



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

РЕПУБЛИКА СРБИЈА

ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗА 2014. ГОДИНУ



2015.

Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”
Др Суботића, 5, Београд
www.batut.org.rs

Главни и одговорни уредник

Доц. др sc. med. Драган Илић

Уредник

Доц. др sc. med. Милена Васић

Аутори

Доц. др sc. med. Милена Васић, специјалиста социјалне медицине
Ана Вукша, дипломирани економиста, специјалиста јавног здравља
Прим. др Драгана Димитријевић, специјалиста епидемиологије
Др Снежана Живковић Перишић, специјалиста епидемиологије
Др Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине
Др Драгана Јовић, специјалиста хигијене
Др Милена Каназир, специјалиста епидемиологије
Др sc. med. Тања Кнежевић, специјалиста хигијене
Др Горанка Лончаревић, специјалиста епидемиологије
Др Миљан Љубичић, специјалиста социјалне медицине
Мр sc. med. Бранислава Матић Савићевић, специјалиста хигијене
Мр sc. med. Драган Миљуш, специјалиста епидемиологије
Мр sc. med. Наташа Мицковски, специјалиста социјалне медицине
Др Снежана Плавшић, специјалиста епидемиологије
Др Ивана Ракочевић, специјалиста епидемиологије
Др Данијела Симић, специјалиста епидемиологије
Др Маја Стошић
Мр sc. med. Весна Хорозовић, специјалиста социјалне медицине

Припрема и обрада података

Зорица Божић, виши дијететски нутрициониста
Татјана Мутавцић, инжењер статистике
Слободанка Томашевић, дипломирани инжењер информатике
Сања Савковић, инжењер статистике

Лектура и коректура

Мр Тамара Груден, специјалиста књижевне публицистике

ISBN 978-86-7358-070-08

Садржај:

1. Становништво и услови живота	1
1.1 Демографски показатељи	1
1.2 Социјално-економски показатељи	7
1.3 Животна средина и здравље	26
1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће	26
1.3.2 Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе	29
1.3.3 Квалитет ваздуха	34
2. Умирање и оболевање становништва	39
2.1 Смртност становништва	39
2.2 Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем	40
2.2.1 Болести система крвотока	41
2.2.2 Малигне болести	42
2.2.3 Шећерна болест	49
2.3 Оболевање и умирање од заразних болести	50
3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите	59
3.1 Здравствено стање деце	59
3.2 Здравствено стање школске деце	62
3.3 Здравствено стање одраслог становништва	66
3.4 Здравствено стање жена	71
3.5 Стоматолошка здравствена заштита	73
3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце	74
3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце	76
3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва	78
4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите	81
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама	81
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите	83
5. Здравствене установе и кадрови	86
6. Закључци	88
7. Предлог мера	93

1. СТАНОВНИШТВО И УСЛОВИ ЖИВОТА

1.1 Демографски показатељи

Становништво и његове карактеристике се не сматрају директним здравственим индикатором, али се користе као деноминатор за израчунавање различитих показатеља здравственог стања.

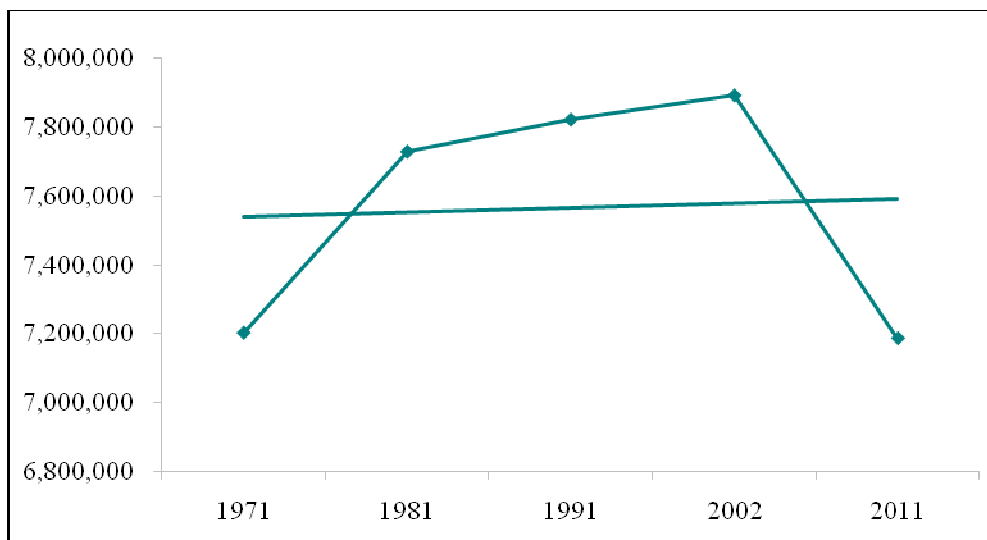
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953–1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији бележи тренд смањења (графикон 1).

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

Пописна година	Број становника
1953	6.162.321
1961	6.678.247
1971	7.202.914
1981	7.729.246
1991	7.822.795
2002 ¹	7.893.125
1991 ²	7.576.837
2002	7.498.001
2011	7.186.862

1— По методологији пописа 1991; 2 – По методологији пописа 2002.
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

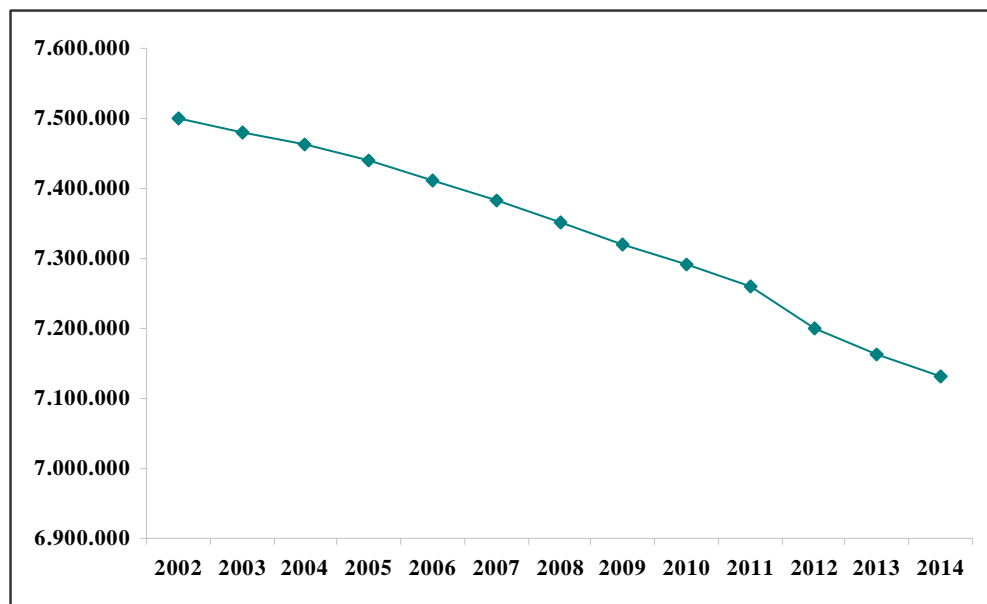
Графикон 1. Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2014. година (графикон 2).

Графикон 2. Процењен број становника, Србија, 2002–2014.



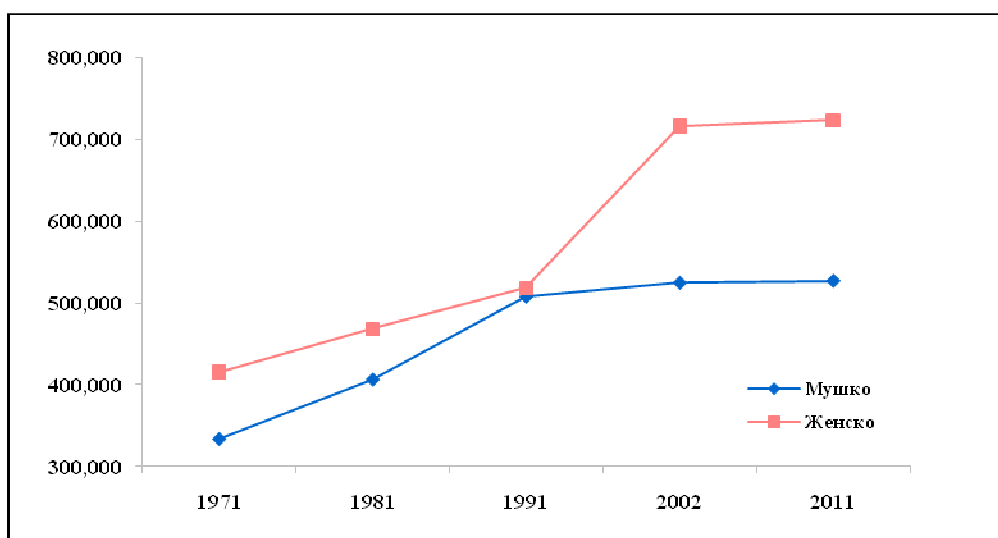
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

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

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



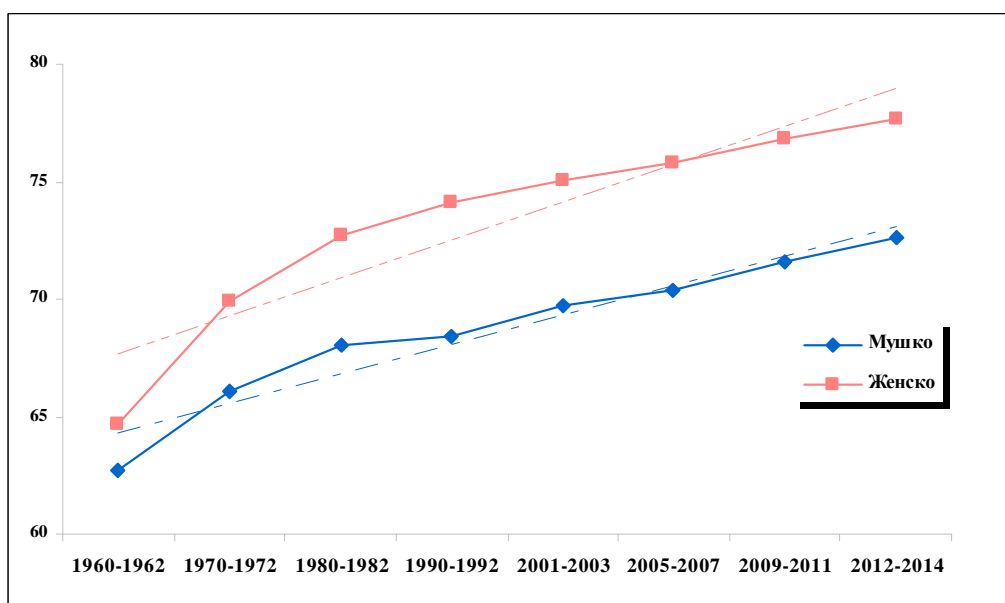
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

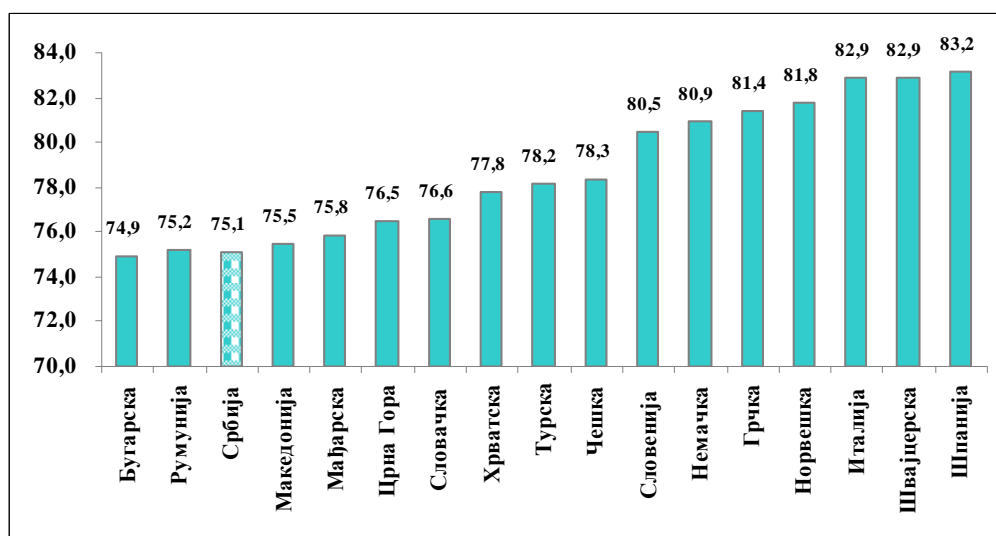
Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва и квалитета његовог живота. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2014. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година да би до 2014. године достигло 72,6 година. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2014. години оно бележи пораст за 13 година (77,7 година).

Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2014.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Графикон 5. Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2014.) и изабраним европским земљама, 2013.



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

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

- смањење наталитета – стопа наталитета (на 1000 становника) је са 9,7 у 2005. години смањена на 9,3 у 2014. години;
- уједначена стопа општег морталитета (на 1000 становника), вредност овог показатеља у 2014. години износила 14,2;
- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -4,6 у 2005. години на -4,9 у 2014. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце нижа је у 2014. години у односу на претходне године и износила је 5,7 (табела 2);

Табела 2. Витални догађаји, Србија, 2005–2014.

ПОКАЗАТЕЉ	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	9,7	9,6	9,2	9,4	9,6	9,4	9,0	9,3	9,2	9,3
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	14,3	13,9	13,9	14,0	14,2	14,2	14,2	14,2	14,0	14,2
Стопа природног прирастаја (на 1000 становника)	-4,6	-4,3	-4,7	-4,6	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9	-4,8	-4,9
Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)	8,0	7,4	7,1	6,7	7,0	6,7	6,3	6,2	6,3	-5,7

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

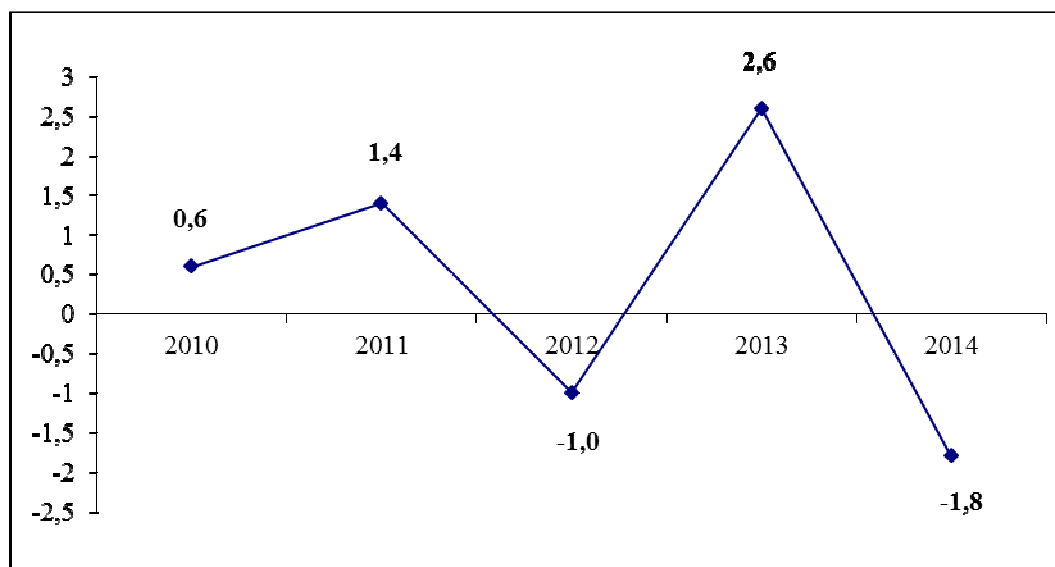
1.2 Социјално-економски показатељи

Оштра финансијска криза и рецесиона кретања прекинути су 2013. године охрабрујућим растом динамике привредних активности у економији Србије. Међутим, 2014. године читава домаћа економска активност у великој мери је под утицајем негативних ефеката поплава које су у мају погодиле Србију. Сектори енергетике и рударства претрпели су највеће штете од поплава, док је смањена активност у прерађивачкој индустрији пре свега резултат споријег раста наших главних спољнотрговинских партнера у евро зони. Тек у последњем кварталу 2014. године, економска активност почиње да се опоравља. Када се посматра са расходне стране, овакво кретање економске активности у највећој мери је условљено смањењем приватне потрошње и нижим приватним инвестицијама. Позитиван допринос оствариле су инвестиције државе. Утицај нето извоза је неутралан, с обзиром на то да је спорији раст увоза, услед мера фискалне консолидације, компензовао успоравање извоза изазвано поплавама и нижом екстерном тражњом. Инфлаторни притисци су додатно ослабили и били веома ниски током 2014. године, услед ниске агрегатне тражње, а сама инфлација је знатно испод доње границе дозвољеног одступања од циља. Домаћа валута је током 2014. године релативно стабилна. Међутим, незапосленост је релативно висока. Недостатак сопствених извора у склопу финансијских активности намеће потребу за даљим задуживањем, тако да се већ достигнути високи ниво задужености, у току 2014. године додатно увећава.

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски агрегат, а самим тим и индикатор економског развоја и макроекономске стабилности. Он представља меру укупне економске активности свих резидентних институционалних јединица, при чему је обухваћена производња како материјалних добара тако и свих врста услуга. Стопа раста бруто домаћег производа у 2010. години у Србији бележи скромних 0,6%, да би у 2011. години био настављен започети раст и остварена стопа од 1,4%. Након

двогодишњих позитивних кретања, у 2012. години бруто домаћи производ поново показује негативну стопу раста, односно смањење за 1,0% у односу на претходну годину (графикон 6). Бруто домаћи производ у 2013. години бележи значајнији позитиван раст од 2,6%. У 2014. години бруто домаћи производ опао је за 1,8% и износи 4635 евра (6141 US\$) по становнику. Укупан бруто домаћи производ процењен је на 33.059 милиона евра. Смањење привредне активности посебно је изражено код разменљивих сектора, који сваки понаособ има велики удео у стварању бруто домаћег производа: рударство, прерађивачка индустрија, снабдевање електричном енергијом, гасом и паром и снабдевање водом и управљање отпадним водама. Посебно оштар пад забележен је у индустријској производњи, од чак 6,5% у односу на претходну годину, када је остварила стопу раста изнад раста укупне економије (5,5%).

Графикон 6. Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2010–2014.

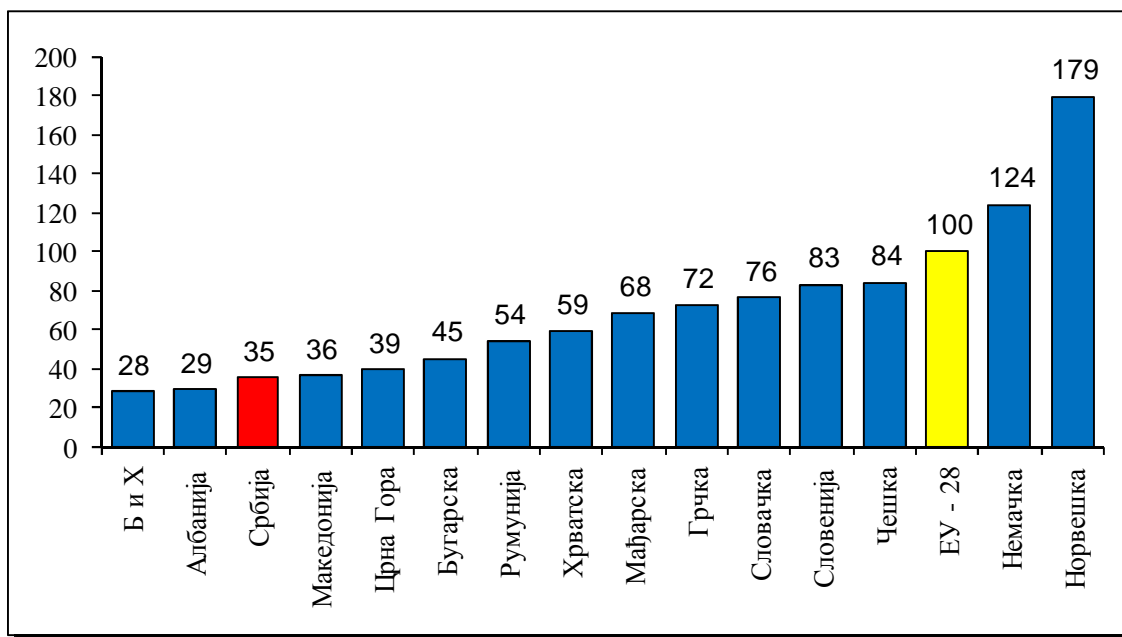


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

Више од једне деценије стопе раста бруто домаћег производа земаља Европске уније су углавном позитивне. Изузетак је 2009. година под утицајем светске економске кризе, а након тога 2012. и код једног броја земаља 2013. година. Ова стопа је на нивоу Европске уније у 2014. години (1,4%). Негативне стопе раста исказале су: Хрватска (-0,4), Италија (-0,4) и Кипар (-2,5).

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2013. години износио је свега 35 индексних поена просека Европске уније, односно 9545 PPS по становнику у еврима. То представља смањење од два индексна поена у односу на претходну годину (графикон 7).

Графикон 7. Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2014. (ЕУ-28 = 100)



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

Према извештају Светског економског форума за 2014. годину, Србија је рангирана на 94. позицији, на листи од 144 земље, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 3,90. У претходној 2013. години била је на позицији испод, са GCI 3,77. Овај композитни индекс конкурентност дефинише као скуп институција, политика и фактора који одређују ниво продуктивности једне земље и степен развоја који може бити остварен.

У односу на претходну годину дошло је првенствено до промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену макроекономског окружења забележен је напредак у односу на извештај из претходне године, са 3,36 на 3,51. У домену здравства и основног

образовања, као једном од 12 стубова конкурентности, дошло је до незнатног пораста вредности GCI са 5,75 у 2013. на 5,76 у 2014. години. У структури свих фактора који се истичу као генератори проблема у пословној активности, јавно здравље учествује са најмањих 1,6%.

Вредност GCI коју је Србија остварила у 2014. години највиша је у посматраном периоду, с обзиром да је у 2010. години порасла на 3,84. У 2011. години настављен је благи раст (3,88), а следеће 2012. године била је 3,87. У наредној 2013. години дошло је до опадања GCI, у највећој мери услед негативних очекивања привредника, која су и иначе кључна за формирање GCI.

Највећу вредност GCI, од 5,70 у 2014. години је, као и претходне године, забележила Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земље из окружења Србија се налази иза свих, са изузетком Албаније (3,84). Позиције изнад Србије заузимају: Чешка (4,53), Пољска (4,48), Бугарска (4,37), Румунија (4,30), Мађарска (4,28), Македонија (4,26), Црна Гора (4,23), Словенија (4,22), Словачка (4,15), Хрватска (4,13) и Грчка (4,04).

Према званичним подацима Министарства финансија, јавни дуг на крају 2014. године износио је 71% БДП-а, односно био је за чак 11,4 процентних поена виши у односу на крај 2013. године. Динамика његовог раста неповољна је у читавом посматраном периоду. Такође је неповољна и његова валутна структура, с обзиром на то да је око 80% дуга деноминовано у иностраној валути. Укључивањем и дуга локалних самоуправа, за који држава није издала гаранције, долази се до износа јавног дуга од 72,3% БДП-а.

Крајем 2014. године спољни дуг Србије износио је 25,8 милијарди евра, односно 78,1% БДП-а (80% је критеријум Светске банке за улазак у област високе задужености, као основни индикатор екстерне солвентности). Његово учешће у БДП-у је повећано за три процентна поена односу на претходну 2013. годину. Овде је међутим неопходна

једна методолошка напомена, наиме: применом нове методологије националних рачуна SNA 2008/ESA 2010, временска серија података о учешћима појединачних вредности у БДП-у, коригована је наниже.

Свакако да је на ово успоравање раста спољног дуга највећи утицај имао пад дефицита текућег рачуна платног биланса, са 11,6% БДП-а у 2012. години на 6,1% у 2013. години, а након тога на 6% БДП-а у 2014. години. Побољшању текућег рачуна платног промета допринео је нижи дефицит у спољнотрговинској размени, док је прилив по основу дознака био нижи у поређењу са 2013. годином.

Док је извоз у 2013. години био покретач раста, са стопом раста од 25,8%, у 2014. години се нестабилност глобалних економских кретања одразила и на динамику спољнотрговинске размене Србије. Тако је извоз драматичко успорен и остварио је тек незнатан раст од 1,4%, због поплава и пада тражње у државама чланицама Европске уније. Међутим, с обзиром на то да је увоз, након стопе раста од 5,1% у 2013. години, забележио сасвим спор темпо раста од 0,4%, спољнотрговински дефицит је смањен.

Нето стране директне инвестиције у 2013. години биле су готово двоструко веће у поређењу са 2012. годином, али су у 2014. години благо смањене, као и њихово учешће у БДП-у (3,7% у 2014. у односу на 3,8% у 2013. години). У 2014. години држава је унапредила регулаторно окружење, како би подстакла раст СДИ.

