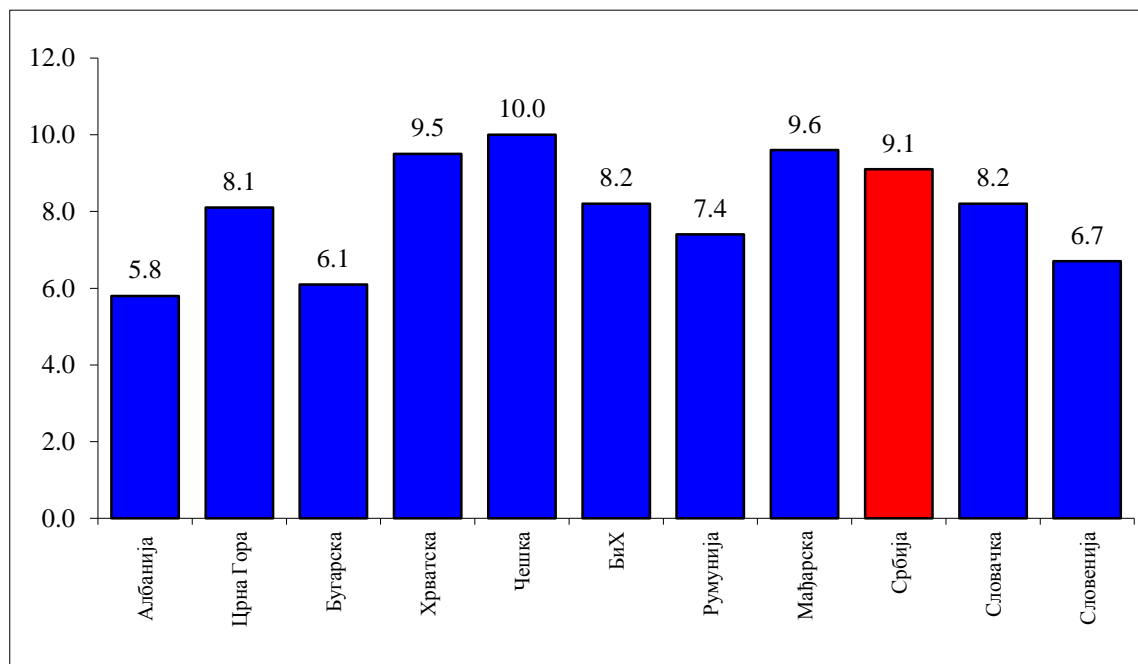
**Графикон 50.** Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2011.



Извор података: Институт за јавно здравље Србије; база података „Здравље за све” Светске здравствене организације

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2011. години износила је 9,1 дан, на нивоу је претходне године (2010. износила је 9,0 дана) и близу просечне вредности у европском региону од 9,2 дана (графикон 51).

**Графикон 51.** Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији и изабраним европским земљама, 2010.

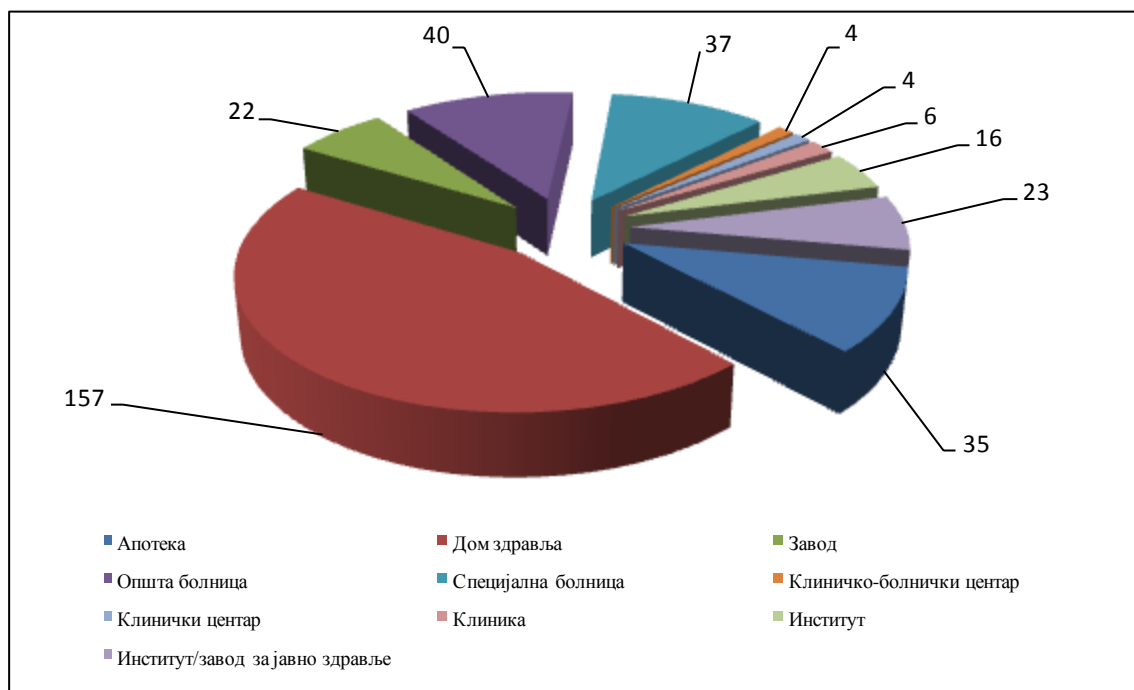


Извор података: Институт за јавно здравље Србије; база података „Здравље за све” Светске здравствене организације

## V 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. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009 и 24/2010) у 2011. години у Србији износио је 344 (графикон 52).