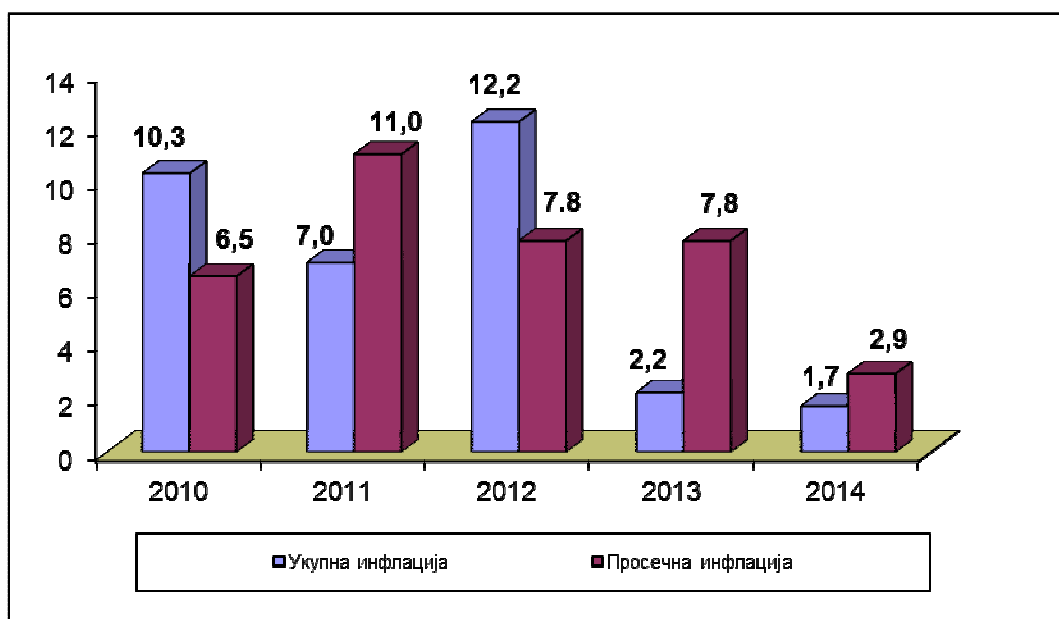
Крајем 2014. године усвојене су мере фискалне консолидације: смањење трошкова зарада и рационализација јавног сектора; смањење издвајања за пензије; смањење субвенција и реструктуирање јавних и државних предузећа. Номинално смањење зарада у јавном сектору и пензија спроводи се од новембра 2014. године. Забрана запошљавања у јавном сектору на снази је од почетка 2014. године. Спровођење структурних реформи би требало да позитивно утиче на одрживост спољног дуга, преко раста конкурентности привреде и повећаног извоза, а самим тим смањењем учешћа дефицита текућег рачуна платног биланса у БДП-у.

Током 2014. године наставио се период ниских инфлаторних притисака, који су и додатно ослабили. Томе је пре свега допринела ниска домаћа тражња, која има негативне стопе раста од 2009. године. Релативно ниска инфлација последица је низа фактора: неуобичајено ниског раста регулисаних цена, пада цена примарних пољопривредних производа и снажног пада цене нафте на светском тржишту у другој половини године. Курс динара према еврџу био је током 2014. године релативно стабилан. Кретање курса имало је незнатне осцилације у првој половини године, да би од јула локална валута почела да слаби, под утицајем више фактора, међу којима је и неизвесност око почетка примене фискалне консолидације. На нивоу целе године, динар је у односу на евро опао за 5,2%. Народна банка Србије је током 2014. године интервенисала на девизном тржишту у оба смера, и продајом и куповином евра (била је нето продавац у износу од 1620 милиона евра), како би смањила прекомерне краткорочне осцилације девизног курса, очувала ценовну и финансијску стабилност и одржала адекватни ниво девизних резерви. Девизне резерве на крају године износиле су 9,9 милијарди долара, чиме су обезбеђивале покривеност шест месеци увоза робе и услуга. За привреду Србије карактеристична је висока финансијска евроизација. У таквим условима, изражене флукуације девизног курса утичу не само на инфлацију, већ и на билансе реалног и јавног сектора због валутне неусклађености њихових обавеза и потраживања.

У посматраном петогодишњем периоду, 2010–2014. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз тенденцију опадања стопе инфлације од 2013. године. Томе су значајно допринеле рестриктивна фискална и монетарна политика, као и кредитни аранжмани Србије са Међународним монетарним фондом. У складу са „Споразумом о циљању (таргетирању) инфлације”, којим су утврђени основни принципи сарадње и координације монетарне и фискалне политике, Влада РС и Народна банка Србије сачињавају „Меморандум о утврђивању циљане стопе инфлације”. Инфлаторна кретања из претходног периода, сасечена током 2013. године,

током већег дела 2014. године дају стопу укупне инфлације која је испод доње границе циљане инфлације ($4\% \pm 1,5\%$). У 2014. години укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила је свега 1,7%, што је за пола процентног поена мање у односу на 2013. годину. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2014. години такође је изразито мањи у односу на претходну годину, а износио је 2,9% (графикон 8).

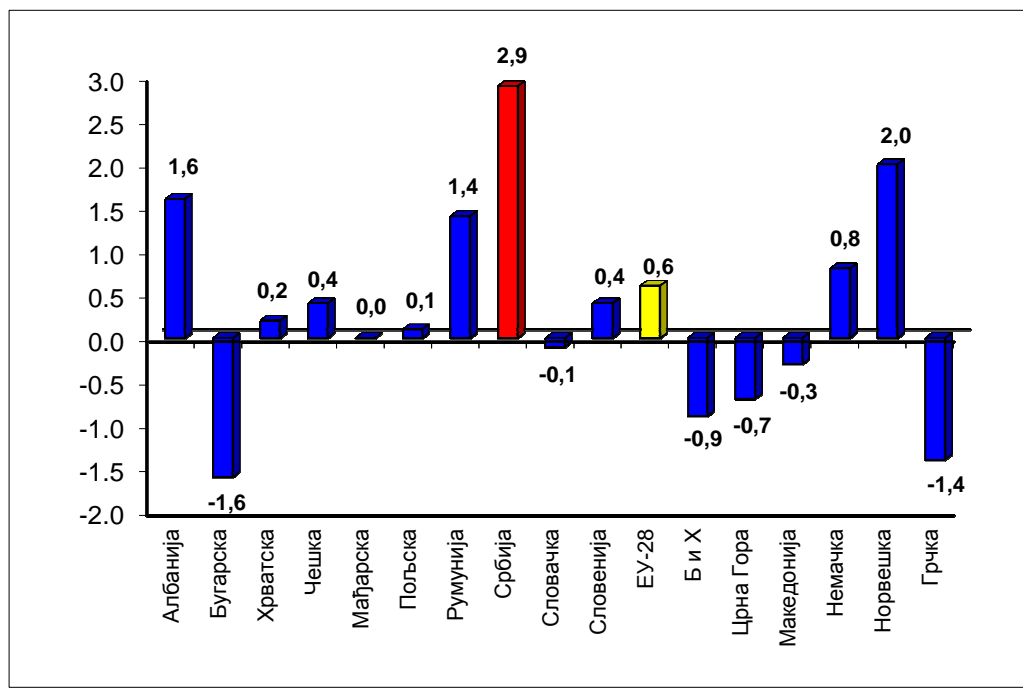
Графикон 8. Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2010–2014.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (0,6%, што представља пад у односу на претходну 2013. годину за 0,9%). Постоје значајне разлике у нивоу инфлације између појединих земаља. У 2014. години генерално је дошло до снижавања стопа инфлације посматраних земаља, па су многе од њих исказале и негативну стопу раста инфлације. Ова стопа је у Србији и даље знатно виша у односу на земље из окружења (графикон 9).

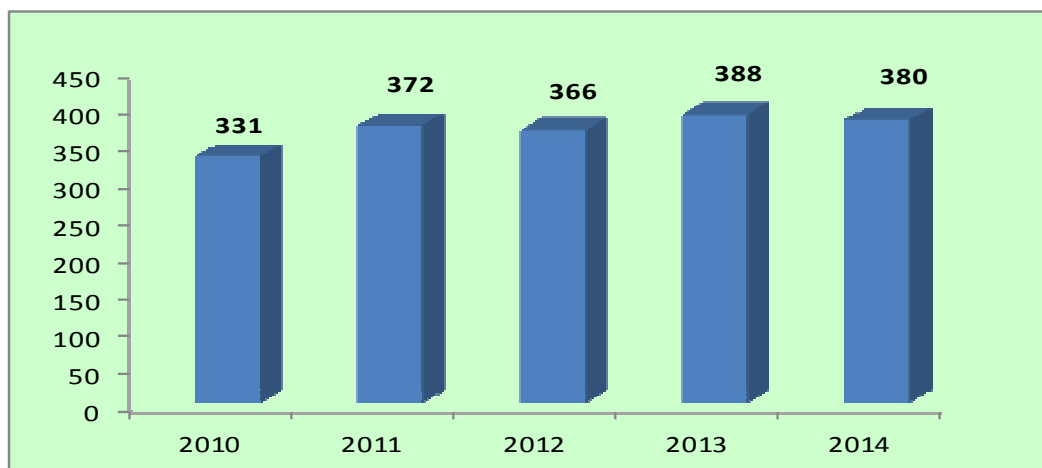
Графикон 9. Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2014.



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

У посматраном петогодишњем периоду (2010–2014), просечне нето зараде бележе пораст, од 331 евра у 2010. на 380 евра у 2014. години, уз осцилацију по годинама. Међутим, реална стопа раста је са 0,7% на почетку периода опала на 0,2% у 2011. години и имала највећи пораст у 2012. години од 1,1%. Након тога, у 2013. и 2014. години ове стопе раста просечних реалних нето зарада постају негативне и износе -1,5%. Раст зарада је на тај начин следио рестриктивну фискалну политику Владе, која је и обезбедила смањење јавне потрошње. Реалне стопе раста пензија негативне су у читавом посматраном периоду и у 2014. години ова стопа је -2,1%. У 2014. години просечна нето зарада у Србији износила је 44.530 динара, што је номинални пораст у динарима и благи пад индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 10).

Графикон 10. Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2010–2014.



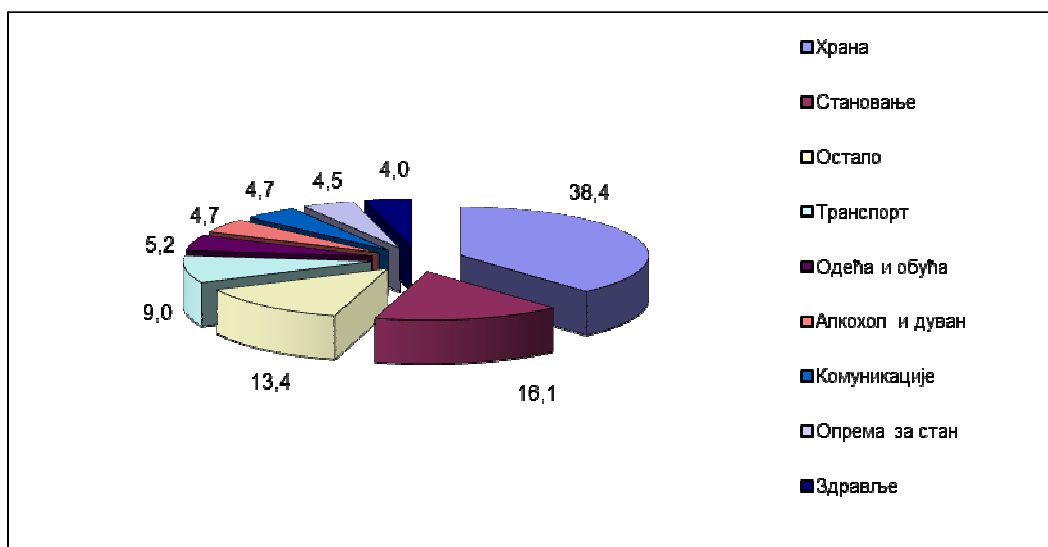
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу нижима. У 2014. години у Србији је просечна месечна бруто зарада износила 695 US\$ (713 US\$ у 2013. години), а зараде мање од Србије имала је Бугарска – 555 US\$. Насупрот томе, више зараде имале су: Румунија – 706, Босна и Херцеговина – 874, Мађарска – 1109, Чешка – 1245, Словачка – 1353, Хрватска – 1384, Грчка – 2038, Словенија – 2433 US\$.

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинства, као и пензије као основни социјални трансфер становништву продукјују и одговарајући ниво личне потрошње домаћинства, као и њену структуру по намени. Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2014. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 54.424 динара (52.819 динара у 2013. години). У структури личне потрошње домаћинства у 2014. години највеће учешће имају као и сваке године издаци за исхрану (38,4%), што представља наставак пада њиховог учешћа у структури укупне личне потрошње (у односу на претходну годину 3 процентна поена). Следе их трошкови становања (16,1%), што је на нивоу претходне године. Остали издаци, у које се убрајају: рекреација и култура, образовање, ресторани и хотели и остали лични предмети и услуге, повећали су учешће за 1 процентни поен и износе 13,4%. Издаци за транспорт, одећу и обућу, алкохол и дуван и комуникације такође су повећали своје учешће у структури личне потрошње. Расходи

за здравље чине 4% укупне личне потрошње домаћинства, што је за 0,1 процентни поен мање у односу на 2013. годину (графикон 11).

Графикон 11. Лична потрошња домаћинства у Србији (%), 2014.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

Негативна тенденција пада броја запослених, која је присутна у читавом посматраном периоду, прекида се тек 2013. године. У 2014. години долази до даљег повећања укупног броја запослених, тако да је он према Анкети о радној снази

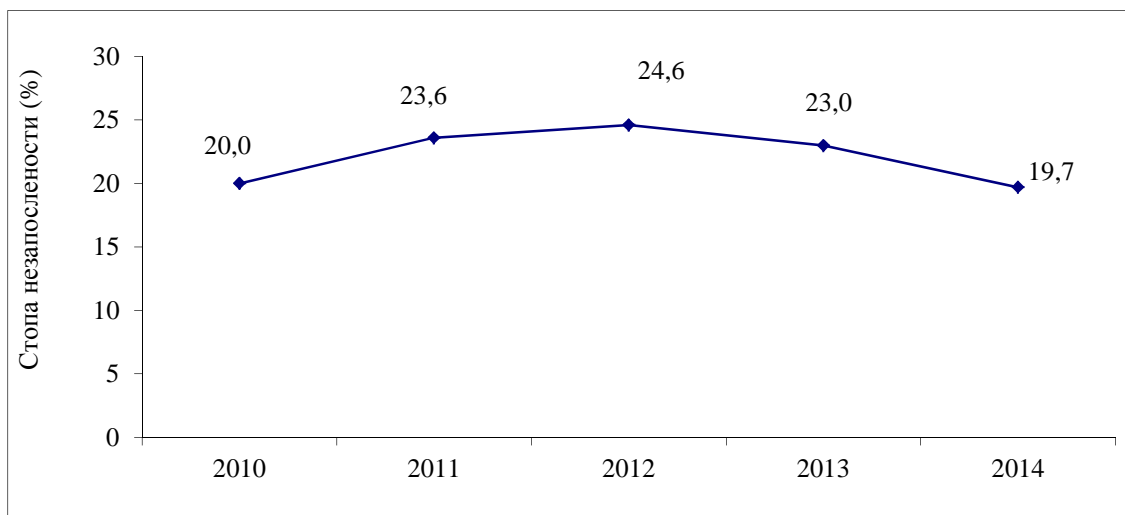
2.421.270 лица, што је за 4,8% више у односу на претходну годину. Од тог броја формално запослених је 1.697.686, што представља наставак тенденције пада који је присутан у читавом посматраном периоду. Остатак до укупног броја запослених чине неформално запослени, односно лица која раде „на црно”. Рад „на црно” обухвата запослене у нерегистрованој фирми, запослене у регистрованој фирми, али без формалног уговора о раду и без социјалног и пензионог осигурања, и неплаћене помажуће чланове домаћинства. У периоду 2010–2014. година, стопа запослености осцилира, али је у последњој посматраној години за 1,8 процентних поена већа у односу на почетак периода и износи 39,7% становништва старости 15 и више година. Стопа запослености становништва радног узраста (15–64 године) износи 49,6% у 2014. години, што је повећање за 2,1 процентни поен.

Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва (радна снага: запослени и незапослени) у становништву старости 15 и више година благо расте од средине посматраног периода и у 2014. години износи 48,9%. Стопа активности или партиципације, изражена као учешће активног становништва у укупном становништву радног узраста (15–64 године) износи у 2014. години 61,8%, што је за свега 0,2 процентна поена више у односу на претходну годину.

Стопа незапослености становништва радног узраста, као базични индикатор тржишта рада, у паду је од 2013. године, тако да је у 2014. години на нивоу од 19,7%. То је ниже у односу на претходну годину за 3,3 процентна поена, а такође је ниже и у односу на почетак посматраног периода. Стопа незапослености становништва радног узраста достигла је највиши ниво у 2012. години, када је износила 24,6% (графикон 12). Незапосленост у Србији је знатно виша у односу на просек Европске уније (10,2%) и у односу на већину земаља у окружењу (графикон 13). Укупан број незапослених у 2014. години повећан је тако на 563.138 лица, односно 562.163 лица радног узраста. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 20,4%, али с обзиром на израженију динамику пада (4,2 процентна поена у

односу на 2013. годину), дошло је до благог поправљања ове структурне неравнотеже. Стопа незапослености је највећа код младог становништва (15–24 године) где, изражена као процентуално учешће незапослених младих у активном становништву посматране старосне групе, износи 47,1%, што је такође благо смањење од 2,3 процентна поена у односу на претходну годину.

Графикон 12. Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2010–2014.



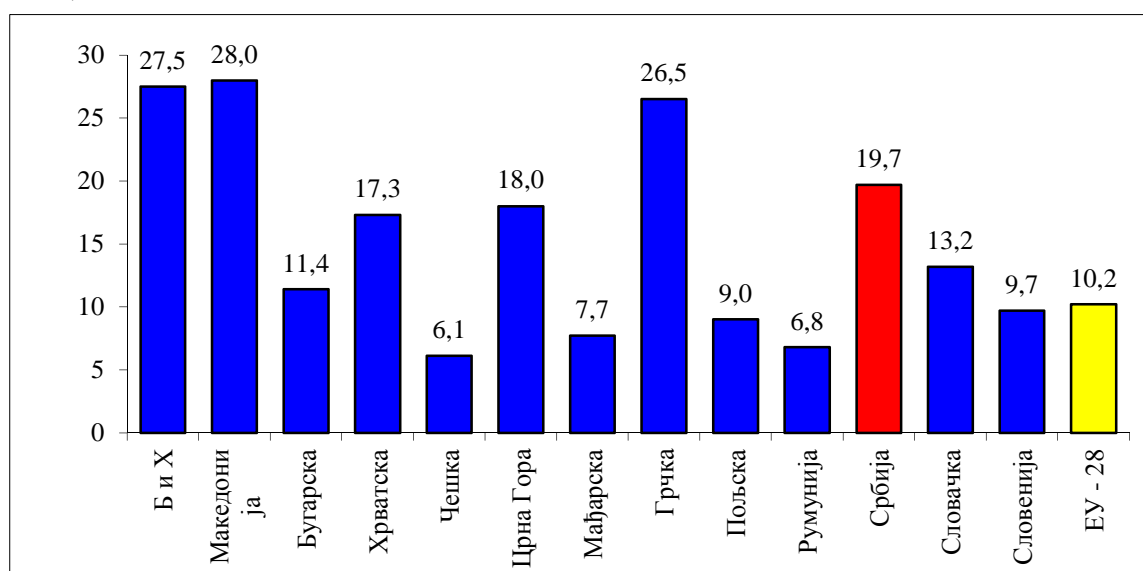
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2014. години. Присутни су међутим и позитивни трендови, који се огледају код убрзање пада ове стопе, у односу на 2013. годину. Њене три димензије су:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста, која износи 13,3%. То је пад у односу на претходну годину (за 4,1 процентних поена), али и даље указује на висок степен социјалне искључености.
2. Учешће дугорочне незапослености у укупној смањило се за 8,3 процентних поена у односу на претходну годину, али је и даље на изузетно високом нивоу и износи 67,7%.

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 8,5%, што је ипак смањење у односу на претходну годину, за 4,6 процентних поена. Ова стопа далеко је важнија од стопе укупне незапослености, са социјалног и психолошког аспекта, јер указује на ризик од западања у стање безизлазности и обесхрабрености за даље тражење запослења и ситуације социјалне искључености.

Графикон 13. Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2014.



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

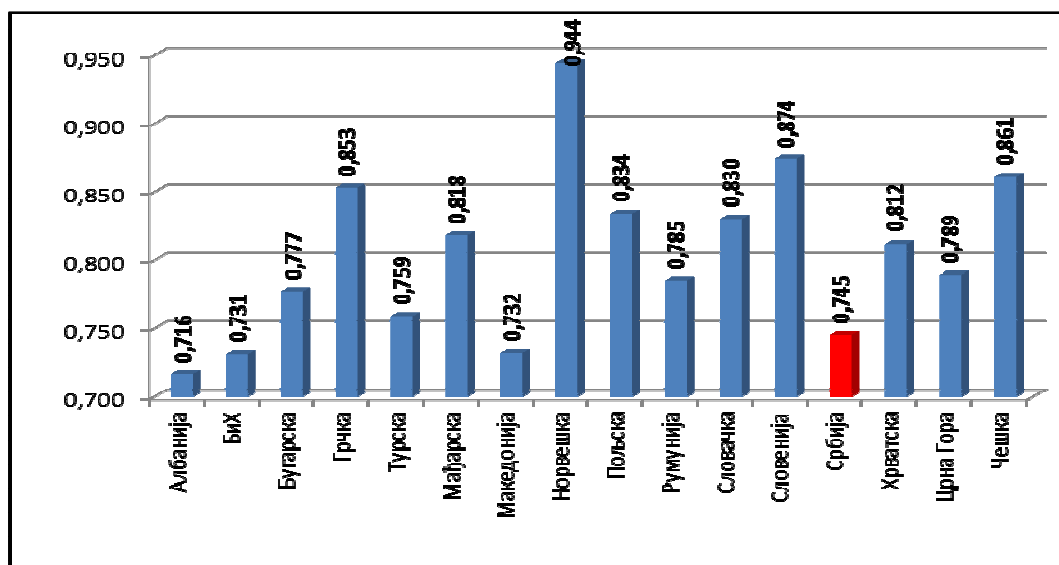
Као одговор на ограничења бруто домаћег производа по становнику као мере развоја земље, развијен је индекс хуманог развоја. Индекс хуманог развоја (HDI) је сложени показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја и изражава просечна достигнућа земље у домену здравља, образовања и животног стандарда – мереног величином бруто националног дохотка по становнику по куповној моћи (распон индекса је 0 до 1, а вредности ближе јединици показују виши квалитет живота). У посматраном временском периоду он је у благом

порасту у Србији, да би, према последњим доступним подацима, у 2013. години износио 0,745.

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

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

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



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

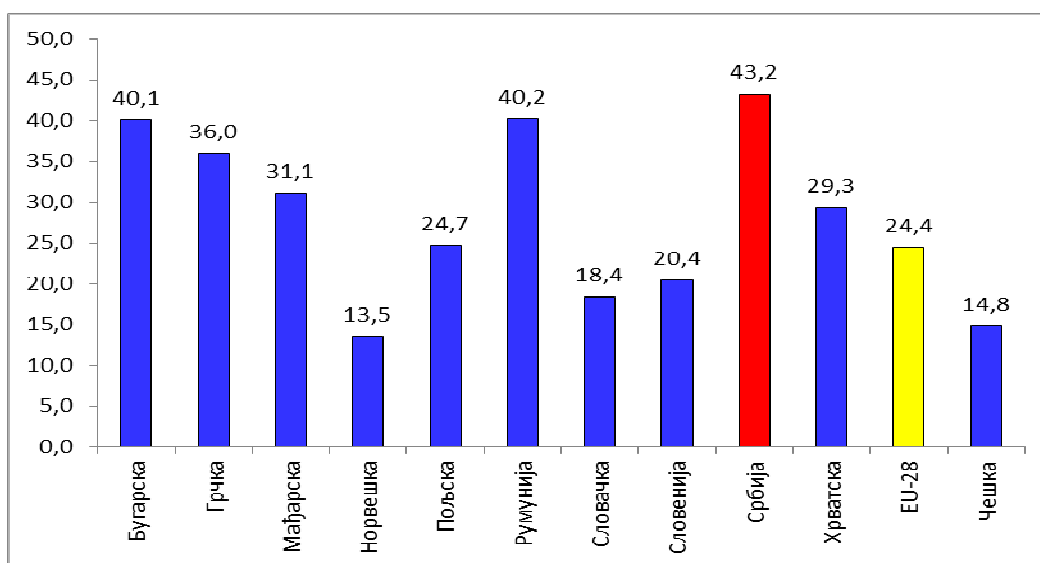
Према подацима Анкете о приходима и условима живота, стопа ризика од сиромаштва (удео лица чији је еквивалентни приход мањи од релативне линије сиромаштва) у Србији је у 2014. години била 25,6%. Релативна линија сиромаштва (праг ризика од сиромаштва) представља 60% медијане националног еквивалентног прихода и у Србији је у поређењу са земљама Европске уније (изузев Румуније) најнижа.

Праг ризика од сиромаштва у 2014. години износио је месечно просечно 13.408 динара за једночлано домаћинство. Када се изрази у PPS, праг ризика сиромаштва за једночлано домаћинство износи 235 евра на месечном нивоу. Посматрано у односу на 2013. годину, дошло је до пораста стопе ризика од сиромаштва за 1,1 процентни поен.

Ризику од сиромаштва су највише изложена лица млађа од 18 година (29,6%), док најнижу стопу ризика од сиромаштва имају особе старије од 65 година (20,7%). Највишу стопу ризика од сиромаштва имају домаћинства са троје и више издржаване деце (35,2%).

Међутим, најважнији показатељ угрожености, за међународна поређења, је стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености. Ризик сиромаштва или социјалне искључености интегрисе сва три фактора ризика: стопу ризика од сиромаштва, низак интензитет рада и изразиту материјалну депривацију и њему је у 2014. години било изложено чак 43,2%, становника Србије. То је изразито лоша перформанса, с обзиром на то да је ова стопа на нивоу Европске уније просечно износила 24,4% (графикон 15). Низак интензитет рада има стопу од 15,2%, док је стопа изразите материјалне ускраћености чак 26,4%.

Графикон 15. Стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености у Србији и изабраним европским земљама, 2014.



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

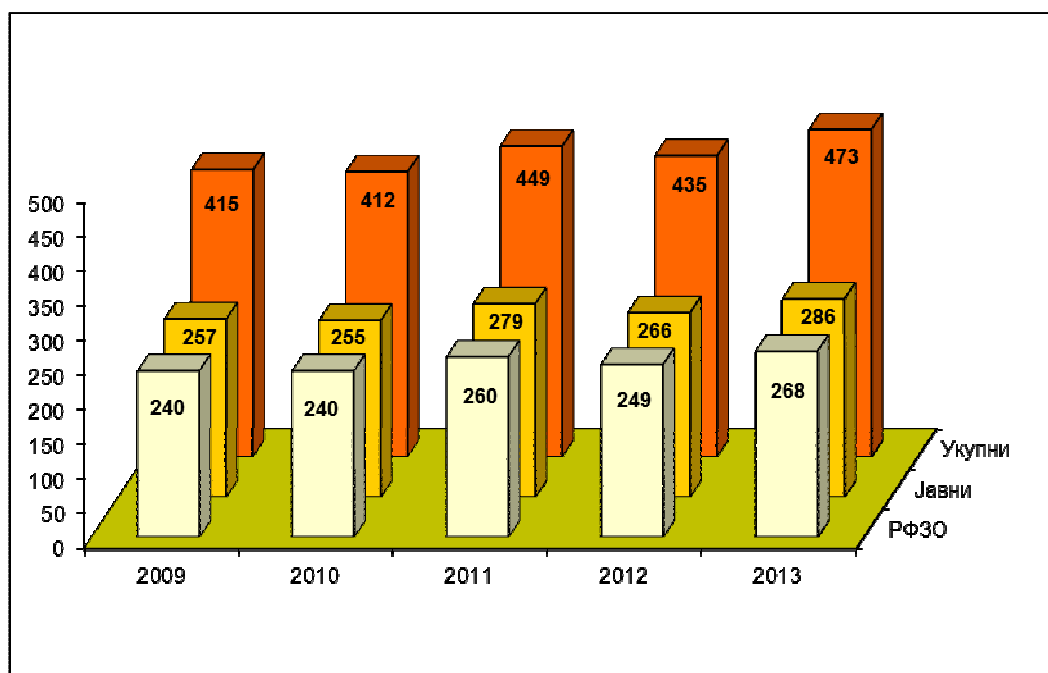
Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују осцилације у периоду 2009–2013. година, како у свом укупном износу тако и по свакој од посматраних компоненти: расходи Републичког фонда за здравствено осигурање, јавни расходи и приватни расходи за здравствену заштиту.

Посматрано у динарским износима, расходи за здравствену заштиту расту, уз релативно стабилно учешће у бруто домаћем производу. У 2009. години, услед споријег раста издатака за здравствену заштиту, негативне стопе раста бруто домаћег производа, а израженијег пада курса динара према еврџу, укупни расходи за здравствену заштиту по становнику, изражени у еврима, мањи су у односу на претходну годину. Расходи за здравствену заштиту у 2010. години у Србији стабилизују се на достигнутом нивоу. У 2011. години расходи за здравствену заштиту у Србији поново расту. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2012. години задржавају стопу раста из претходне године и већи су за седам процената. Међутим, индексирано у еврима, они су у опадању.

У 2013. години, укупни расходи за здравствену заштиту расту по стопи од осам процената и износе близу 3,4 милијарде евра, односно 473 евра по становнику (графикон 16). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање били су 268 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту износили 286 евра по становнику.

Приватни расходи за здравствену заштиту од 2012. године расту по вишој стопи раста од укупних (10%) и у 2013. години износе 187 евра по становнику.

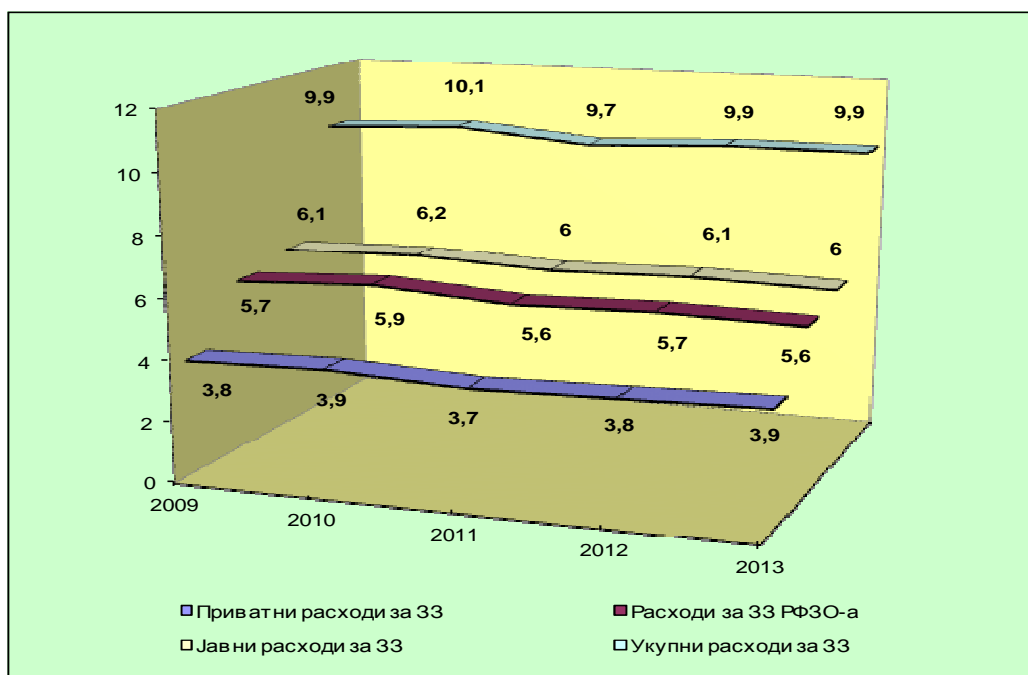
Графикон 16. Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2009–2013.



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

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу благо осцилира у посматраном периоду, с тим да и у првој и у последњој години посматраног периода износи 9,9% БДП-а (графикон 17). Учешће приватних расхода за здравствену заштиту сасвим благо осцилира у посматраном периоду и у 2013. години је на нивоу 3,9% БДП-а. Учешће расхода за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање у БДП-у износи 5,6% у 2013. години, са кретањем које је карактеристично за кретање укупних расхода за здравствену заштиту. Учешће јавних расхода за здравствену заштиту у БДП је 6% у 2013. години, уз сличну динамику у посматраном периоду.

Графикон 17. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2009–2013.



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

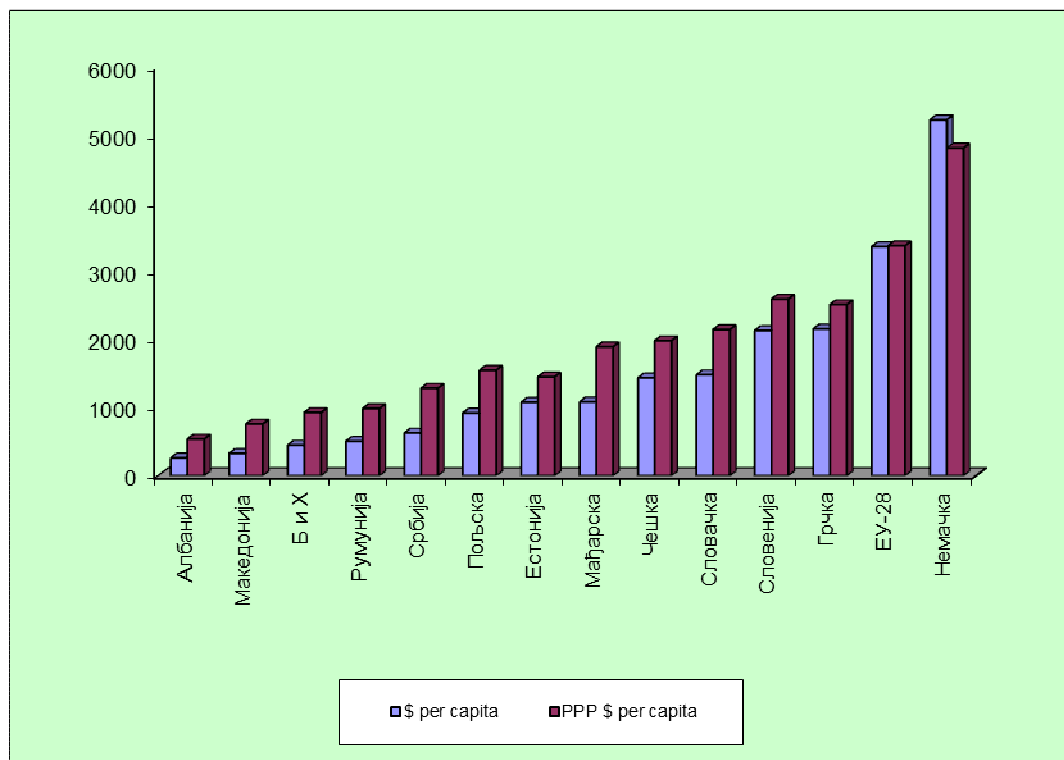
Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 9,9% изнад просека Европске уније за 0,4 процентна поена у 2013. години и за здравствену заштиту издваја релативно више од низа европских земаља.

Већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат БДП-а, у Европи има свега неколико земаља: Холандија (12,9%), Молдавија (11,8%), Француска (11,7%), Швајцарска (11,5%), Немачка (11,3%), Белгија (11,2%), Аустрија (11%) и Данска (10,6%).

Мање од Србије, посматрано као учешће укупних расхода за здравствену заштиту у БДП-у, издвајају: Грчка (9,8%), Босна и Херцеговина (9,6%), Словенија (9,2%), Словачка (8,2%), Мађарска (8%), Бугарска (7,6%), Хрватска (7,3%), Чешка (7,2%), Црна Гора (6,5%), Пољска (6,7%), Македонија (6,4%), Албанија (5,9%), Турска (5,6%), Румунија (5%) и др.

Међутим, у поређењу са земљама Европске уније и неким другим европским земљама, као и просеком земаља Европске уније, Република Србија издваја у апсолутном износу мала средства за здравствену заштиту, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа Србије (графикон 18).

Графикон 18. Укупни расходи за здравствену заштиту, у доларима по становнику и у доларима по куповној моћи по становнику, Србија, ЕУ-28 и изабране европске земље, 2013.



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

1.3 Животна средина и здравље

1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће

У Републици Србији је у 2014. години у 25 области укупно контролисан 2174 јавни водовод и водни објекат. Од укупног броја, контролисано је 155 јавних водовода градских насеља, 754 јавних водовода сеоских насеља и 1265 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката, на физичко-хемијску исправност укупно је контролисано 78.871 узорака воде за пиће од којих је 14.332 или 18,2% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 81.516 узорака воде од којих је 6622 или 8,1% било неисправно.

У 2014. години на територији Републике Србије у 25 области укупно су контролисана 155 јавна водовода градских насеља и то 113 у централној Србији и 42 у Војводини.

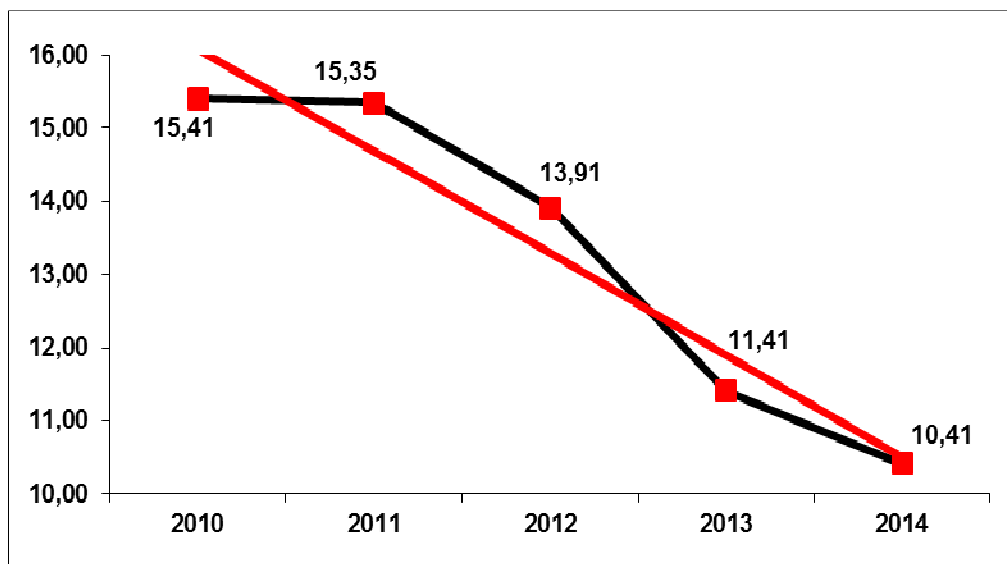
На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 62.234 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6481 или 10,4% било неисправно.

Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања физичко-хемијске исправности, за период од 2010. до 2014. године, износила је 13,98%. У наведеном периоду, физичко-хемијска неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 10,41% до 15,41% показујући благи тренд пада што указује на пораст физичко-хемијски исправних узорака воде за пиће (графикон 19).

У 2014. години на микробиолошку исправност је испитан 62.871 узорак воде за пиће из јавних водовода градских насеља, а од тог броја 2159 или 3,41% су били неисправни. Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања микробиолошке исправности, за период од 2010. до 2014. године је износила 4,28%.

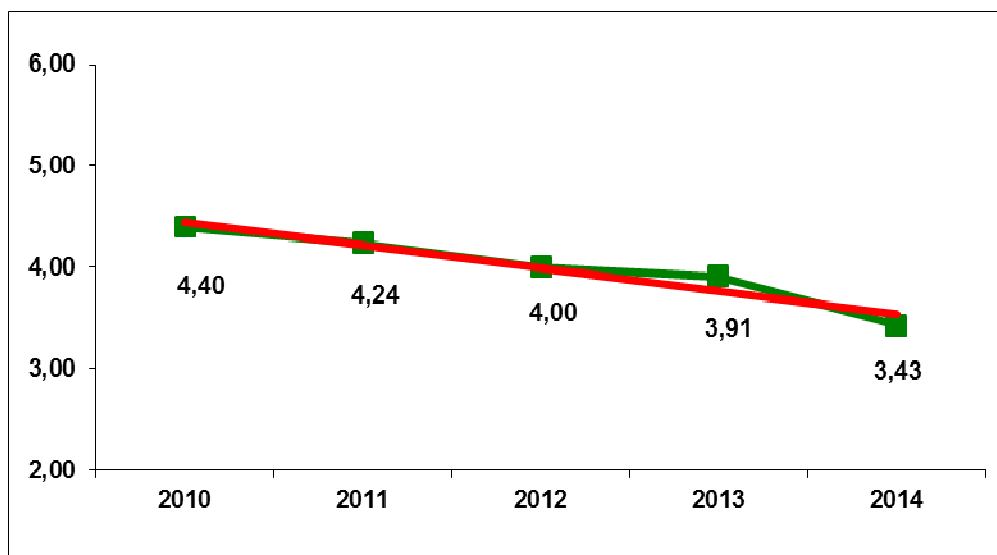
У наведеном периоду, микробиолошка неисправност контролисаних узорака воде за пиће се кретала у распону од 3,41% до 4,90% са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорака воде за пиће (графикон 20).

Графикон 19. Процент физичко-хемијски неисправних узорака воде за пиће јавних водовода градских насеља, Србија, 2010–2014.



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

Графикон 20. Процент микробиолошки неисправних узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, Србија, 2010–2014.



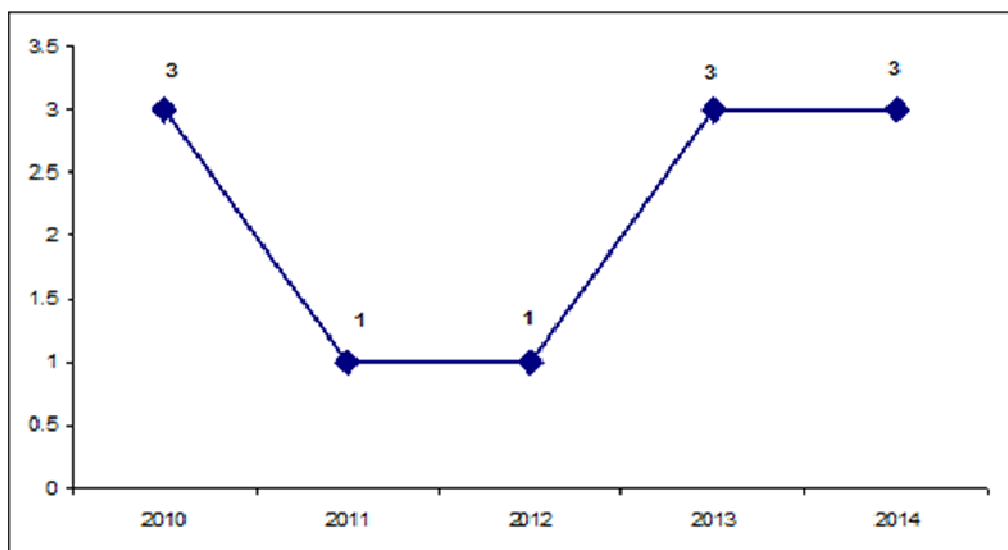
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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

У 2014. години у Републици Србији регистроване су три хидричне епидемије са 11 оболелих особа. Епидемије су последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из индивидуалних водних објеката сеоских домаћинстава.

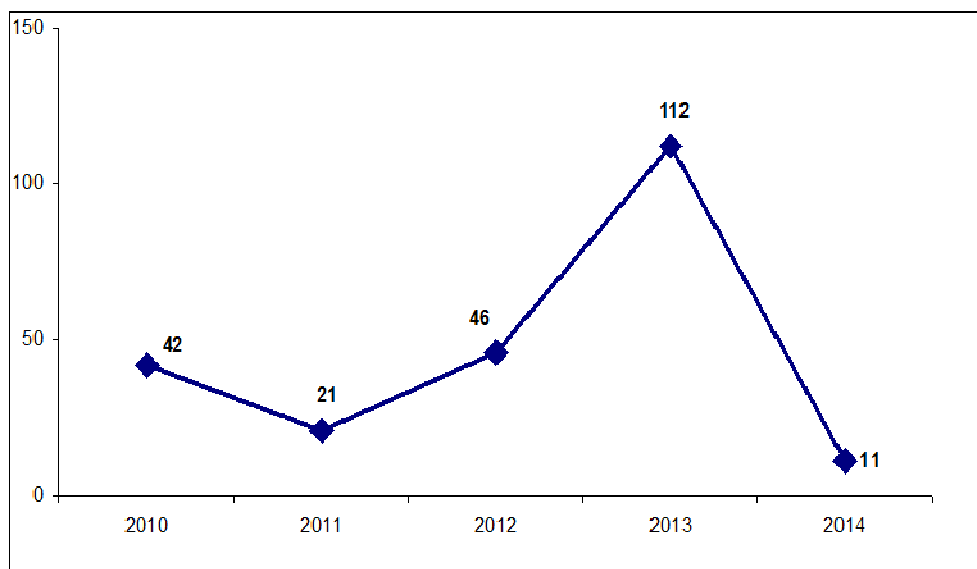
Хидричне епидемије у протеклом петогодишњем периоду су настале као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из јавних водовода и водних објеката градских и сеоских насеља који су били ван здравствене контроле или нису редовно контролисани.

Графикон 21. Број хидричних епидемија, Србија, 2010–2014.



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

Графикон 22. Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2010–2014.



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

1.3.2 Здравствена исправност намирница и предмета опште употребе

У мрежи института и завода за јавно здравље Републике Србије се, у складу са Законом о безбедности хране („Сл. гласник РС”, бр. 41/2009), током 2014. године континуирано испитивала здравствена безбедност/исправност 13 група намирница (почетне и прелазне формуле за одојчад, храна за одојчад и малу децу, храна за особе на дијети за мршављење, храна за посебне медицинске намене, храна за особе интолерантне на глутен, замене за со за људску употребу, додаци исхрани – дијететски суплементи, соли за људску исхрану и производњу намирница, адитиви, ароме, ензимски препарати за прехранбене производе, помоћна средства у производњи прехранбених производа) и три групе флашираних вода (природне минералне воде, природне изворске воде и стоне воде).

Микробиолошка испитивања, која су обухватила 5021 узорак намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 0,80% или 40 узорака било неисправно, односно 1,42% или 16 узорака домаћег порекла и 0,62% или 24 узорака пореклом из

увоза. Неисправност узорака намирница домаћег порекла потицала је од повећаног броја аеробних бактерија које формирају колоније (12 од 16) и налаза плесни и квасаца (4 од 16), док је код намирница пореклом из увоза потицала од налаза *Salmonella spp.* (12 од 24) и плесни и квасаца (9 од 24) и *E. coli* (8 од 24).

Физичко-хемијска испитивања обухватила су 5557 узорака намирница и показала да је 93 или 1,67% узорка било неисправно. Највећи број узорака намирница домаћег порекла је био физичко-хемијски неисправан због налаза повећаног садржаја олова (18 од 30), одступања од декларисаног састава односно састава по спецификацији (6 од 30) и повећаног садржаја микотоксина (4 од 30), а узорака пореклом из увоза због одступања од декларисаног састава односно састава по спецификацији (44 од 63), неодговарајуће декларације (15 од 63) и измењених органолептичких својстава (10 од 63).

Број микробиолошки испитаних узорака намирница је у 2014. у односу на 2013. годину био мањи за 7,79%. Посматрано у односу на укупан број микробиолошки испитаних узорака (5021 у 2014. години, односно 5445 у 2013. години), у 2014. години је регистрован већи проценат неисправности намирница (0,80%) него у 2013. години (0,50%).

Број физичко-хемијски испитаних узорака намирница је у 2014. години био мањи за 13,54% него у 2013. години. Посматрано у односу на укупан број физичко-хемијски испитаних узорака (5557 у 2014. години; 6427 у 2013. години), у 2014. години је регистрован незнатно већи проценат неисправности намирница (1,67% у 2014. према 1,59% у 2013.).

Временски тренд испитивања намирница на параметре здравствене исправности (члан 12. Закона о безбедности хране „Сл. гласник РС”, бр. 41/2009) за период од 2010. до 2014. године указује на пад броја микробиолошки и благи пораст броја физичко-хемијски испитаних узорака.

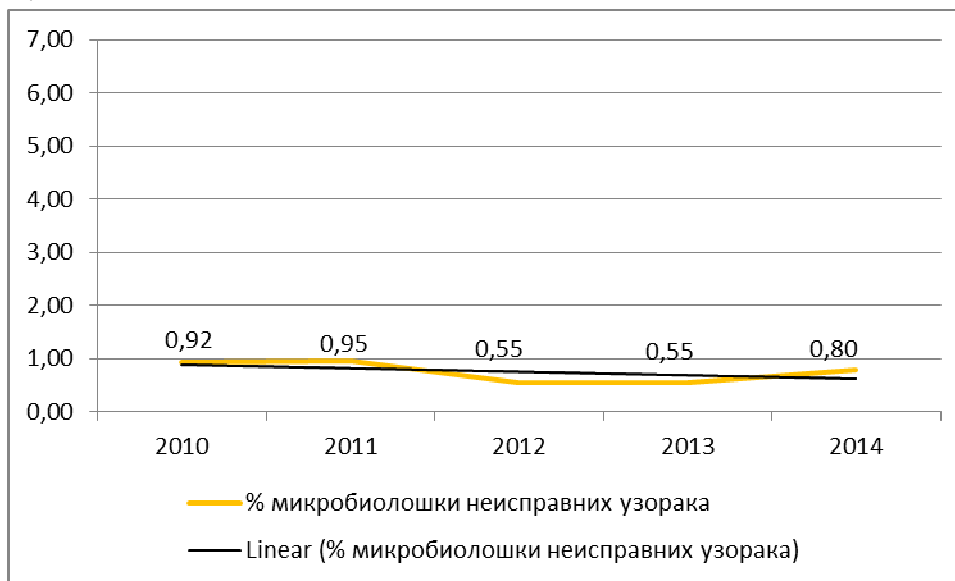
Табела 3. Број физичко-хемијски и микробиолошки испитаних узорака намирница, Србија, 2010–2014.

Г О Д И Н А	Број контролисаних узорака					
	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Микро- биолошки преглед	Физичко- хемијски преглед	Микро- биолошки преглед	Физичко- хемијски преглед	Микро- биолошки преглед	Физичко- хемијски преглед
2010.	1622	1781	3691	4102	5313	5883
2011.	1264	1237	3912	4239	5176	5476
2012.	1480	1587	3970	4483	5450	6070
2013.	1788	2257	3657	4170	5445	6427
2014.	1124	1228	3897	4329	5021	5557
Index 10/11	77,93	69,46	105,99	103,34	97,42	93,08
Index 11/12	117,09	128,29	101,48	105,76	105,29	110,85
Index 12/13	120,81	142,22	92,12	93,02	99,91	105,88
Index 13/14	62,86	54,41	106,56	103,81	92,21	86,46

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

Временски тренд микробиолошке и физичко-хемијске неисправности узорака намирница, за период од 2010. до 2014. године, указује на пад опште неисправности и намирница домаћег порекла и намирница пореклом из увоза. Заступљеност неисправних, у укупном броју микробиолошки испитаних узорака, током протеклих пет година није прелазила 1%. У укупном броју физичко-хемијски испитаних, заступљеност неисправних узорака намирница била је највећа 2011. године (5,39%), а најмања 2013. године (1,59%).

Графикон 23. Тренд микробиолошке неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2014.



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

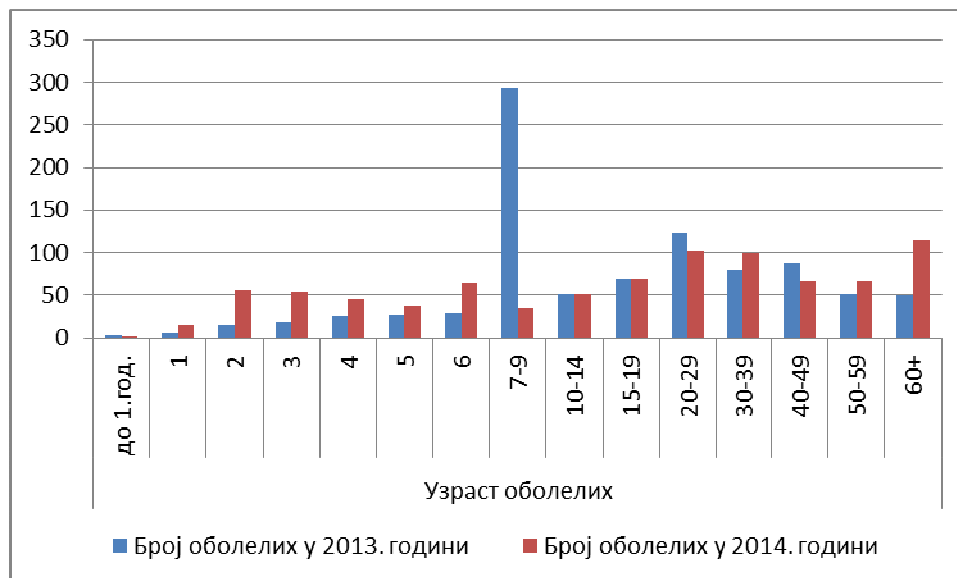
Графикон 24. Тренд физичко-хемијске неисправности узорака намирница, Србија, 2010–2014.