Графикон 52. Здравствене установе у Републици Србији, 2010



Извор података: Институт за јавно здравље Србије

На дан 31.12. 2011. године је у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији било запослено 113.384 радника. Од тог броја било је 21.030 лекара, односно 290 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (460 на 100.000) а најмањи у Сремском округу (182 на 100.000). Просечан број лекара на 100.000 становника према окрузима приказан је у картограму 1.

Картограм 1. Лекари на 100.000 становника по окрузима, Србија, 2011



## VI ZAKЉUČCI

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, али и смањење стопе смртности одојчади.
- Позитивна макроекономска кретања у Србији у 2011. години испољавају се кроз релативно стабилан раст бруто домаћег производа већ од друге половине 2009. године. Кључни изазови економског напретка Србије су: (1) Макроекономска стабилност. (2) Јачање иновационих капацитета и модернизација индустрије. (3) Стимулисање прилива иностраног капитала. (4) Унапређење структуре и повећање вредности извоза. (5) Раст животног стандарда. (6) Отварање нових радних места.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
  1. Бруто домаћи производ по становнику у Србији је међу најнижим у Европи.
  2. Посматрано према конкурентности, Србија се у односу на транзиционе земље централне и југоисточне Европе налази на претпоследњем месту у 2011. години.
  3. Повећава се текући дефицит платног биланса, услед успоравања раста извоза и убрзавања раста увоза.
  4. У поређењу са земљама из окружења, Србија има знатно вишу стопу инфлације.
  5. Релативно су ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства.
  6. Незапосленост у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада. Стопа раста незапослености, као основног генератора сиромаштва и социјалне искључености, у порасту је од 2008. године. У 2011. години забележен је и раст стопа дугорочне и веома дугорочне незапослености.
  7. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 59. место у свету. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
  8. Присутан је тренд повећања укупног сиромаштва.
- Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2006–2010. година, као и велику стабилност посматрани као удео у бруто домаћем производу. Издвајања за здравствену заштиту као проценат од БДП-а, изнад су просека Европске уније. Међутим, Република Србија издваја, у апсолутном износу посматрано, мала средства за здравствену заштиту у компарацији са другим европским земљама, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа.

- Од свих узорака воде за пиће чија је исправност испитивана, код 15,35% забележена је физичко-хемијска, а код 4,24% микробиолошка неисправност.
- Микробиолошка неисправност намирница од 1,11% и физичко-хемијска неисправност од 4,61 % су веће у односу на претходну годину.
- Микробиолошка неисправност предмета опште употребе од 1,62 % и физичко-хемијска неисправност од 0,35% показују 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.
- 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. Пад стопе инциденције ТБ испод 20/100.000 сврстава Србију у групу земаља са малим оптерећењем туберкулозом.
- Због доступне и делотворне комбиноване антиретровирусне терапије региструје се пад оболелих и умрлих од AIDS-а у Србији у последњих десет година.
- Морбиле се поново јављају у епидемијском облику због неадекватног вакциналног статуса маргинализованих популационих група, али и опште популације.
- У структури морбидитета деце доминирају болести система за дисање, болести система за варење и болести ока и припоја ока. У посматраном петогодишњем периоду није дошло до промена у редоследу најчешћих група болести, као ни до значајнијих промена у њиховом учешћу у укупно регистрованом морбидитету.
- У структури разболевања школске деце у периоду од 2007. до 2011. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом знаци и

патолошки клинички и лабораторијски и заразне и паразитарне болести 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 2007. до 2011. године доминирају болести система за дисање, болести циркулаторног система и болести коштаног мишићног система и везивног ткива. У посматраном периоду није било промена у рангу наведених група болести. Учешће болести система за дисање у укупно регистрованом морбидитету смањено је у посматраном периоду за 4%.
- На основу морбидитета регистрованог у службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2007-2011. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају болести мокраћно-полног система, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и заразне и паразитарне болести.
- У стоматолошкој здравственој заштити деце и школске деце у периоду 2007-2011. година, однос извађених и пломбираних зуба је све неповољнији пре свега због смањење броја пломбираних зуба, док у стоматолошкој здравственој заштити одраслих бележи позитивне помаке.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2011. години била је препонска кила, а затим следе стезање у грудима и малигни тумор бронха и плућа. Код свих наведених узрока хоспитализације забележен је тренд повећања у периоду од 2001. до 2011. године.
- Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2011. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке, чија се стопа хоспитализације на 1000 становника утростручила у периоду од 2000. до 2011. године (са 1,4 на 4,4 на 1000). Остали најчешћи узроци хоспитализације код жена су инфаркт мозга – изумирање ткива мозга и шећерна болест (инсулино зависни и инсулино независни облик).
- Вредности стопе хоспитализације (15,6 на 100 становника), заузетости болничких постеља у акутним болницама (69,2%) и просечне дужина хоспитализације (9,1 дан), говоре о још увек недовољној искоришћености болничких капацитета.
- Просечан број лекара на 100.000 становника у 2011. години у Републици Србији износио је 290, са најнижом вредношћу у Сремском округу (182 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (460 на 100.000).