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

Узрасна дистрибуција оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења у 2013. и 2014. години приказана је на графикону 25.

Графикон 25. Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења према годинама живота, Србија, 2013–2014.



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

Контрола здравствене исправности намирница се у појединим областима обављала у изузетно скромном обиму. У 2014. години 10 завода за јавно здравље није на анализи здравствене исправности имало ниједан узорак намирница. Завода за јавно здравље који у 2013. години нису имали на анализи ниједан узорак било је четири.

У овом тренутку, за институције/лабораторије изван ресора здравства које се баве испитивањем здравствене безбедности/исправности намирница, не постоји обавеза достављања података институтима и заводима за јавно здравље на основу које би се стекао комплетнији увид у резултате обављене контроле здравствене исправности.

1.3.3 Квалитет ваздуха

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

У Србији се систематско праћење квалитета ваздуха (имисија) обавља путем мерења и евидентирања вредности појединих индикатора на мерним местима у две мреже мерних станица. Прва је Државна мрежа аутоматских мерних станица (40) постављених од стране Агенције за животну средину Србије. Вредности индикатора за 2014. годину показују:

Сумпор-диоксид је, од стране мреже завода/института за јавно здравље, током 2014. године праћен у 27 насеља на 60 мерних места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2014. години била су Косовска Митровица, Звечан и Чачак, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом Бор, Елемир и Зрењанин. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2013. годину забележен је у Врању, Звечану, Ивањици, Косовској Митровици, Крушевцу, Лесковцу, Чачку и Шапцу, док је у Београду, Бору, Ваљево, Јагодини, Краљеву, Нишу, Прибоју, Сенти, Смедереву и Ћуприји загађеност била већа него претходне године.

Чађ је током 2014. године праћена у 26 насеља на 56 мерних места. Најмање загађене урбане целине у 2014. години биле су Кикинда и Јагодина. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Лесковац и Ужице. Пад загађености ваздуха димом у односу на претходну 2013. годину забележен је у Елемиру, Звечану, Зрењанину, Косовској Митровици, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Прибоју, Смедереву, Ужицу и Чачку, док је у Бору, Ваљево, Врању, Нишу и Ћуприји забележен пораст загађења.

Таложне материје су током 2014. године праћене у 24 насеља на 26 мерних места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2014. била су Бор, Зајечар, Смедерево и Ивањица.

Специфичне загађујуће супстанције током 2014. године праћене су у 26 насеља на 45 мерних места. Неорганске загађујуће материје праћене су у Београду, Бору, Ваљеву, Врању, Елемиру, Звечану, Зрењанину, Ивањици, Јагодини, Кикинди, Косјерићу, Косовској Митровици, Костолцу, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Нишу, Панчеву, Прибоју, Севојну, Сенти, Смедереву, Ћуприји, Ужицу, Чачку и Шапцу.

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

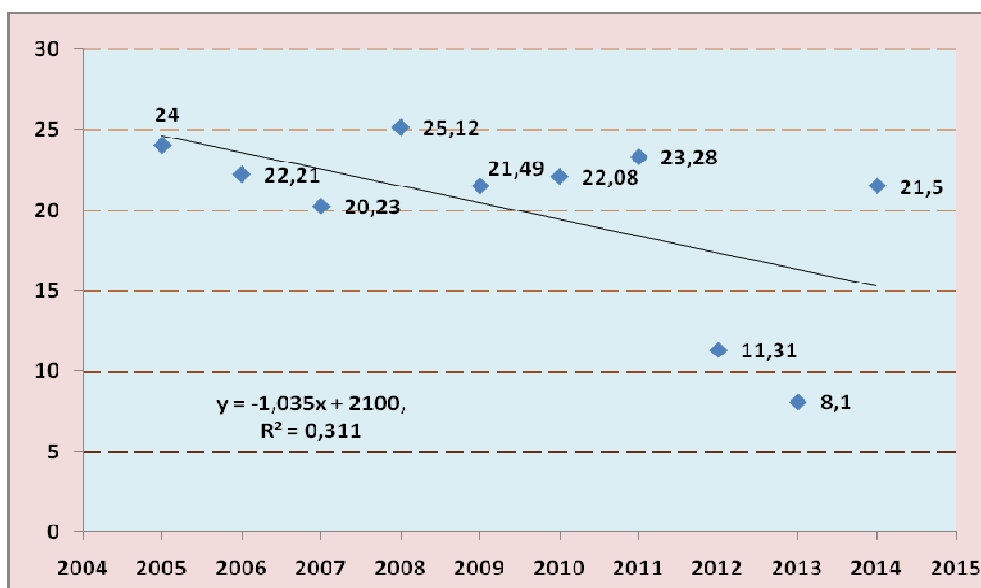
Средња годишња вредност имисије укупних суспендованих честица је само у Ужицу прелазила ГВ од $70,0\mu\text{g}/\text{m}^3$ за насељена места.

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

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

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

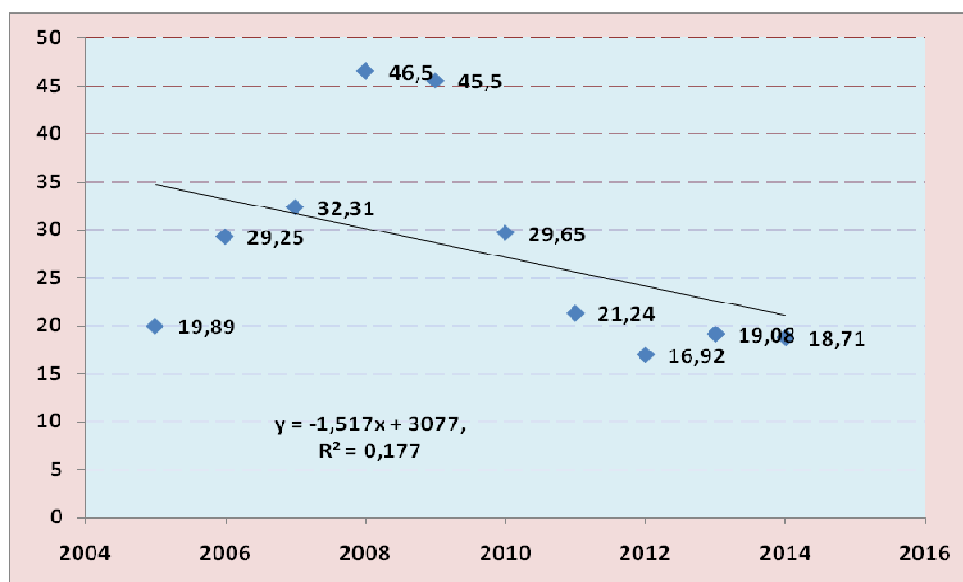
Графикон 26. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Београд, 2005–2014.



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

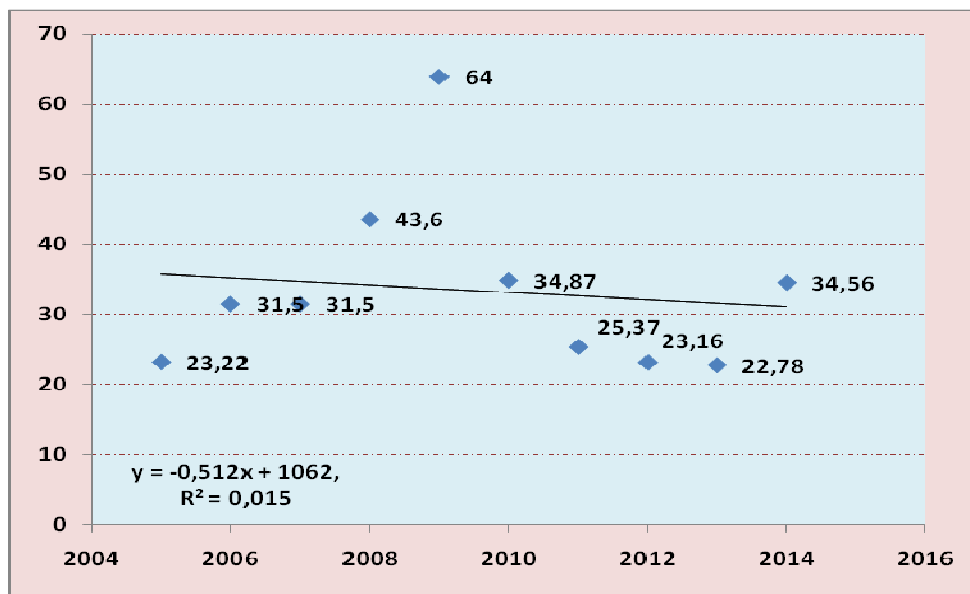
Опадајући тренд загађења амбијенталног ваздуха сумпор-диоксидом у Београду може бити узрокован коришћењем све мање кућних ложишта у урбаним деловима града, то јест све динамичнијим ширењем мреже корисника топлана на природни гас, који, од свих енергената, сагоревањем ослобађа најмање концентрације овог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

Графикон 27. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2005–2014.



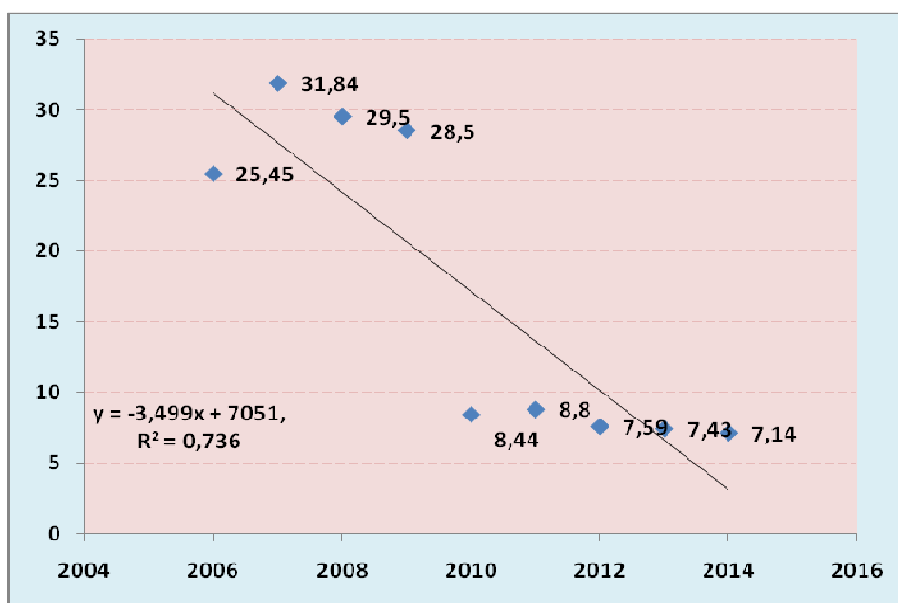
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 28. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2005–2014.



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

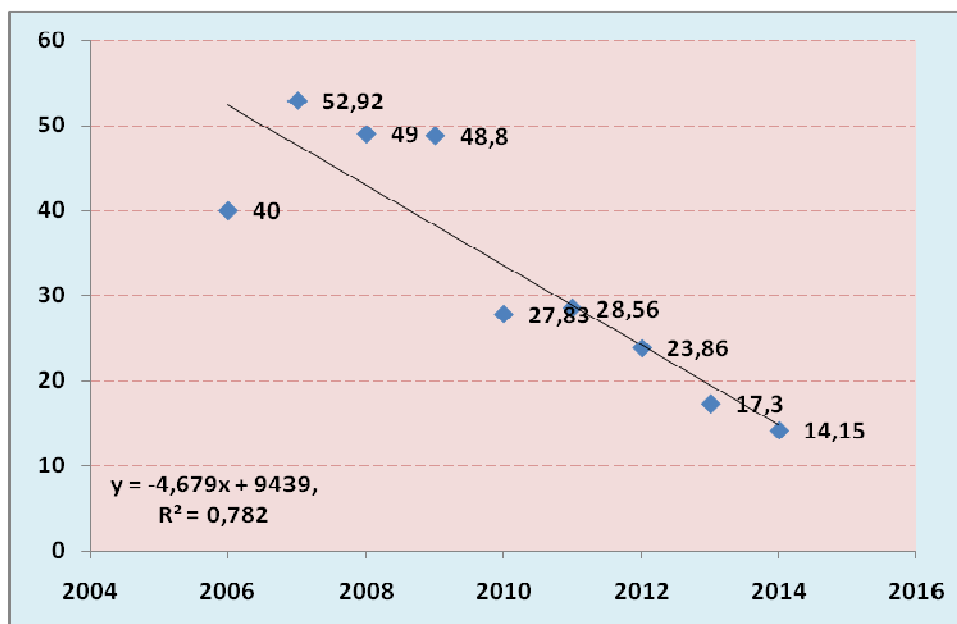
Графикон 29. Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2005–2014.



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

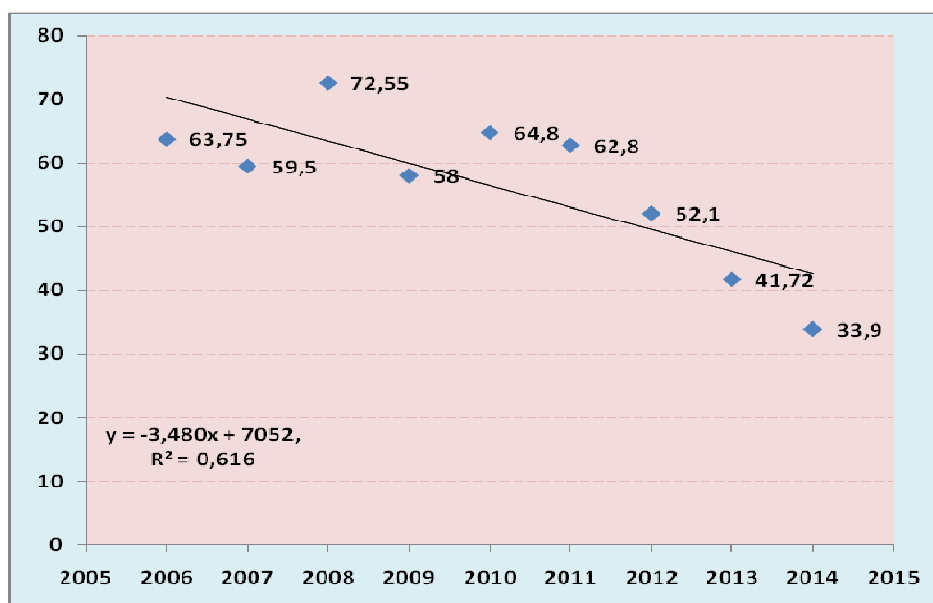
Специфичност тренда загађења димом у Смедереву одраз је развоја глобалне економске кризе, почев од 2008. године, и смањене потражње за челиком. У том смислу, смањење производње у железари је директно пропорционално смањењу концентрација дима у амбијенталном ваздуху.

Графикон 30. Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2005–2014.



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

Графикон 31. Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2005–2014.



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

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

2. УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

2.1 Смртност становништва

У Србији је 2014. године стопа умрлих (општи морталитет) износила 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 2013. годину, када је морталитет од свих узрока смрти износио 1400,0 на 100.000 становника, у 2014. години стопа смртности је порасла на 1419,7 на 100.000 становника (табела 4).

Табела 4. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (А00- Т98), Србија, 2010–2014.

Стопа морталитета	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Општа	1415,5	1418,1	1422,4	1400,0	1419,7
Стандардизована*	595,5	586,4	567,6	551,4	550,5

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

* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2010. до 2014. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ-10:І00-І99), повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ-10:S00-Т98), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ-10:R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ-10: J40-J47), смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, малигни тумори (МКБ-10:C00-C97) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 5).

Табела 5. Водећи узроци умирања, Србија, 2010. и 2014. година

Групе узрока смрти (МКБ-10)	Процент (%)	
	2010.	2014.
Болести система крвотока (I00-I99)	54,7	53,3
Малигни тумори (C00-C97)	20,5	21,1
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	4,4	4,7
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,6	2,5
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,3	3,0
Остали узроци	14,5	15,4
Укупно	100,0	100,0

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

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

Незаразне болести (болести срца и крвних судова, малигни тумори, шећерна болест, опструктивна болест плућа, повреде и друге) већ деценијама доминирају у нашој националној патологији. Водећи узроци умирања у Србији готово су идентични оним у развијеним деловима света.

Незаразне болести у нашој средини водећи су узроци оболевања, инвалидности и превременог умирања (пре 65. године живота).

У Србији годишње од свих узрока смрти умре приближно 100.000 људи. Готово сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ X:I00-I99), сваки пети од малигну тумора (МКБ X:C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ X:S00-T98), дијабетеса (МКБ X:E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ X:J40-J47). Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигну тумора и компликација узрокованих дијабетесом.

2.2.1 Болести система крвотока

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

Последњих година у Србији у просеку 55% умрлих особа жртва је неке од болести из ове групе. У односу на све узроке смрти, током 2014. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 24.691 мушкараца (45,7%) и 29.302 жене (54,3%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2010. до 2014. године износила је 760,9 на 100.000 становника (табела 6). У односу на 2013. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 744,9 на 100.000 становника, у 2014. години стопа смртности је опала на 757,1 на 100.000 становника.

Табела 6. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2010–2014.

Стопа морталитета	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Општа	774,2	764,8	763,6	744,9	757,1
Стандардизована*	279,1	270,7	261,2	250,4	251,4

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

* на популацију света

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

Према подацима регистра за АКС, у Србији је у 2014. години са дијагнозом АКС евидентирано 20.774 случаја. Инциденција АКС у Србији износила је 291,3 на 100.000 становника.

Од овог синдрома је у 2014. години у Србији умрло 5383 особе. Морталитет од АКС у Србији износио је 76,6 на 100.000 становника.

2.2.2 Малигне болести

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

Према проценама Светске здравствене организације, у свету од малигнух тумора сваке године оболи 11 милиона и умре седам милиона људи. Исти извор процењује да ће се број новооболелих и умрлих до 2020. године удвостручити, при чему ће 2/3 оболелих потицати из земаља у развоју.

Последњих неколико деценија уочен је континуирани пораст у умирању од малигнух тумора. Стопа морталитета од малигнух болести повећала се у последњих пет година са 289,9 у 2010. години, на 299,0 на 100.000 становника у 2014. години. У односу на 2013. годину када је смртност од рака износила 294,4 на 100.000 становника, у 2014. години стопа смртности се повећала на 299,0 на 100.000 становника (табела 7).

Табела 7. Општа и стандардизована стопа морталитета од малигнух тумора (МКБ-10: С00-С97) на 100.000 становника, Србија, 2010–2014.

Стопа морталитета	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Општа	289,9	289,4	295,4	294,4	299,0
Стандардизована*	142,6	141,0	137,6	135,2	136,0

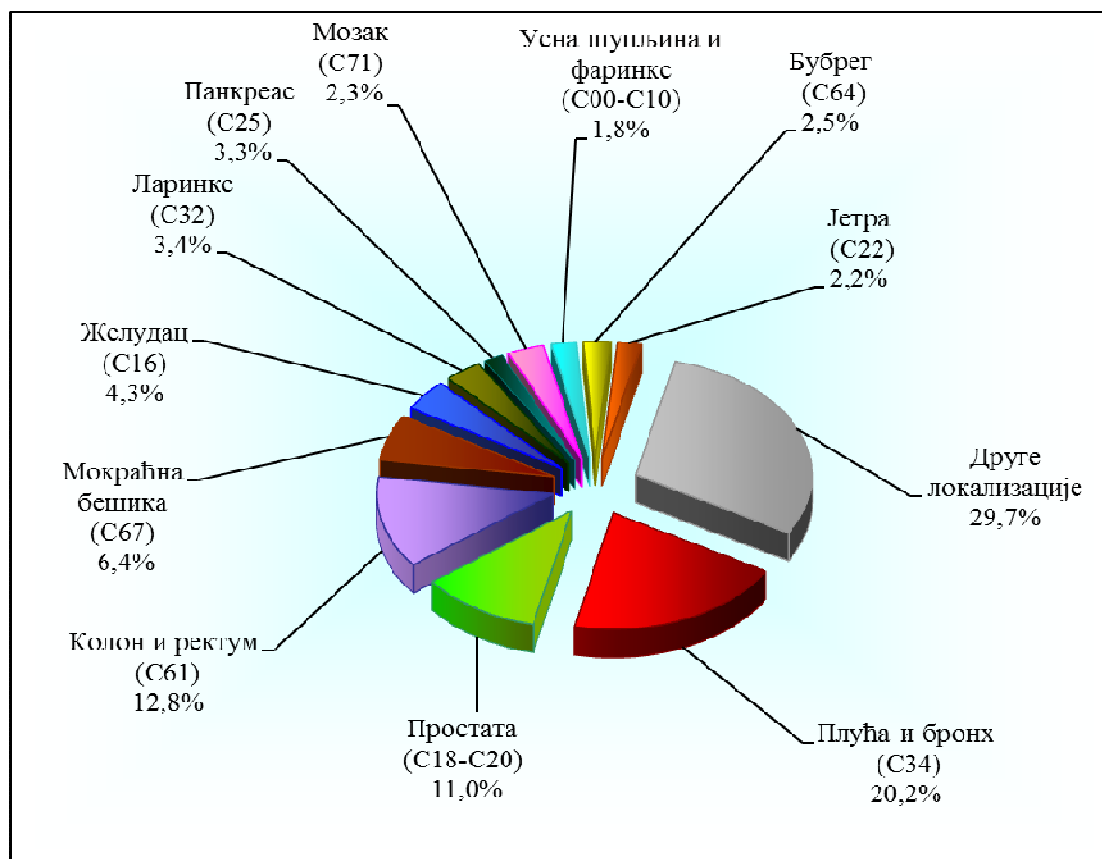
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2013. години, оболело је 26.124 особа од малигнух тумора (13.668 мушкараца и 12.456 жена), а 15.003 особе (8597 особа мушког пола и 6406 особа женског пола) су умрле од рака.

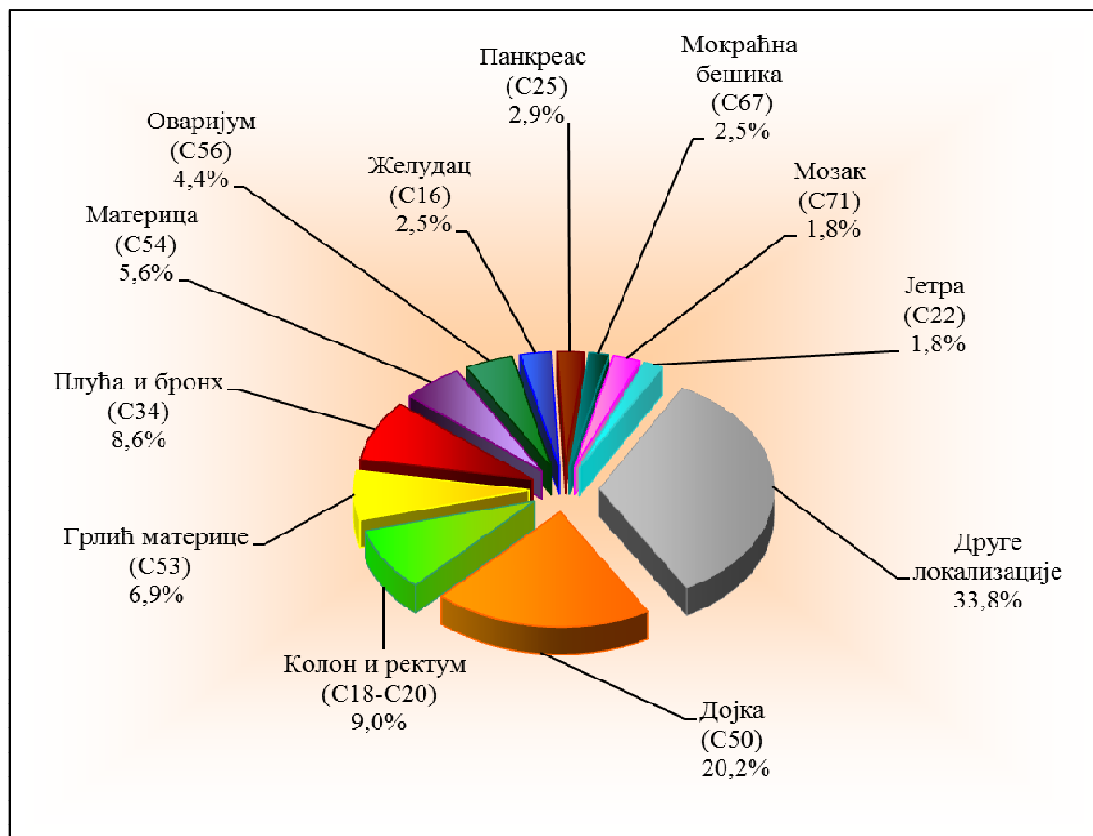
У централној Србији у 2013. години, мушкарци су најчешће обелевали од малигнух тумора плућа, простате, колоне и ректума и мокраћне бешике (графикон 32), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, колону и ректуму, грлићу материце и плућима (графикон 33).

Графикон 32. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година

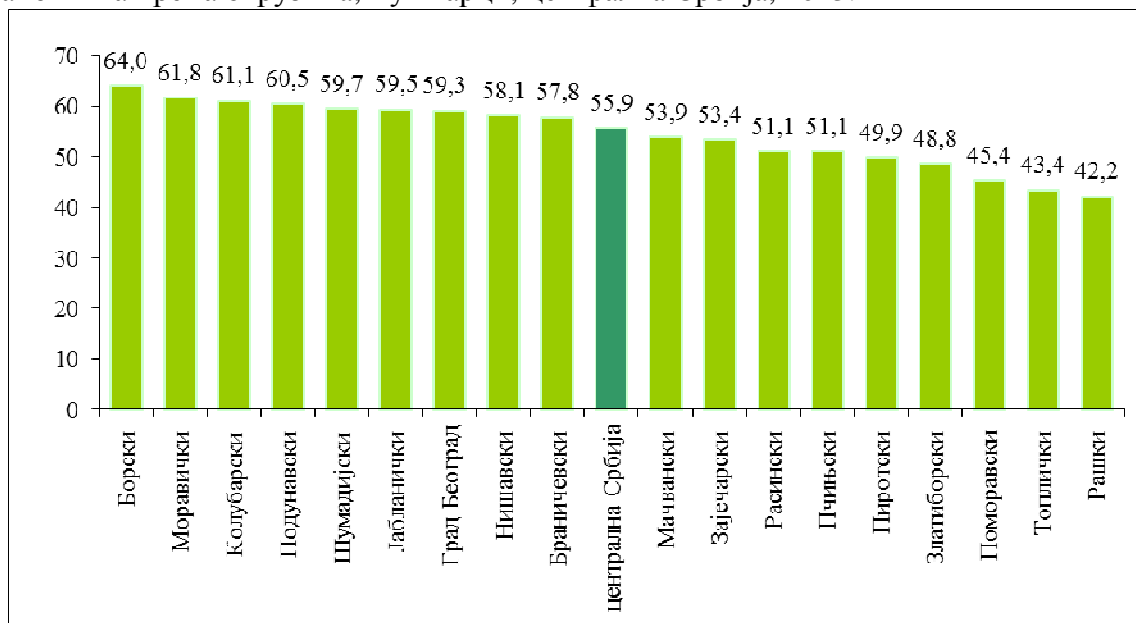
Графикон 33. Водеће локализације у оболевању од малигнух тумора код жена, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 34), у односу на просечну стопу у централној Србији (55,9/100.000), регистроване су код мушкараца у Борском округу (64,0/100.000), Моравичком округу (61,8/100.000) и Колубарском округу (61,1/100.000), а најниже у Топличком округу (43,4/100.000) и Рашком округу (42,2/100.000).

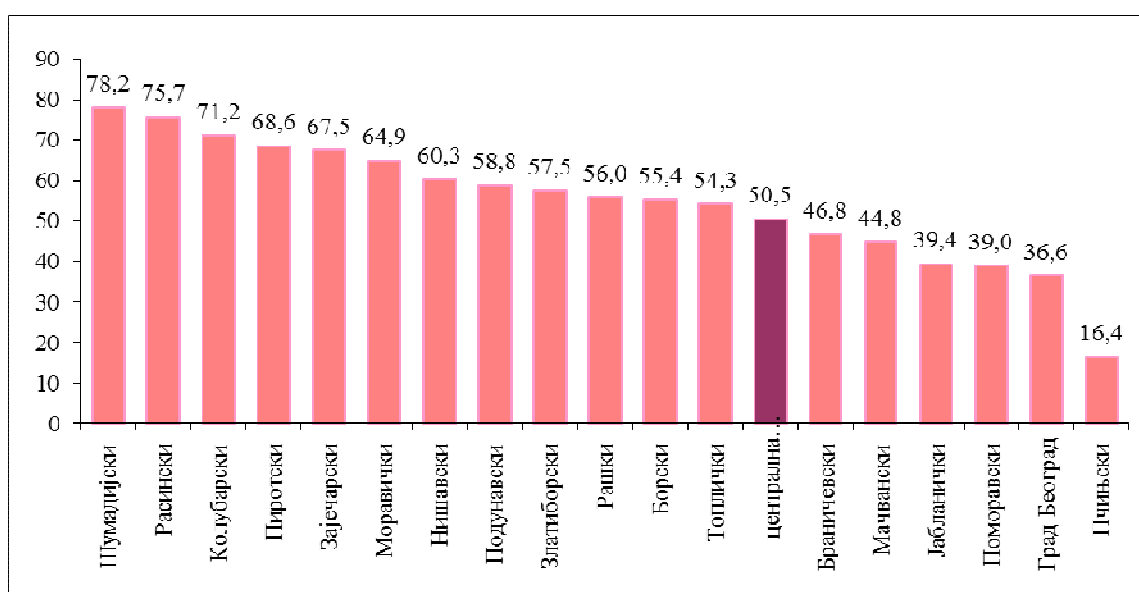
Графикон 34. Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година
– стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 35), у односу на просечну стопу у централној Србији (50,5/100.000), регистроване су код жена у Шумадијском округу (78,2/100.000), Расинском (75,7/100.000) и Колубарском округу (71,2/100.000), а најниже у Граду Београду (36,6/100.000) и Пчињском округу (16,4/100.000).

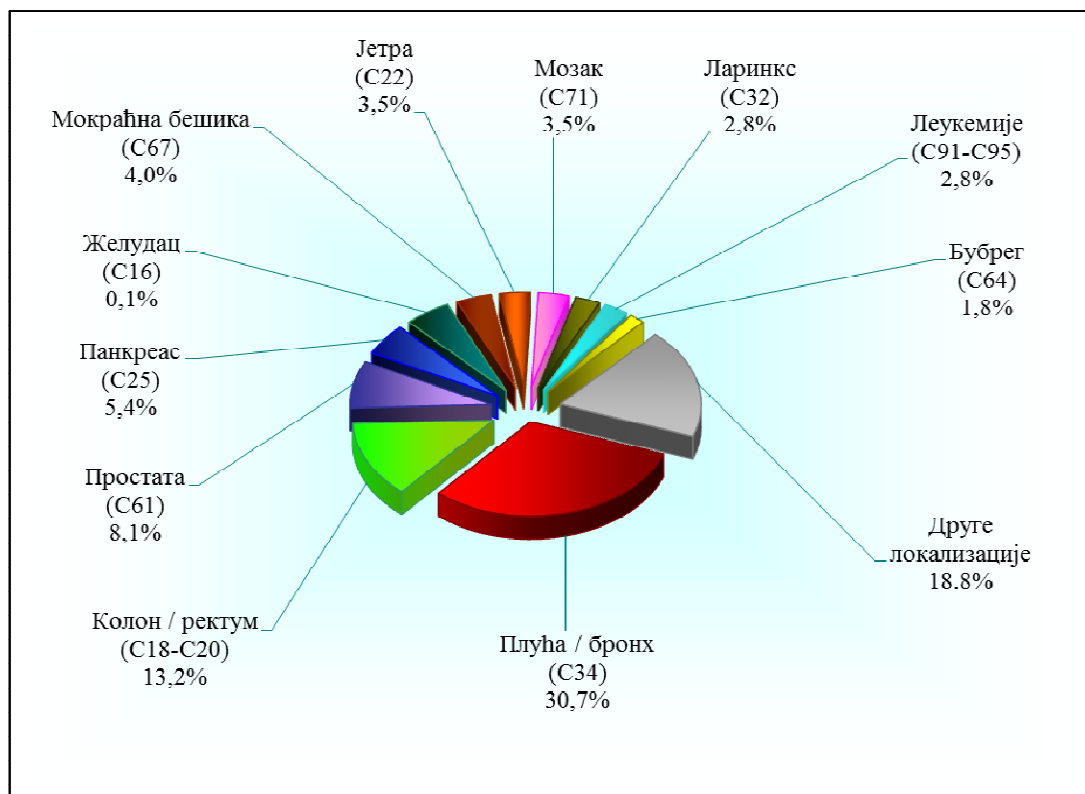
Графикон 35. Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година
– стандардизоване стопе на популацију света

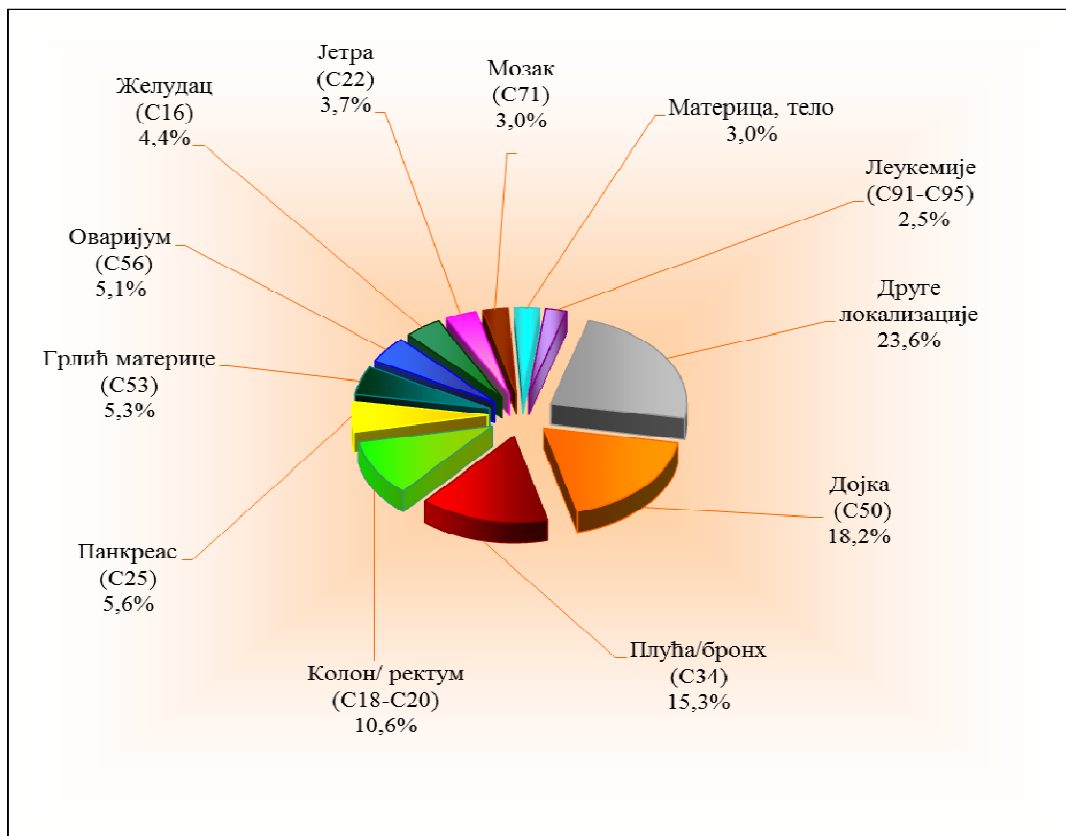
Мушкарци у централној Србији, током 2013. године, најчешће су умирали од малигнух тумора плућа, колоне и ректума, простате и панкреаса (графикон 36), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 37).

Графикон 36. Водеће локализације у умирању од малигнух тумора код мушкараца, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година

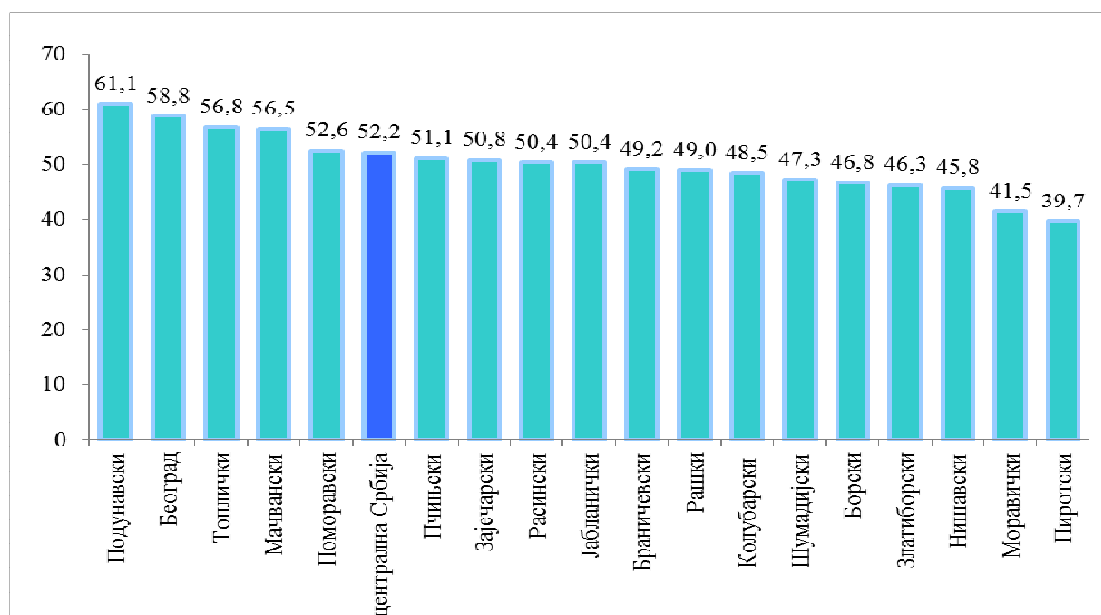
Графикон 37. Водеће локализације у умирању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 38), у односу на просечну стопу у централној Србији (52,2/100.000), регистроване су код мушкараца у Подунавском (61,1/100.000) и Граду Београду (58,8/100.000), а најниже у Моравичком (41,5/100.000) и Пиротском округу (39,7/100.000).

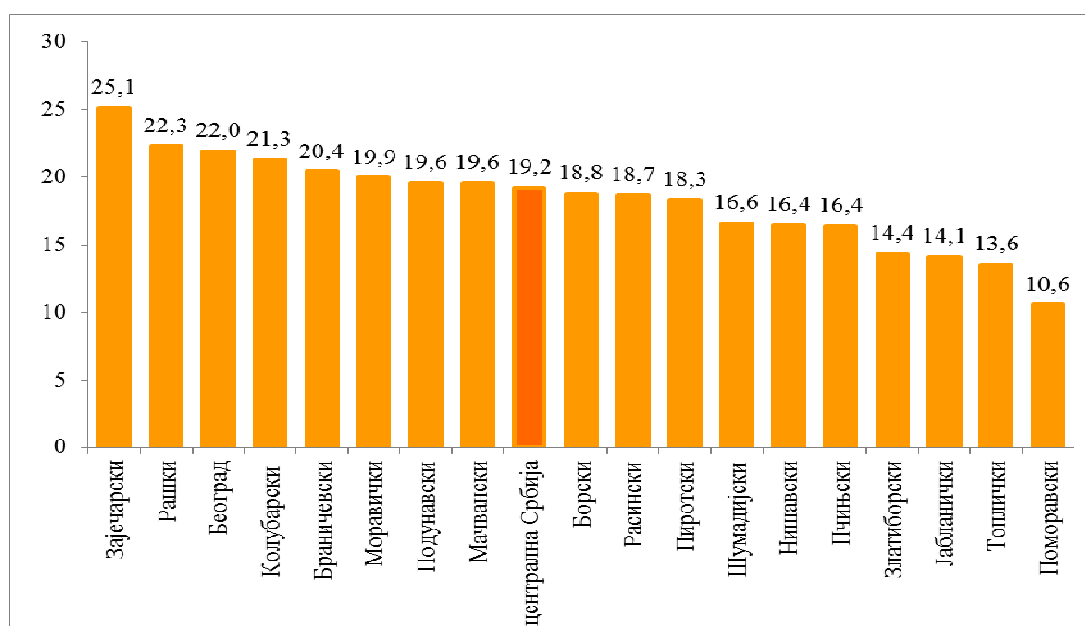
Графикон 38. Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година
– стандардизоване стопе на популацију света

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 39), у односу на просечну стопу у централној Србији (19,2/100.000), регистроване су код жена у Зајечарском (25,1/100.000) и Рашком округу (22,3/100.000), а најниже у Топличком (13,6/100.000) и Поморавском округу (10,6/100.000).

Графикон 39. Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2013.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2013. година
– стандардизоване стопе на популацију света

2.2.3 Шећерна болест

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

У свету је 2013. године са дијабетесом живело 387 милиона људи и умрло је 5,1 милиона особа. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих за 20 година повећати на 592 милиона људи. Највише људи са дијабетесом (80%) живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих. У Србији око 710.000 особа или 12,4% становништва има дијабетес, 465.000 или 8,1% одраслог становништва зна за своју шећерну болест и још 245.000 особа нема постављену дијагнозу болести и не лечи се. Процене указују и да ће се број особа које ће живети са овом дијагнозом у нашој земљи до 2030. године повећати до 730.000, односно, 10,2% популације.

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

На годишњем нивоу од последица дијабетеса у нашој земљи умре приближно 3000 особа. У последњих једанаест година уочен је пораст умирања од овог обољења у Србији, али се у последњих пет година стопа морталитета од шећерне болести смањила са 43,8 у 2010. години, на 35,2 на 100.000 становника у 2014. години (табела 8). Више од половине фаталних исхода узрокованих дијабетесом у свету уочено је код особа које су старије од 65 година.

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2014. години евидентирано 281 новооболелих особа узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 14.939 новооболелих особа од тип 2 дијабетеса. У односу на 2013. годину када је морталитет од дијабетеса износио 39,1 на 100.000 становника, у 2014. години стопа смртности је опала на 35,2 на 100.000 становника.

Табела 8. Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (Е10-Е14) на 100.000 становника у Републици Србији, 2010–2014.

Стопа морталитета	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Општа	43,8	43,2	41,7	39,1	35,2
Стандардизована*	17,6	17,1	15,7	14,7	12,6

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

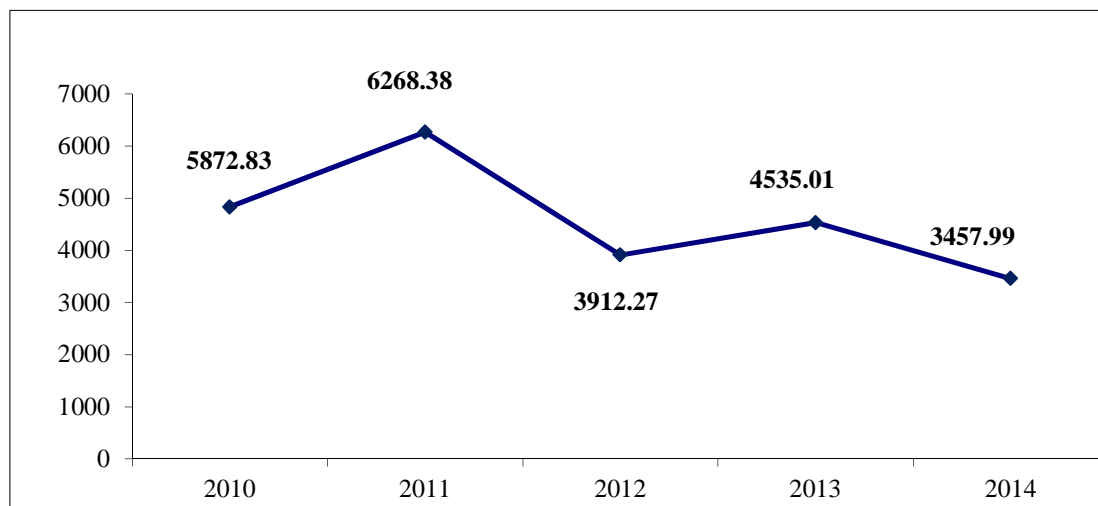
* на популацију света

2.3 Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије у 2014. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 247.735 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 3457,99 на 100.000 становника. У 2014. години региструје се тренд пада стопе инциденције заразних болести. Када се посматра тренд стопе инциденције појединих болести које се од 2005. године пријављују збирном пријавом, уочава се да највећи допринос порасту укупне инциденције заразних болести дају *Pharyngitis* и *Tonsillitis streptococcica*, што је вероватно последица пријављивања ових обољења углавном само на основу клиничке дијагнозе. Осим тога, постоји разлика у методологији пријављивања болести које се пријављују збирном пријавом на нивоу округа, тако да је уочено да се у појединим окрузима са сличним бројем становника региструју стопе инциденције стерптококне упале ждрела и крајника које се драстично разликују. Значајан пад укупног броја случајева оболевања у 2014. години последица је пада у

броју случајева оболевања од стрептококне упале ждрела и крајника, инфлуенце и варичеле.

Графикон 39. Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2010–2014.



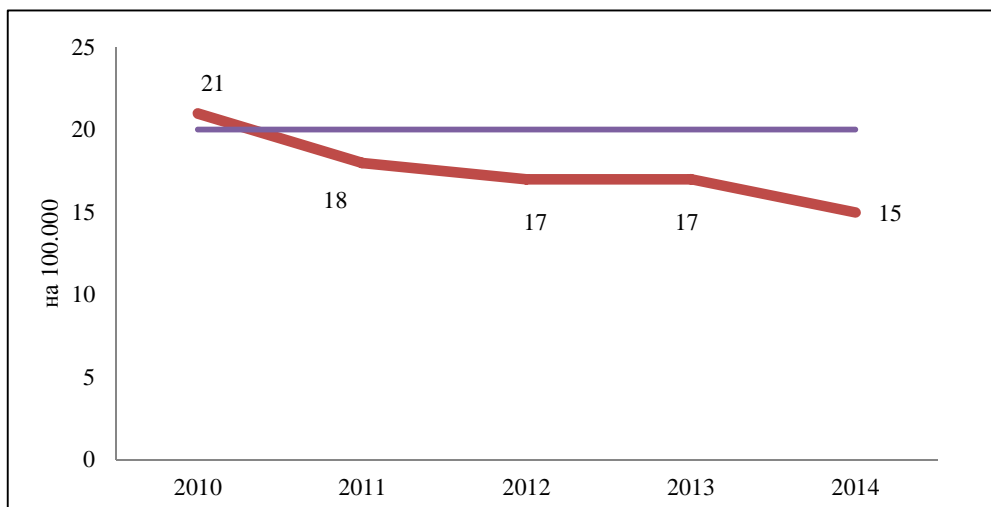
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У Републици Србији, у 2014. години је пријављено 24.973 оболелих од грипа са инциденцијом од 348,58/100.000. У овом периоду највећи број оболелих од грипа бележи се у сезони 2010/2011, првој сезони после пандемије, са бројем оболелих 97.699 и са инциденцијом 1339,91/100.000. У 2014. години, тј. у сезони 2013/2014. региструје се најмањи број оболелих од грипа, што корелира са спровођењем надзора над грипом у складу са Стручно-методолошким упутством у сезони 2013/2014. у Републици Србији, када није регистрован епидемијски период на националном нивоу. Највећи број оболелих од обољења сличних грипу је регистрован у узрасној групи од 0 до 4 и 5 до 14 година. Доминантан вирус у циркулацији је био А НЗ.

Стопа инциденције туберкулозе током последњих пет година бележи даљи пад захваљујући програмској здравственој заштити заснованој на Стратегији за заустављање туберкулозе Светске здравствене организације под називом „СТОП ТБ”, као и захваљујући бесповратној програмској помоћи Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије реализованој кроз пројекат „Контрола туберкулозе у

Србији” Министарства здравља. Србија је сврстана у земље са ниском стопом туберкулозе према Европским стандардима.

Графикон 40. Стопа инциденције туберкулозе, Србија, 2010–2014.



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

Број оболелих у периоду од 2010. до 2014. године кретао се од 1523 и 1343 у 2010. и 2011. години, до 1051 оболеле особе, колико је регистровано у 2014. години.

Од укупног броја оболелих новооболели су чинили 89–90%, док се проценат раније лечених кретао око 10–11%. Код 87–89% оболелих дијагностикована је плућна туберкулоза, која је у 79–85% случајева била културом потврђена. Од ванплућних локализација најчешће је регистрована туберкулоза плеуре (41–46%) и екстраторакалних лимфних жлезда (22–23%).

Иако се у овом периоду запажа знатан пад броја оболелих у Рашком и Мачванском округу, то су и даље окрузи са највећом стопом туберкулозе у Србији.

У периоду од 2010. до 2013. године регистровано је годишње 19, 19, 7 односно 14 оболелих од мултирезистентне туберкулозе (МДР ТБ), док је у 2014. регистровано 14 оболелих. Обухват тестирањем резистенције на антитуберкулотске лекове прве линије кретао се од 83% и 84% у 2010. и 2011. години, достижући 93% у 2014. години.

Виша стопа оболевања од туберкулозе одржавала се у заводима за извршење кривичних санкција. У периоду од 2010. до 2013. године пријављено је 13, 17, 28 и 22 случаја, док је 2014. године пријављено 14 оболелих, што чини стопу од 65/100.000.

Међу особама које живе са HIV-ом у периоду од 2010. до 2013. године пријављено је 11, 6, 6 и 20 оболелих од туберкулозе, док је 2014. године пријављено 8.

Табела 9. Кретање одабраних показатеља утицаја и исхода Програма контроле туберкулозе, у периоду од 2010. до 2014. године

Назив показатеља	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.
Стопа инциденције свих облика туберкулозе (на 100.000)	21	19	17	17	15
Стопа успеха лечења нових директно позитивних случајева туберкулозе (%)*	86	85	82	76	
Стопа успеха лечења лабораторијски потврђених оболелих од мултирезистентне туберкулозе (%)**	71	76	57		

Извор података: Пројекат „Контрола туберкулозе у Србији” Министарства здравља

*Због субакутног тока болести (лечење у просеку траје 6–8 месеци, а до потврде резултата спутума након завршеног лечења прођу још 2–3 месеца), према светским стандардима, стопа успеха лечења може се представити само за годину која претходи години спровођења програма.

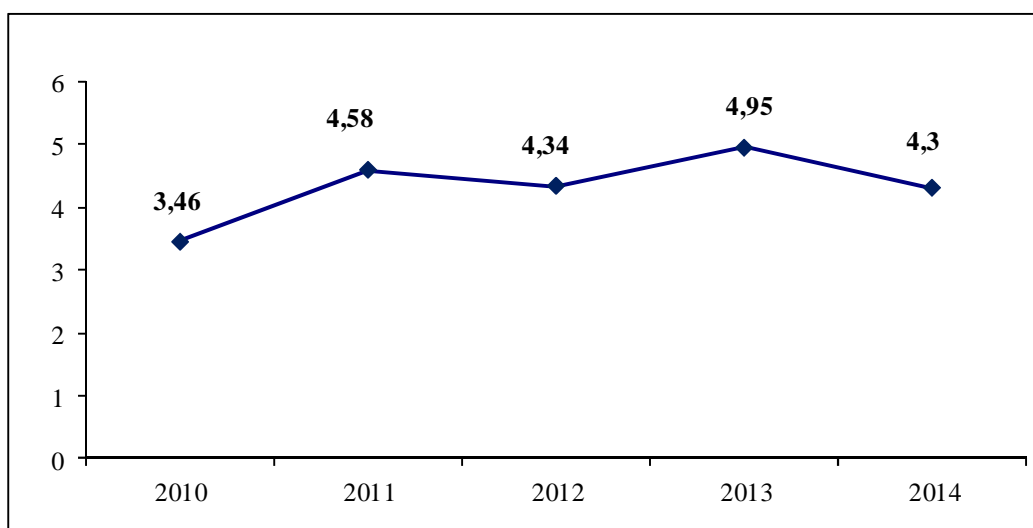
** Лечење мултирезистентне туберкулозе траје у просеку две године, тако да се, према светским стандардима, стопа успеха лечења не може представити за текућу нити претходну годину, већ за две године уназад.

Анализа исхода лечења нових директно позитивних случајева туберкулозе у последње две године показује континуиран пад успеха лечења због повећања броја умрлих, броја особа које су прекинуле лечење и броја оболелих са непознатим исходом лечења. Проблем повећања броја оболелих са исходом „прекинуто лечење” (7%) указују на смањену доступност здравствене службе за оболеле који потичу из удаљених села, присуство све већег броја оболелих из ризичних групација становништва и са придруженим обољењима, немогућност остваривања права на здравствену заштиту, на продужену економску кризу и сиромаштво али и на квалитет пружања услуга од стране

здравствене службе. Повећање броја оболелих са непознатим исходом лечења (6%) указује на потребу ажурнијег вођења регистра оболелих.

Од последица заразних болести у 2014. години је умрло 311 лица, са стопом морталитета 4,3/100.000, што је нижа вредност у односу на претходну годину (графикон 41).

Графикон 41. Кретање стопе морталитета од заразних болести (на 100.000 становника), Србија, 2010–2014.



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

Анализом појединачних узрока смрти уочава се да је највећи број умрлих од сепсе (106), ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (62), пнеумоније (44), туберкулозе (32), бактеријског менингитиса (20) и грипа (7).

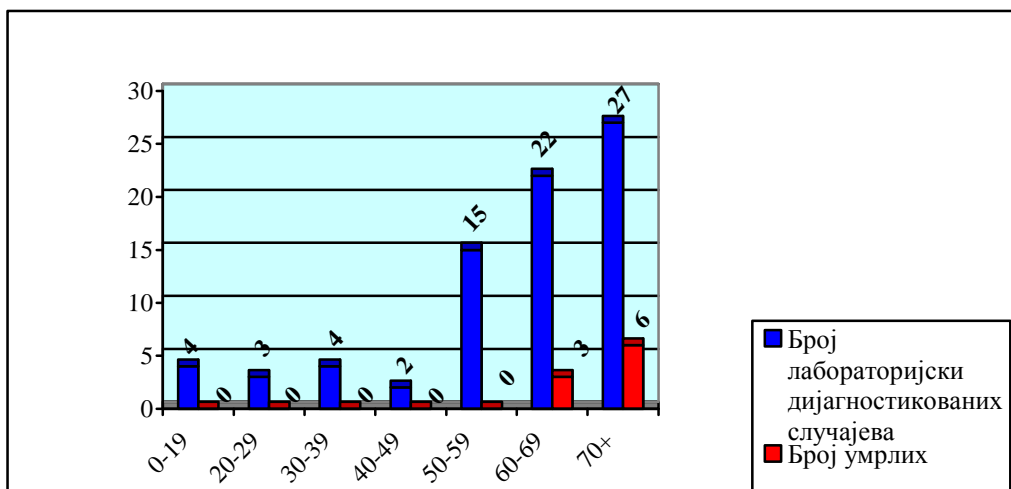
У сезони 2014. године закључно са 16. октобром регистровано је 77 случаја оболевања од грознице Западног Нила (у даљем тексту ГЗН) на територији 8 округа. На основу лабораторијских критеријума за класификацију случајева инфекције вирусом Западног Нила (у даљем тексту ВЗН) Европског центра за контролу болести, 57 случајева је класификовано као потврђени случајеви инфекције вирусом Западног Нила (присутна ВЗН специфична IgM антитела у ликвору), а 20 случајева класификовано је као вероватни случајеви инфекције (ВЗН специфична IgM антитела присутна у серуму).

Није регистрована епидемијска појава грознице Западног Нила током 2014. године. Иако поплаве индиректно могу да узрокују повећање учесталости оболевања од заразних болести које се преносе векторима (између осталих и грознице Западног Нила), јер доводе до повећања броја и опсега станишта вектора, током 2014. године регистрована је према досадашњим искуствима уобичајена сезона грознице Западног Нила. Сви оболеле особе биле су хоспитализоване.

Највећи број случајева (85,71%) регистрован је у августу и септембру месецу, што коинцидира са пиком активности комараца.

Међу потврђеним и вероватним случајевима оболевања било је укупно 9 смртних исхода који се могу довести у везу са ВЗН инфекцијом, код особа старијих од 60 година (графикон 42).

Графикон 42. Смртни исход оболелих од грознице Западног Нила према узрасној дистрибуцији, Србија, 2014.



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

У току 2014. године, на територији Републике Србије регистровано је 216 епидемија заразних болести са 2393 оболеле особе. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину мањи за 11,8%. У 2014. години, у епидемијама заразних болести је умрло 12 лица – 9 лица у болничким епидемијама ентероколитиса изазваног *Clostridium difficile*, 2 лица у епидемији грипа, и једно у епидемији салмонелозе. Према

путу ширења узročника, као и претходних година најбројније су биле алиментарне епидемије (92 епидемије или 42,6% од укупног броја регистрованих епидемија). Према учесталости следе контактне епидемије (61 или 28,2%), ваздушно-капљичне (42 или 19,4%) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (17 или 7,9%). Најређе су епидемије са хидричним путем преноса (3 или 1,4%) и једна епидемија у којој је пут преноса инокулација (0,5%).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2014. години према достављеним пријавама оболеле су 383 особе (у 2013. години пријављено је 116 оболелих), што чини 0,15% укупног оболевања од заразних болести (у 2013. години учешће је износило 0,03%). Пертусис је обољење са највећим учешћем у овој групи болести (73,41%). Већина оболелих регистрована је у Војводини захваљујући поштреном надзору над пертусисом уведеним од стране ИЈЗ Војводина.

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

Након десет година, у 2009. години, регистрован је један случај неонаталног тетануса. Није било пријављених случајева оболевања и умирања од тетануса и тетануса новорођенчади у 2014. години.

После епидемијског јављања морбила у Војводини 2007. године, регистрована је 2010. године епидемија у ромским насељима у граду Лесковцу, која се током 2011. године проширила и на општу популацију. У 2013. години забележен је један случај малих богиња који је класификован као могуће импортован. Крајем 2014. године региструје се повећано оболевање од морбила (37 оболелих) са пријавом епидемије на територији Јужнобачког округа.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља (ДТП) спроведена је са циљним обухватом 95,0%

а против дечије парализе (ОПВ3) са обухватом од 95,1%. Обухват ревакцинацијом ДТП вакцином деце у другој години живота износио је 90,3% а ОПВ 90,6%, што је знатно испод циљних вредности обухвата овим вакцинама од 95%. Ревакцинација предшколске деце обављена са обухватом изнад 95%, а школске са обухватом испод 95% а изнад 90%. Ово су нижи обухвати у односу на 2013. годину.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (ММР) у првој години живота износио је 85,8% што је мање у односу на 2013. годину када је вакцинацијом обухваћено 92,6% обвезника. Ревакцинација у седмој години живота бележи вредност 89,2% у односу на 84,1% у претходној 2013. години.

У 2014. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 93,9%, слично као у 2013. години (93,4%). Обухват вакцинацијом у 12. години износио је свега 79,1% што је нешто више од обухвата постигнутог у 2013. години (74,3%). Обухват вакцинацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце тип б у 2014. години износио је 95,2% слично као у 2013. години када је обухват овом вакцином износио 94,7%.

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

У Републици Србији у периоду од 1985. године, када су регистровани први случајеви, закључно са 2014. годином пријављене су 1734 особе оболеле од *Morbus HIV* (AIDS, сида) од којих је 1070 (62%) особа умрло од AIDS-а. Током 2014. године регистровано је 40 новооболелих особа (стопа инциденције 0,56 на 100.000 становника), док је девет особа умрло од AIDS-а (стопа морталитета 0,13 на 100.000 становника).

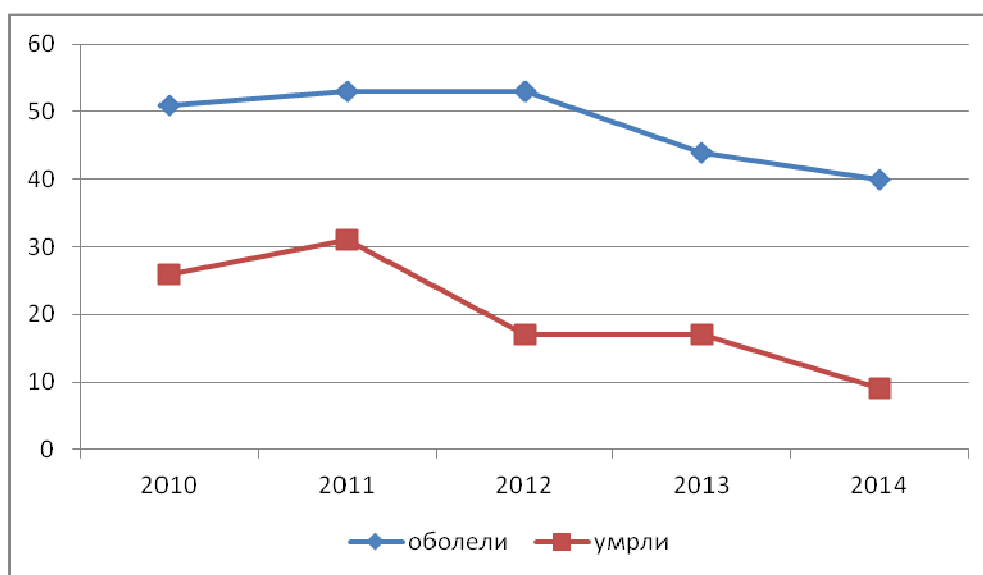
Табела 10. Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2000–2014.

Спроведена имунизација	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DTP3 вакцинација	97	97	97	97	98	97	97	98	98	97	97	98	96	97	95
OPV3 вакцинација	97	97	97	98	98	97	97	98	98	97	97	98	95	97	95
MMR вакцинација	87	95	93	95	97	95	96	97	96	96	96	97	90	93	86
НВ вакцинација 1. г.						65	92	94	94	95	95	96	93	93	94
НВ вакцинација 12. г.							57	80	78	62	76	87	83	74	79
НПb вакцинација							74	91	97	96	97	97	91	95	95

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

Од 2010. до 2014. године забележен је пад оболелих и умрлих од ове болести. У 2014. години регистрована је најнижа инциденција од AIDS-а у посматраном петогодишњем периоду, односно број оболелих од AIDS-а у 2014. години је био за 9% мањи него претходне године. Такође, 2014. године регистрована је најнижа стопа морталитета у периоду од 1987. до 2014. године, односно морталитет у 2014. години је био за 47% мањи него претходне године (графикон 43).

Графикон 43. Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV*, Србија, 2010–2014.



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

3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

3.1 Здравствено стање деце

Здравствено стање одојчади и деце предшколског узраста је од изузетног значаја за целокупно друштво. Заштити здравља ових популационих група посвећује се посебна пажња не само због повећане осетљивости на дејство различитих фактора који могу угрозити њихово здравље, већ и због чињенице да лоше здравље и 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 2010. до 2014. године у Србији се постепено смањивало са 6,9% у 2010. години на 6,5% у 2012. години, да би се и 2013. и 2014. задржало на 6,5%. Одојчад (деца старости 0–365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2014. године пружало је 714 доктора медицине, од чега је 87,4% лекара специјалиста. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2013. години је износио 1,5 (табела 11).

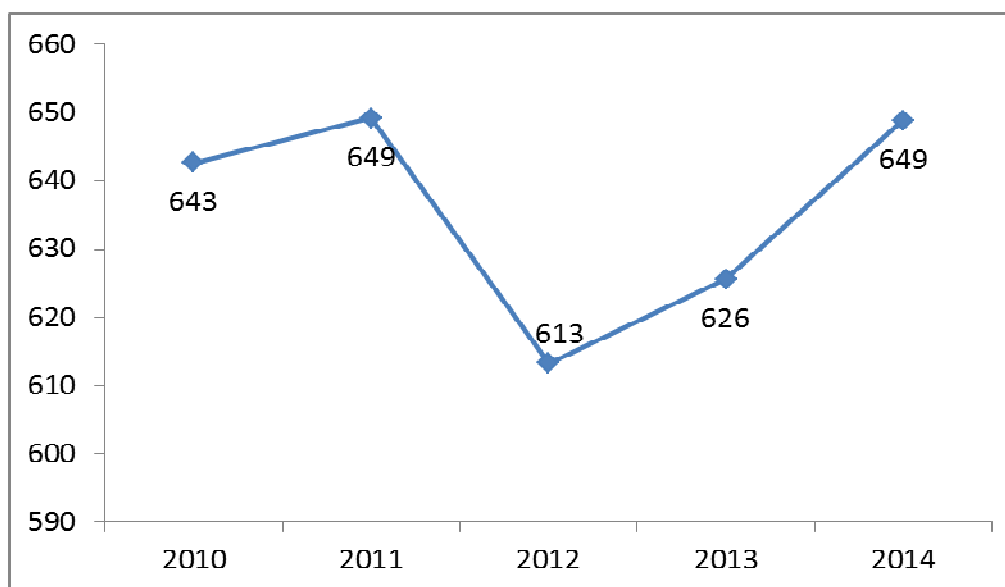
Просечан број деце узраста 0–6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду варира у опсегу од 613 колико је износио 2012. године, до 649 колико је био 2011 и 2014. године (графикон 44), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

Табела 11. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2010–2014.

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
2010	778	1231	1,6	6273,1	9,8	61,1%
2011	752	1202	1,6	6010,3	9,3	63,8%
2012	764	1185	1,6	5540,3	9,0	63,8%
2013	743	1116	1,5	5930,7	9,5	63,4%
2014	714	1076	1,5	6143,3	9,5	63,4%

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

Графикон 44. Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2010–2014.



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

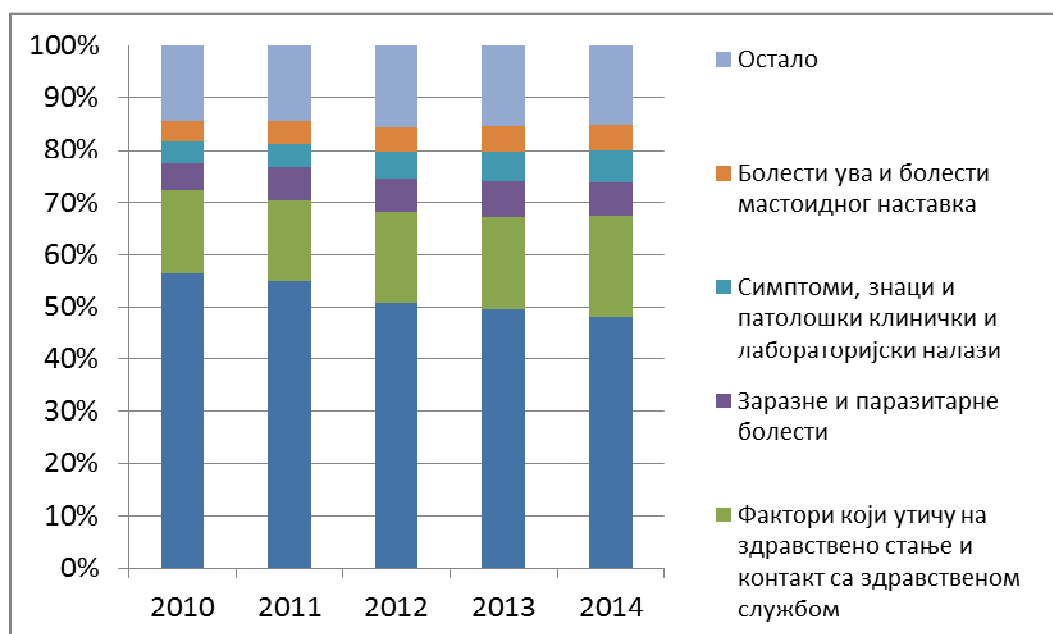
У служби за здравствену заштиту деце 2014. године регистровано је укупно 4.386.294 посете деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се у посматраном периоду кретало од 61,1% до 63,8%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2014. години износио је 6143,3.

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду се креће од 9,0 колико је износио 2012. године до 9,8 у 2010. години. У 2014. години свако дете је просечно било 9,5 пута код лекара.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2014. године је износио 2.864.600, а стопа оболевања 6144,4 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 6,1 по детету). У посматраном периоду стопа оболевања бележи тренд пораста вредности од 5916,4 – 2010. до наведених 6162,8 – 2013. године, са мањим падовима вредности у 2012. и 2014. години.

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

Графикон 45. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2010–2014.



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

3.2 Здравствено стање школске деце

Категорија школске деце обухвата узраст од 7 до 14 година, а категорији школске омладине (адолесцентима) припадају млади од 15 до 19 година. Период од поласка у основну школу до завршетка средње школе карактеришу процеси раста и психичко-физичког сазревања, социјализације, васпитања и школовања, као и припреме за укључивање у процес рада, али и наставак даљег образовања. Здравствено стање и квалитет живота у овом периоду условљени су факторима породичне средине, непосредног окружења и важним чиниоцима везаним за процес школовања. Тако, санитарно-хигијенско стање школских објеката (снабдевање хигијенском водом за пиће, диспозиција отпадних материја), услови за физичку активност и рекреацију, доступност школског објекта, микроклиматски услови и адекватан школски намештај представљају важне чиниоце за здравље деце.

Школска деца и омладина се према показатељима здравља могу сматрати најздравијом од свих старосних категорија. Међутим, због многих специфичности које обележавају овај животни период (сексуални и психосоцијални развој) и опасности за формирање ризичних понашања која могу да угрозе здравље, неопходно је да се у току школовања предузимају адекватне здравствене интервенције како би се промовисало здраво понашање и стилови живота.

У Републици Србији у 2014. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 13,1% у укупној популацији (укупно 936.540). У 2013. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (950.849), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене.

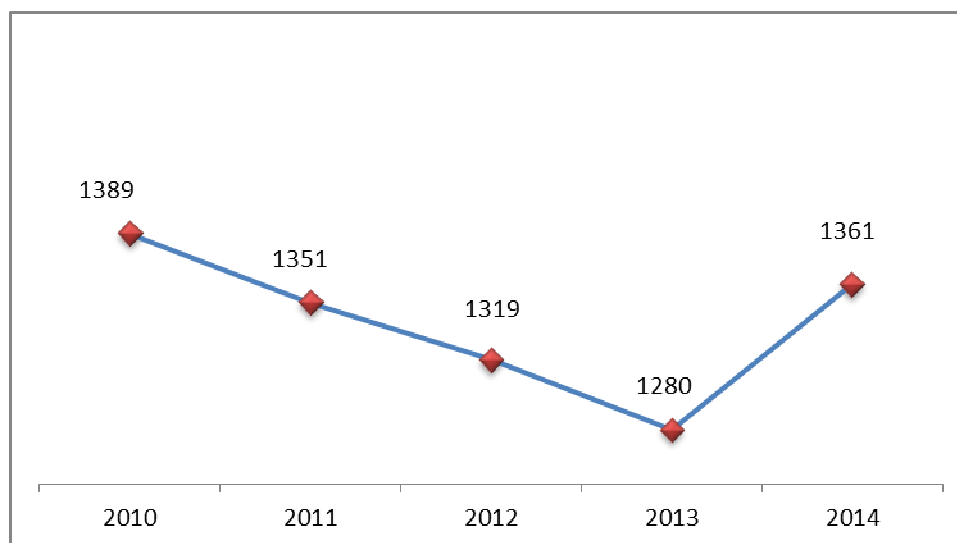
Здравствену заштиту школске деце на примарном нивоу обезбеђују службе за здравствену заштиту школске деце при домовима здравља.

Здравствену заштиту у службама за здравствену заштиту школске деце у 2014. години пружало је 688 доктора медицине, од чега 431 специјалиста педијатрије (62,6%)

и 88 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну 2013. годину је мањи за 55, а проценат специјалиста је без промене (62,6%). Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара је 1,04 и значајно је нижи у односу на претходне године (за 30% у односу на 2010. годину) (табела 12).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2014. године у Републици Србији износио је 1361 (графикон 46). Рационализација кадра у систему здравствене заштите утицала је на промене у броју здравствених радника (лекара и сестара), као и броју школске деце по лекару у овим службама.

Графикон 46. Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2010–2014.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2014. године регистровано је укупно 4.655.530 посета, од 3.473.641 (74,6%) код лекара и 25,4% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је мањи за око 360.000 у односу на претходну годину (укупно 5.015.288 посета 2013.

године). У просеку, свако дете (7–19 година) је у 2014. години посетило свог лекара 3,7 пута, што је. на нивоу вредности из 2010. године (табела 12).

Табела 12. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2010–2014.

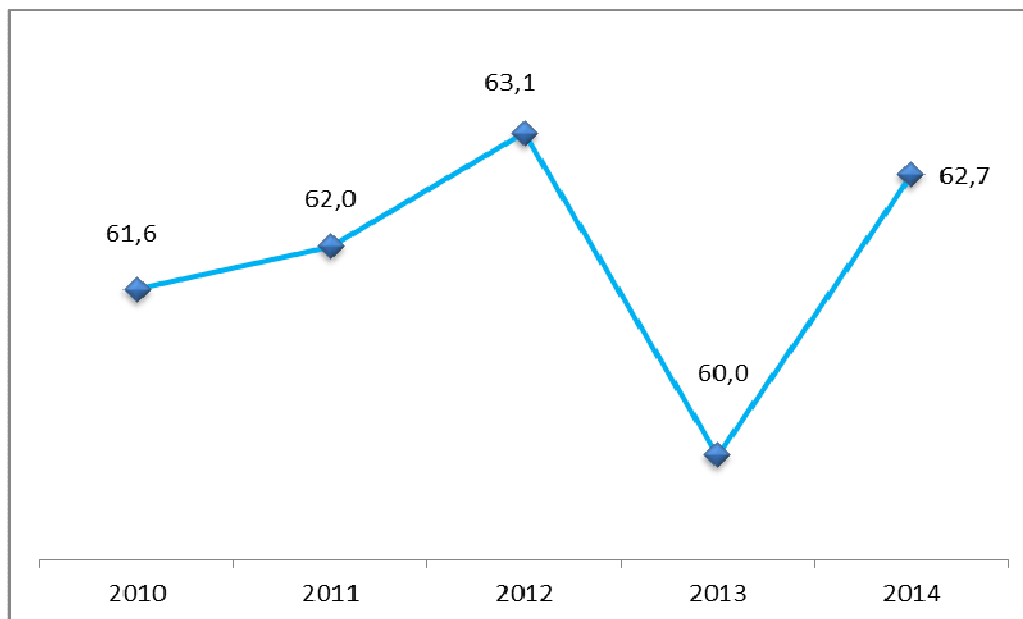
Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС	Број школске деце на једног лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Број посета по детету	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији (%)
2010	738	60,0	951	1,3	1389	5200	3,7	61,6
2011	753	63,1	959	1,3	1351	5060	3,7	62,0
2012	732	62,6	928	1,3	1319	4640	3,5	63,1
2013	743	62,7	922	1,2	1280	4984	3,9	60,0
2014	688	62,6	791	1,0	1361	5049	3,7	62,7

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 5049 посета (табела 12). У просеку, сваки лекар у овој служби је имао 65 посета више у односу на 2013. годину. Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2014. години је 62,7% (графикон 47).

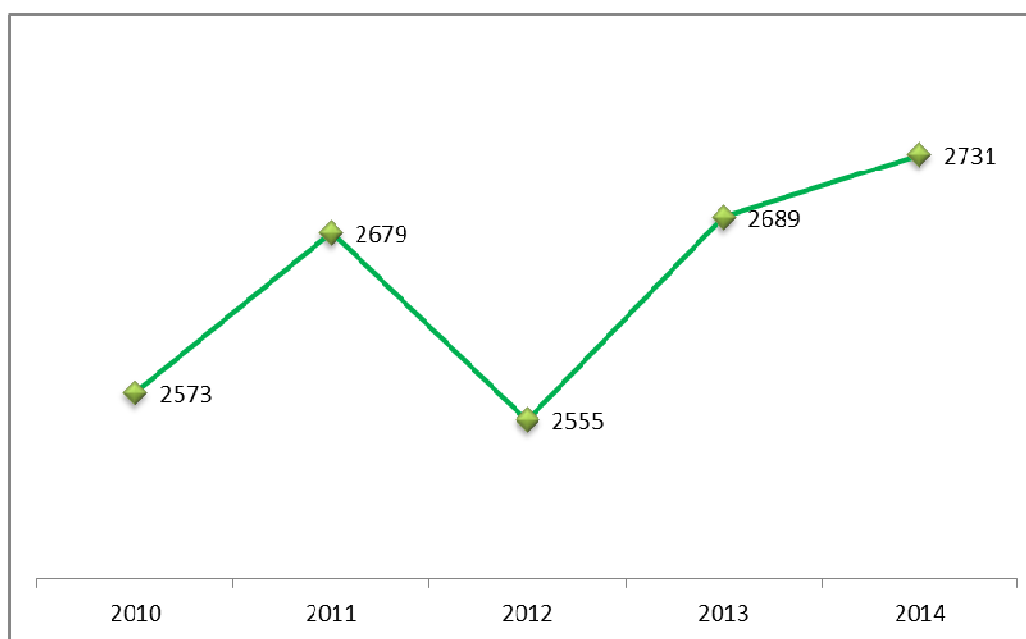
У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења, стања и повреда у групи од 7 до 19 година, 2014. године је износио 2.557.663, а стопа оболевања 2731 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,7 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је без промене, а стопа оболевања на 1000 деце је за 42 виша у 2014. години (2689 у 2013. години) (графикон 48).

Графикон 47. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2010–2014.



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

Графикон 48. Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2010–2014.

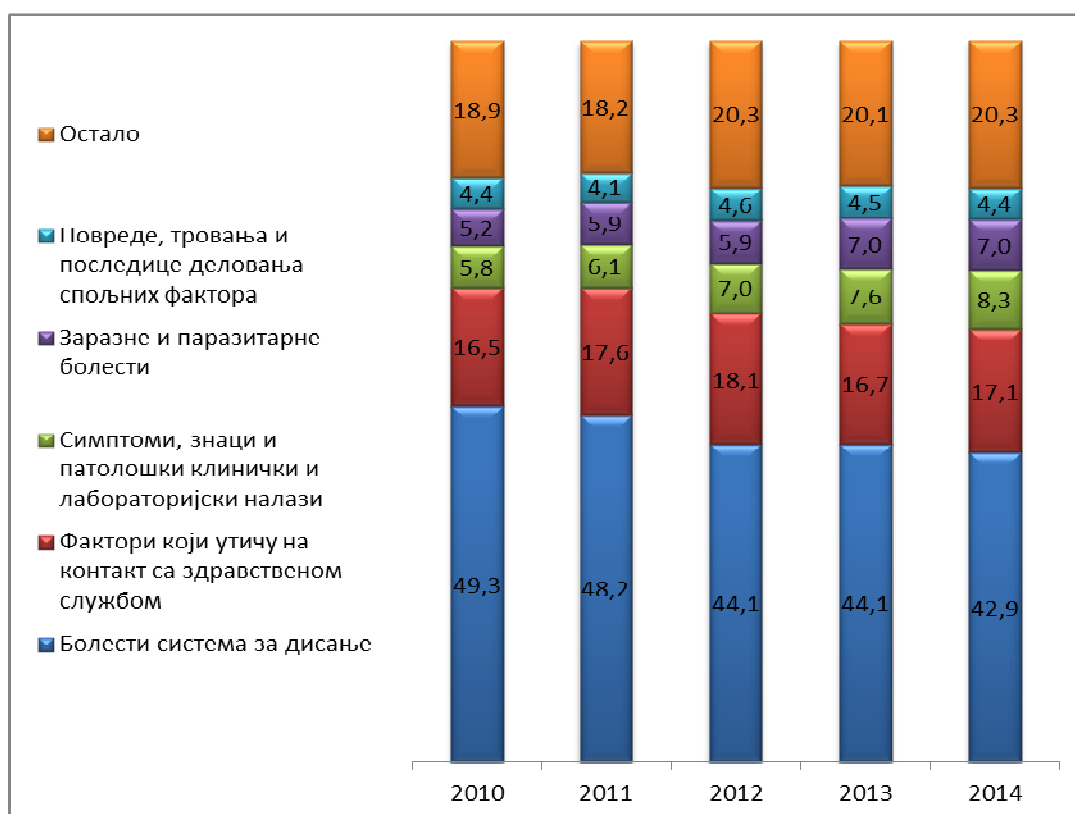


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања школске деце у периоду од 2010. до 2014. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање (X група МКБ-10), фактори који утичу на контакт са здравственом службом (XXI група МКБ-10), симптоми, знаци

и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10), заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (XIX група МКБ-10) са различитим процентуалним учешћем у посматраним годинама (графикон 49). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих група болести.

Графикон 49. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2010–2014.



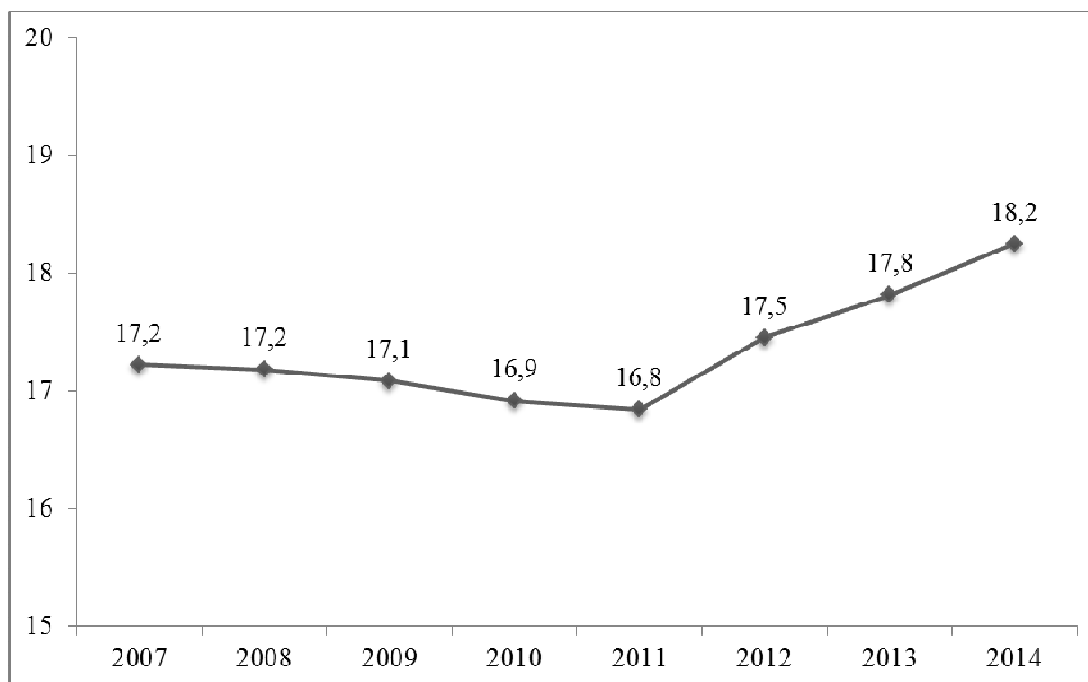
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

3.3 Здравствено стање одраслог становништва

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2010. години учествовала са 79,1% у укупном становништву. У 2014. тај проценат износи 80,4%. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву од 2007 до 2011. се смањивала, да

би се од 2012. до 2014. нагло повећала и у 2014. износила је 18,2% (графикон 50). Процент особа од 20 до 64 године у укупној популацији се повећао са 61,8% у 2009. на 62,4% у 2013. години. У 2014. тај проценат је мањи и износи 62,1%.

Графикон 50. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву, Србија, 2007–2014.



Извор података: Републички завод за статистику

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

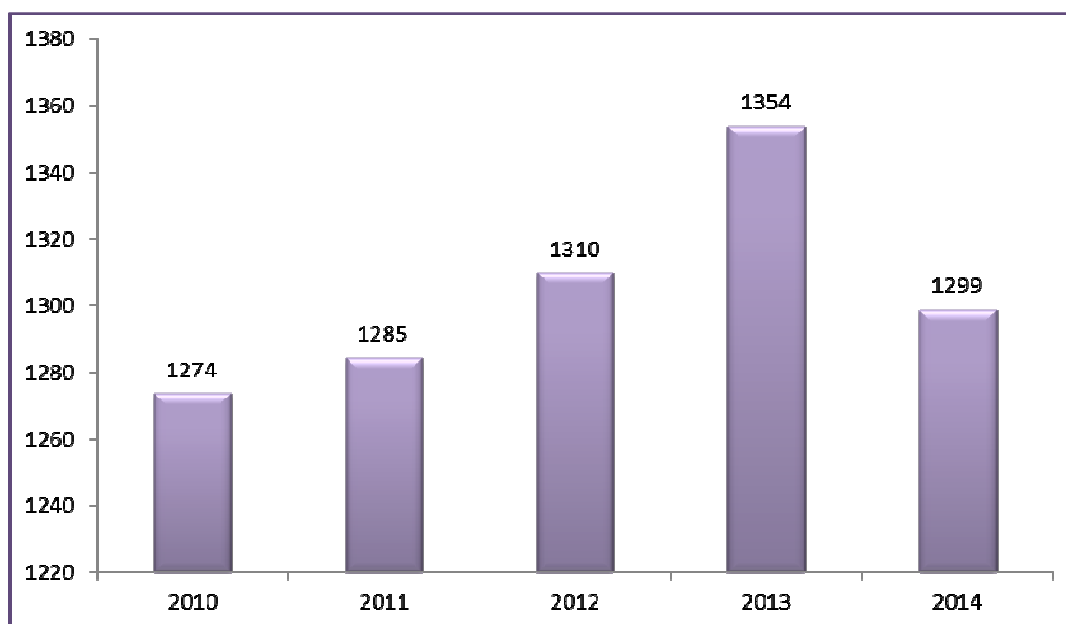
Здравствену заштиту одраслог становништва на примарном нивоу обезбеђују службе опште медицине и медицине рада при домовима здравља. Општа медицина је основни носилац примарне здравствене заштите становништва старијег од 19 година, док службе медицине рада обезбеђују ванболничку здравствену заштиту радноактивном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

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2014. години пружало је 4412 доктора медицине. Од тог броја 2.035 (46%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду се смањило са 1,5 колики је био у периоду 2010–2013. на 1,4 у 2014. години. Просечан број одраслих становника на

једног лекара у службама опште медицине и медицине рада од 2010. до 2013. године се повећао од 1274 на 1354, а у 2014. години њихов број је опао на 1299 (графикон 51).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2014. године регистровано је укупно 42.012.594 посета, од чега 27.916.325 или 66,5% код лекара и 33,5% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је у 2014. години порастао са 4,8, колико је износио 2012. и 2013. године, на 4,9 (табела 13).

Графикон 51. Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2010–2014.



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

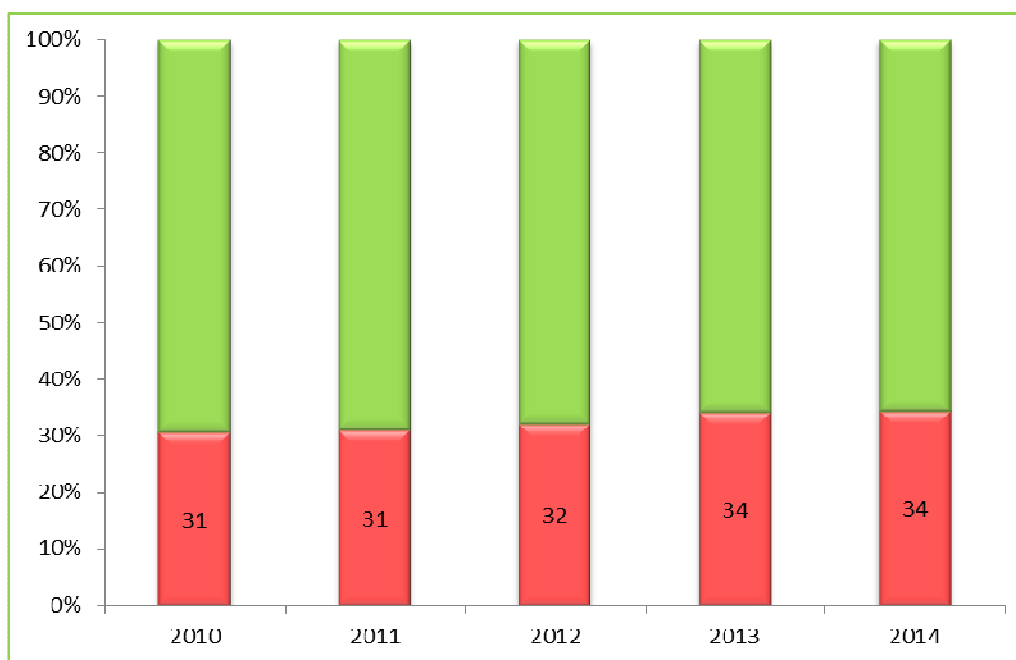
Од укупног броја посета лекару у ординацији, удео првих из године у годину постепено расте и у 2013. и 2014. износи 34% (графикон 52).

Табела 13. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2010–2014.

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
2010	4527	46	6970	1,5	1274	6441	5,0	30,5
2011	4479	47	6842	1,5	1285	6544	5,0	31,0
2012	4401	47	6716	1,5	1310	6338	4,8	31,8
2013	4245	47	6333	1,5	1354	6576	4,8	33,7
2014	4412	46	6323	1,4	1299	6401	4,9	34,3

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

Графикон 52. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2010–2014.



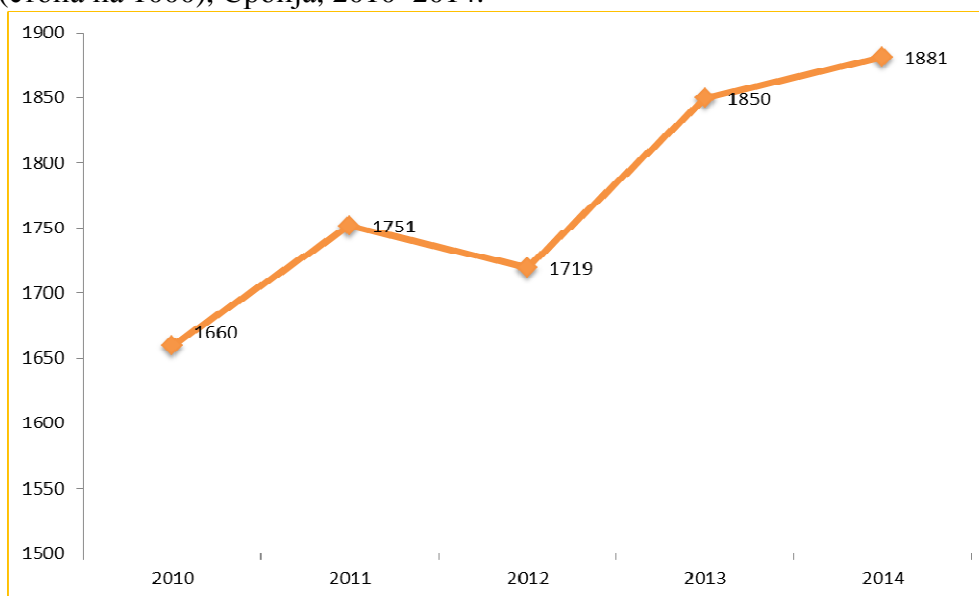
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва су се од 2010. до 2014. повећале са 1660 на 1881 на 1000 становника (графикон 53).

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2010. до 2014. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су

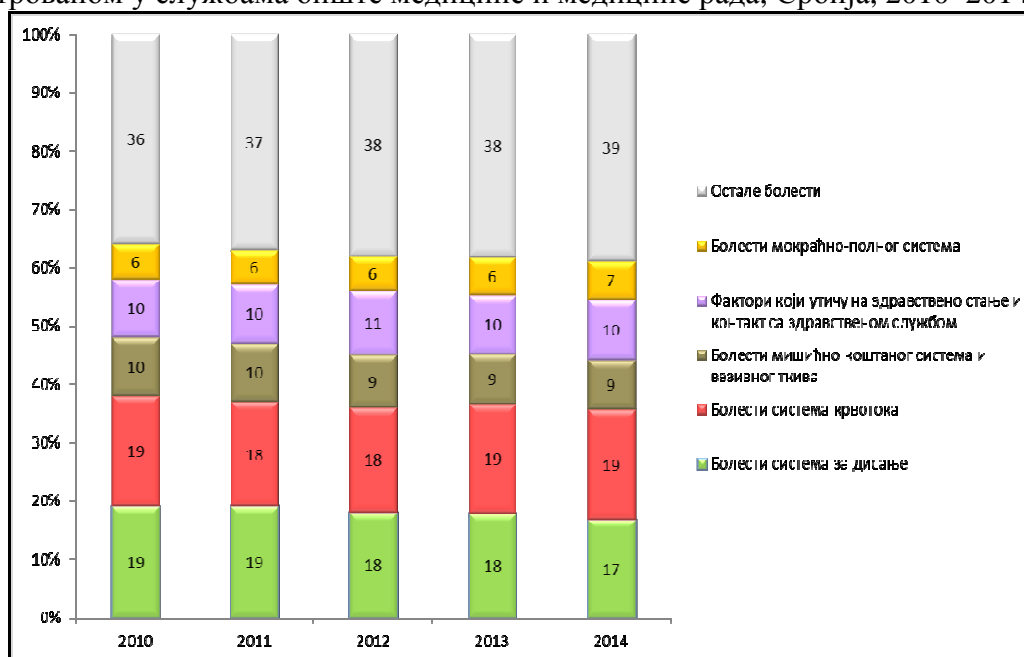
болести коштано–мишићног система и везивног ткива. Интересантно је приметити да се удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено смањује (графикон 54).

Графикон 53. Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2010–2014.



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

Графикон 54. Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2010–2014.



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

3.4 Здравствено стање жена

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

Здравствену заштиту у службама здравствене заштите жена пружало је у 2014. години 565 лекара што је мање него у претходној години. У исто време и број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом је смањен, при чему је њихов међусобни однос остао на нивоу претходних година и износио је 1,4 (табела 14).

Табела 14. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2010–2014.

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
2010	588	850	1,4	3428,3	0,63	43,84%
2011	586	815	1,4	3368,8	0,62	43,30%
2012	575	821	1,4	3259,1	0,59	44,99%
2013	576	794	1,4	3329,3	0,60	45,49%
2014	565	775	1,4	3374,3	0,60	46,17%

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

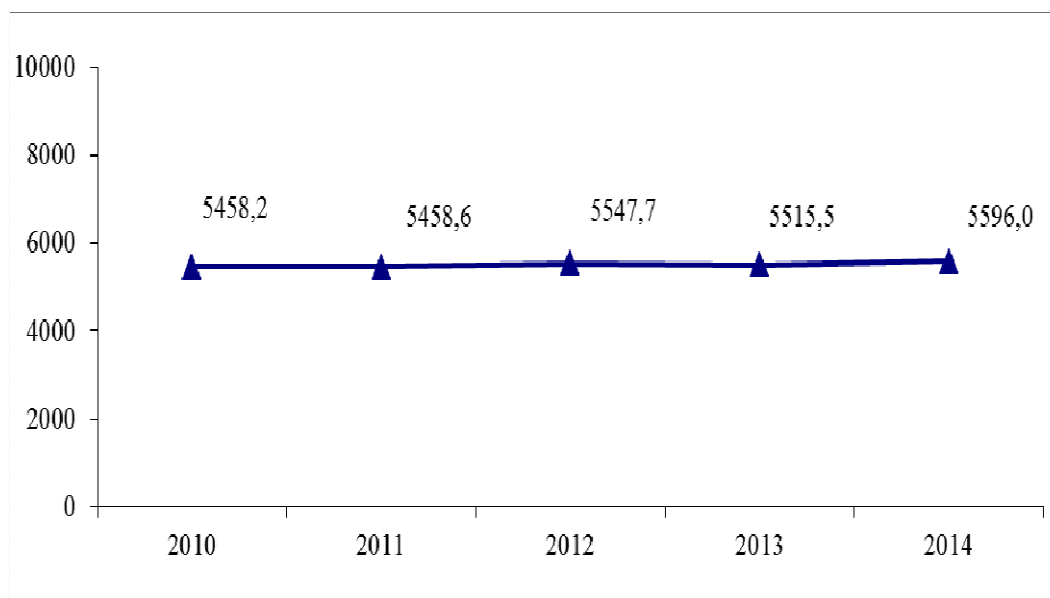
Просечан годишњи број посета по једном лекару смањивао се од 2010. године када је имао највећу вредност (3428,3) до 2013. године, да би у 2014. години забележио благи пораст. Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2010. године, а најмањи у 2012. години, док у претходне две године има исту вредност (табела 14).

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

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да она у периоду 2010–2014. година бележи пад вредности које су се

кретале од 5458 жена старих 15 и више година по једном лекару у 2010. и 2011. до 5596 у 2014. години, што уједно представља најнижу обезбеђеност регистровану у посматраном периоду (графикон 55).

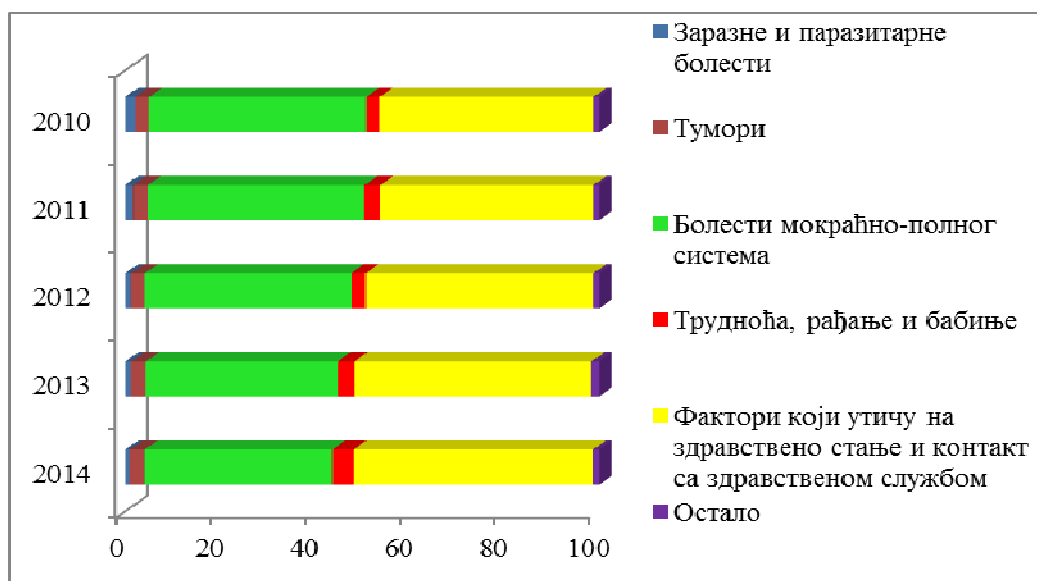
Графикон 55. Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2010–2014.



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

У структури оболевања жена у периоду 2010–2014. година нису примећене значајније промене. У целокупном посматраном периоду доминирају фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са учешћем од 45% до 50% у укупном морбидитету и болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 45% до 40%. У пет најчешћих група оболевања у службама здравствене заштите жена у Републици Србији убрајају се и трудноћа, рађање и бабиње, тумори, као и заразне и паразитарне болести. Ових пет најчешћих група болести заједно су чиниле преко 98% учешћа у укупном морбидитету у свим посматраним годинама (графикон 56).

Графикон 56. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2010–2014.



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

3.5 Стоматолошка здравствена заштита

Право на стоматолошку здравствену заштиту која се финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање је дефинисано Законом о здравственом осигурању. До 2010. године право на стоматолошку здравствену заштиту су имала деца до навршених 18 година живота, труднице и породиље до годину дана после порођаја, а одрасли становници Републике само за хитне стоматолошке услуге. Од 2010. године, изменама овог Закона и студентима на редовном школовању до навршених 26 година живота такође је обезбеђено право на стоматолошку здравствену заштиту која се финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање, са мањим обимом права од деце, као и код одређених категорија одраслог становништва. Све ове измене законске регулативе су пратиле и измене подзаконских аката и свакако да су утицале на обезбеђеност и коришћење стоматолошке здравствене заштите у посматраних пет година.

3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце

Период од 2010. до 2013. године у стоматолошкој здравственој заштити деце је обележило повећање броја посета предшколске деце стоматологу што је веома значајно с обзиром на то да ову популациону групу није лако обухватити, а веома је важна за спровођење превентивних стоматолошких мера и усвајање адекватног понашања у односу на здравље уста и зуба. У 2014. години забележен је нешто мањи број посета, али та вредност и даље превазилази ону која је регистрована на почетку посматраног периода (табела 15).

У истом периоду просечан број посета на једног стоматолога бележи стално смањење, осим у 2011. години када је забележена највећа вредност у претходних пет година (табела 15). Услед смањења броја деце овог узраста, постоји стални тренд повећања обезбеђености предшколске деце стоматологом. У односу на важећи Правилник* који предвиђа једног доктора стоматологије специјалисту дечје и превентивне стоматологије на 1500 деце старости до 18 година, овај број је и даље недовољан.

Табела 15. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2010–2014.

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
2010	0,47	2487,6	2316	1,07
2011	0,47	2569,2	1985	1,29
2012	0,49	2343,7	1859	1,26
2013	0,43	2222,1	1703	1,31
2014	0,46	2079,7	1673	1,24

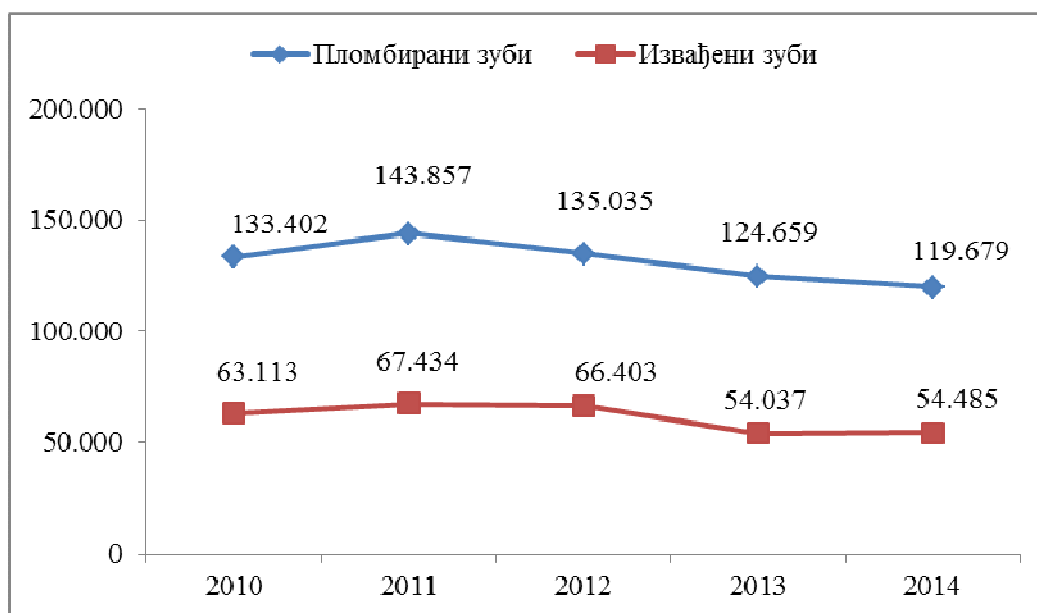
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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

У 2014. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било више од четири пломбирана зуба без лечења (4,37). Код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба постоји изражен неповољан тренд (графикон 57). Током деведесетих година је тај однос био 3 према 1, али у посматраном периоду се постепено приближава односу 2 пломбирана зуба према 1 извађеном зубу.

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

Графикон 57. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2010–2014.



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

3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце

Стоматолошка здравствена заштита школске деце је организована и пружа се поред домова здравља и у амбулантама просторно смештеним у школама основног и средњег образовања. Број школске деце се континуирано смањивао у посматраном периоду. Број стоматолога који је радио са овом популацијом је варирао, од 772 до 838 стоматолога, у просеку је 740 стоматолога збрињавало здравље уста и зуба школске деце. У складу са тим, обезбеђеност школске деце стоматологом била је најповољнија у 2013. години, а најнеповољнија у 2010. години, када је било најмање стоматолога, свега 763 (табела 16). У посматраном петогодишњем периоду је оптерећеност стоматолога била релативно уједначена и кретала се од 2900 до 3300 посета на једног стоматолога.

Број посета школске деце стоматологу показује позитиван тренд раста, а може се рећи да је велики број посета резултат спровођења обавезних превентивних прегледа код школске деце, којој је потребан и намењен велики број превентивних мера и активности у области оралног здравља.

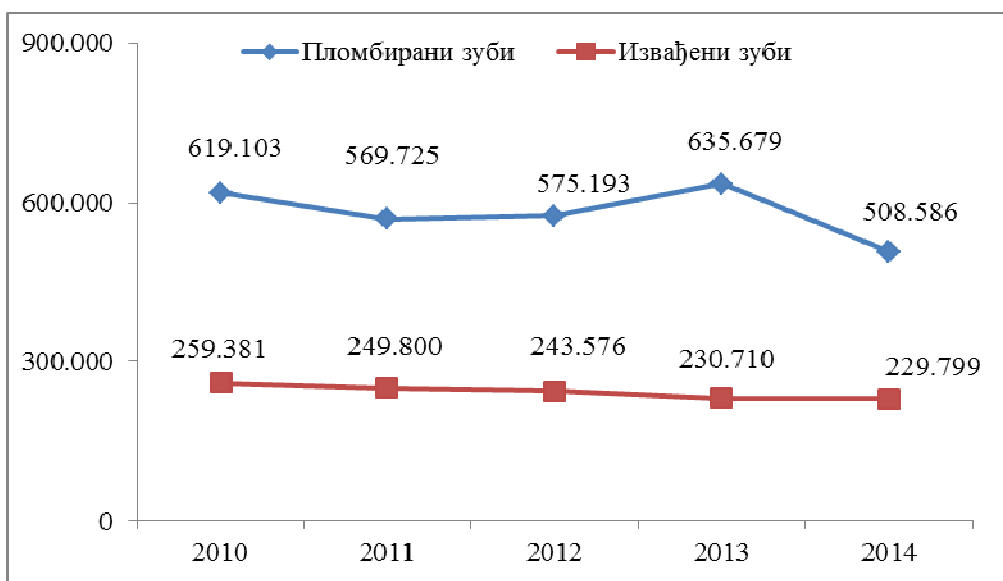
Табела 16. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2010–2014.

Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број школске деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно школско дете
2010	0,42	3339,7	1344	2,49
2011	0,44	2941,0	1214	2,42
2012	0,42	3022,1	1221	2,48
2013	0,36	2931,9	1154	2,54
2014	0,45	3080,3	1212	2,54

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

У прилог спровођења превентивних мера говоре и подаци да расте укупан број посета стоматологу, који је у 2013. и 2014. години износио око 2,4 милиона посета на нивоу Републике, а да се, са изузетком 2013. године, смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса (графикон 58).

Графикон 58. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2010–2014.



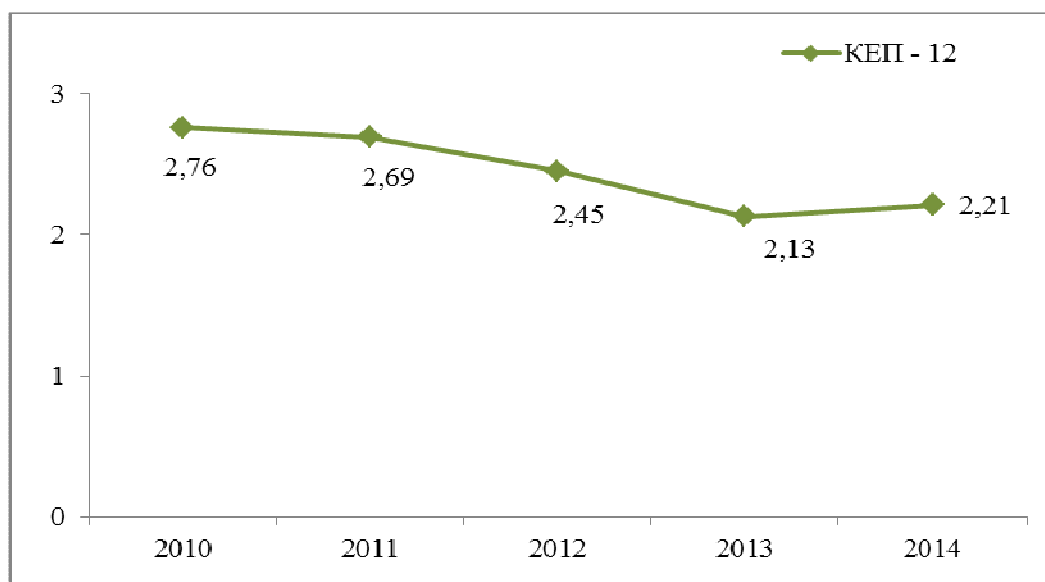
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, као што постоји благо повећање броја зуба који су ендодонтски лечени. Такође, број извађених зуба у периоду од 2010. године континуирано опада. Однос извађених зуба и пломбираних зуба у посматраном периоду углавном је био уједначен, али је драстично смањење броја пломбираних зуба у 2014. години довело до погоршања овог односа, који је у тој години износио 2,2 (графикон 58). Овакав однос екстрахираних и пломбираних зуба веома је неповољан за овако младу популацију и захтева значајно унапређење.

Један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваленције и утврђивање потреба за лечењем популационе групе деце старости 12 година је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП–12). То је кумулативни и иреверзибилни показатељ који мери присуство каријеса и у прошлости и у садашњости. Као општи показатељ здравља уста и зуба, КЕП се код деце у дванаестој години живота сматра поузданим показатељем њиховог оралног здравља. На нивоу Републике он је у 2014. години износио 2,21 што је нешто више него 2013. године, али знатно ниже у

односу на претходне године (графикон 59). У поређењу са земљама у окружењу ова вредност је прихватљива, али уколико се поредимо са развијеним земљама Европе, вредност овог показатеља је и даље висока.

Графикон 59. Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2010–2014.



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

3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва

Промене настале ступањем на снагу Закона о здравственом осигурању 2005. године су се највише одразиле на коришћење стоматолошке здравствене заштите одраслог становништва. У периоду до 2010. године из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање су одраслој популацији биле доступне искључиво ургентне стоматолошке услуге, док су за остале корисници сносили део потребних средстава или плаћали у целости цену услуге. Изменама поменутог Закона су проширена права на стоматолошку здравствену заштиту одређеним социјалним категоријама становништва, али је значајна измена била и право на стоматолошку здравствену заштиту које је дато студентима до навршених 26 година живота уколико су на редовном школовању.

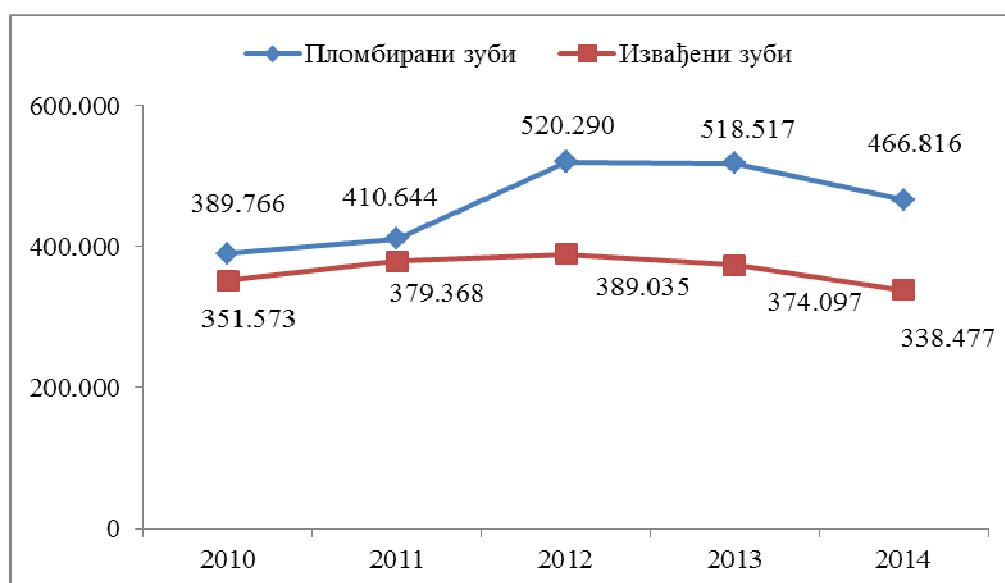
Табела 17. Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2010–2014.

Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број одраслих на једног стоматолога	Просечан број посета на једног одраслог становника
2010	0,83	1472,2	4368	0,34
2011	0,92	1395,6	4644	0,30
2012	0,75	1590,2	4653	0,34
2013	0,72	1661,4	4810	0,35
2014	0,73	1816,6	5692	0,32

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

У односу на претходне две године, у 2014. години је однос извађених и пломбираних зуба на истом нивоу, што је знатно повољније него претходних година (табела 17), пре свега због пораста конзервативног збрињавања каријеса током једне посете, као и благог повећања броја зуба који су пломбирани након ендодонтског лечења. Претпоставка је да је повећање права на стоматолошку здравствену заштиту студената утицало на ово повећање конзервативног збрињавања зуба.

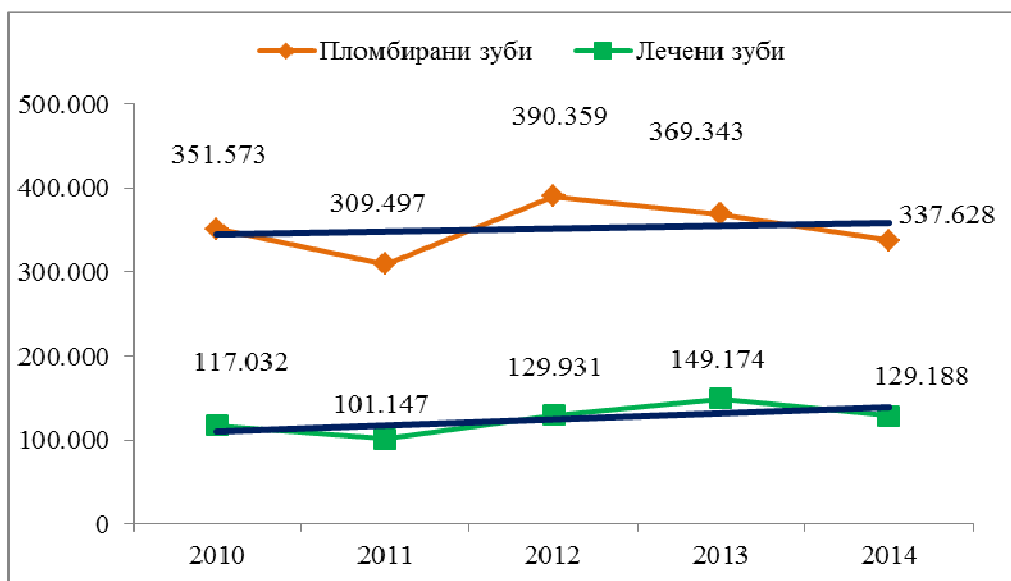
Графикон 63. Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2010–2014.



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

У посматраном петогодишњем периоду показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите су најнеповољнији у 2011. години, када је у просеку било 0,3 посете стоматологу по једном одраслом становнику, мада ни у осталим посматраним годинама ситуација није много боља. У почетку посматраног периода на један пломбиран зуб следило је скоро и једно вађење зуба, да би у последње три године ситуација постала нешто повољнија (на 1,4 пломбирана долази 1 извађен зуб) (графикон 63). Трендови у посматраном петогодишњем периоду указују на повећање како броја санираних зуба током једне посете, односно без лечења, тако и броја лечених зуба, што упркос нешто нижим вредностима у 2014. години, улива наду да одрасли становници почињу редовније да брину о здрављу својих уста и зуба (графикон 64).

Графикон 64. Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2010–2014.



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

4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

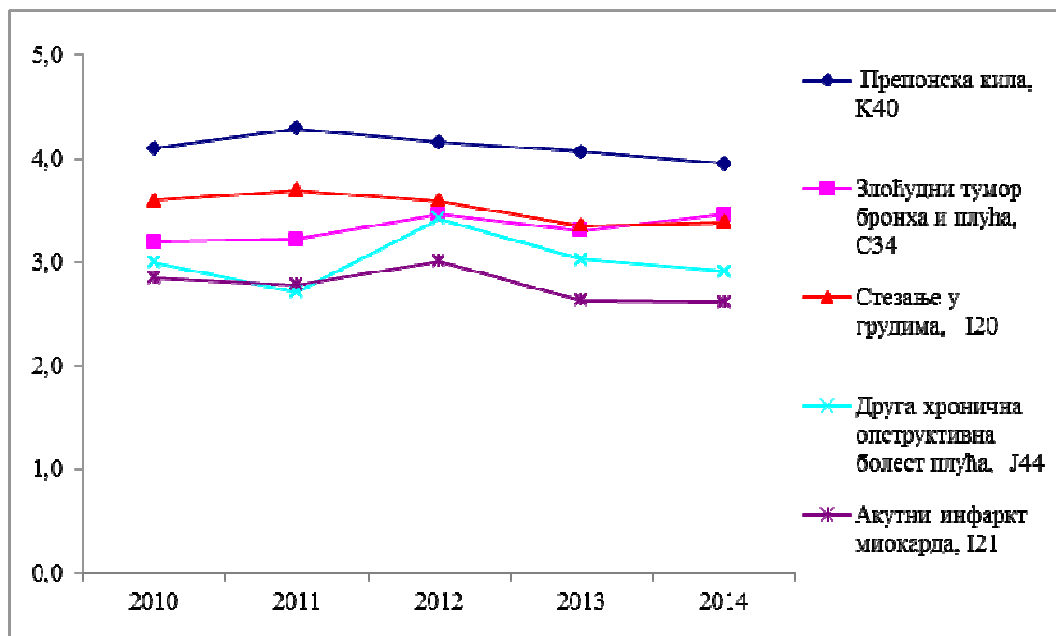
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама

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

Посматрано према појединачним дијагнозама (уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја), најчешћи узрок хоспитализације у 2014. години био је злоћудни тумор дојке, а затим следе шећерна болест, инсулинозависан облик, повишен крвни притисак непознатог порекла, прелом бутњаче и стезање у грудима.

Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2014. години била је препонска кила (МКБ10: К40). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца био је злоћудни тумор бронхија и плућа (МКБ10: С34), а затим следе стезање у грудима (МКБ10: I20), друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44) и акутни инфаркт миокарда (МКБ10: I21) (графикон 65).

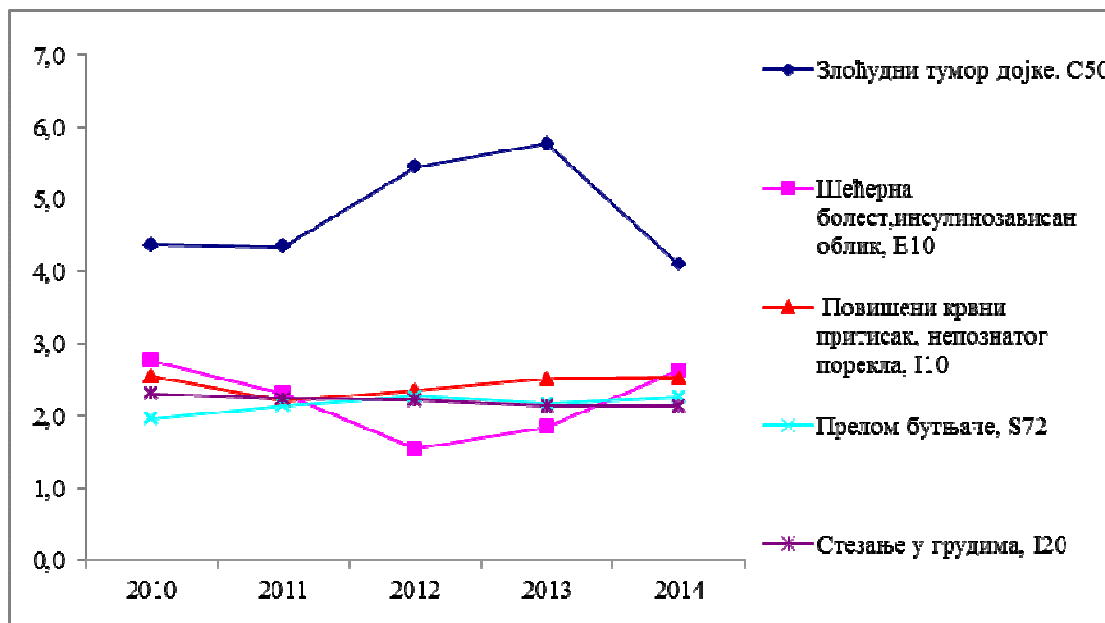
Графикон 65. Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2010–2014.



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

Уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, најчешћи узрок хоспитализације жена у 2014. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење се у 2000. години није ни налазило на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злоћудног тумора дојке била је 3,6 на 1000 становника, а 2010. се попела на 4,4 на 1000 становника, колико је износила и 2011. године, да би у 2013. години достигла највишу вредност од чак 5,8 на 1000 становника. С обзиром на то да је у 2014. години промењен образац за извештавање о хоспитализацијама, као и методологија извештавања, не може се тврдити да је смањење стопе хоспитализације због злоћудног тумора дојке у 2014. години последица смањене заступљености ове болести. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: шећерна болест – инсулинозависни облик (МКБ10: E10), повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10), прелом бутњаче (МКБ10: S72) и стежање у грудима (МКБ10: I20) (графикон 66).

Графикон 66. Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2010–2014.



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

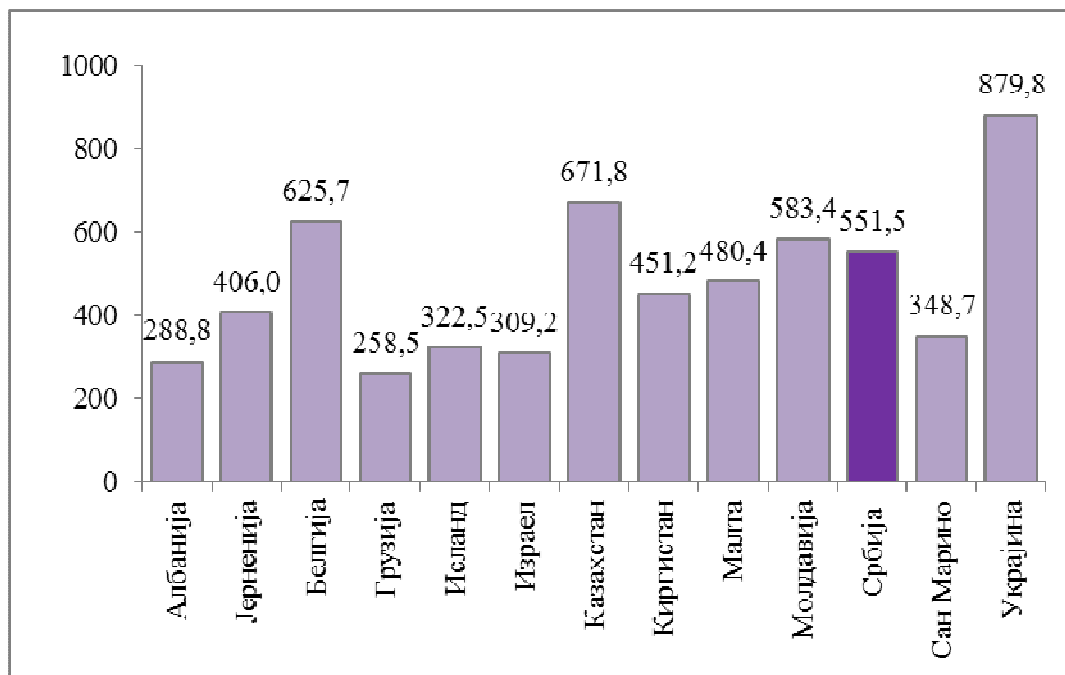
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите

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

Коришћење здравствене заштите, а у оквиру ње и болничке здравствене заштите, не зависи само од особина и потреба корисника већ и од обезбеђености и развијености здравствене службе.

Укупан број постеља у стационарним здравственим установама у Србији у 2014. години износио је 39.333 постеља (без постеља дневних болница) или 552 постеље на 100.000 становника (графикон 67). Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Украјине, Казахстана и Белгије, а знатно већа од Грузије и Албаније (258, односно 289 на 100.000 становника).

Графикон 67. Број постеља на 100.000 становника, Србија (2014.) и изабране европске земље (2013.)

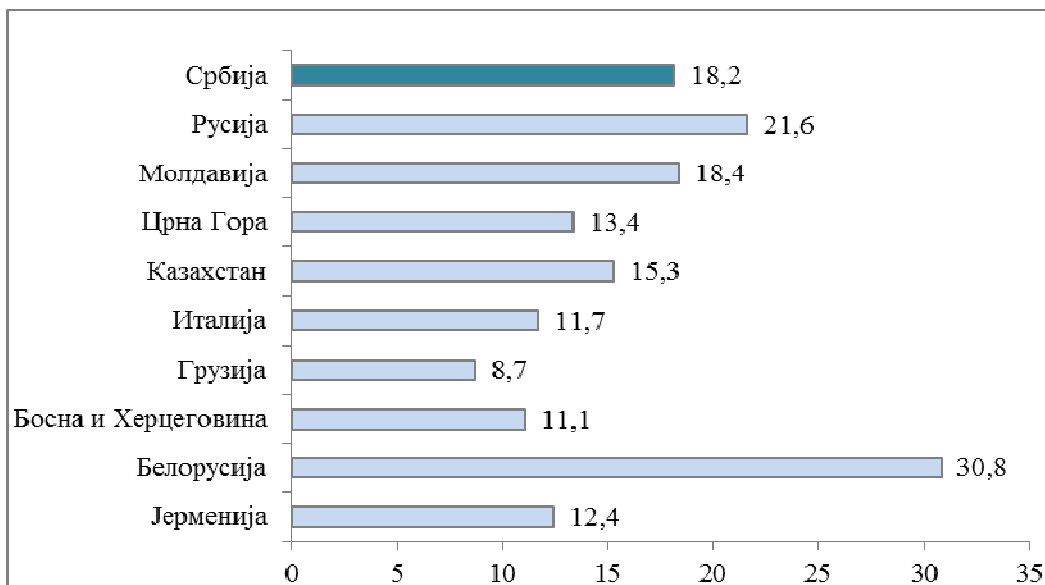


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут“; база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2014. години износила је 18,2 на 100 становника, што је нешто више него претходне године. Ова вредност је нижа него у Белорусији и Русији, на нивоу је Молдавије, док је виша у односу на остале посматране земље (графикон 68).

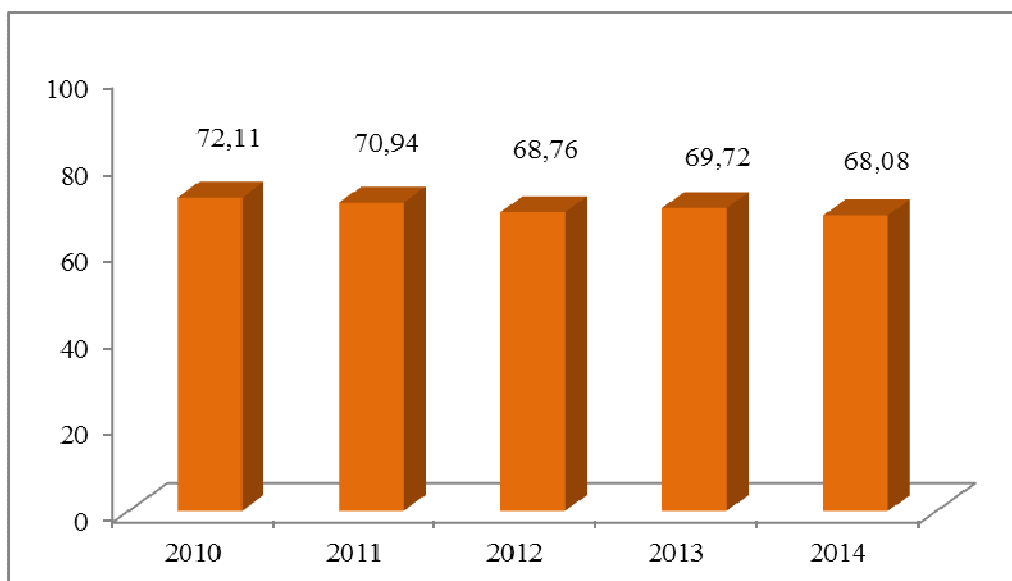
Заузетост болничких постеља у поматраном периоду константно се смањивала, од 72,11% у 2010. до 68,08% у 2014. години (графикон 69).

Графикон 68. Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама, Србија (2014.) и изабране европске земље (2013.)



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

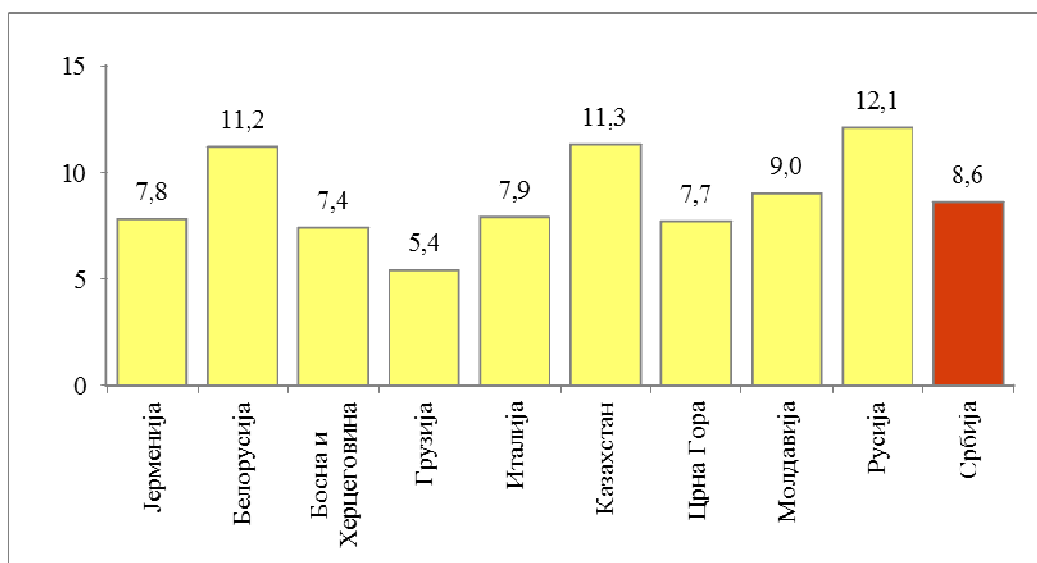
Графикон 69. Заузетост постеља у стационарним здравственим установама, Србија, 2010–2014.



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

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2014. години износила је 8,6 дана, што је више у односу на претходну годину, као и у односу на Јерменију, Босну и Херцеговину, Грузију, Италију и Црну Гору (графикон 70).

Графикон 70. Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Србији (2014.) и изабраним европским земљама (2013.)

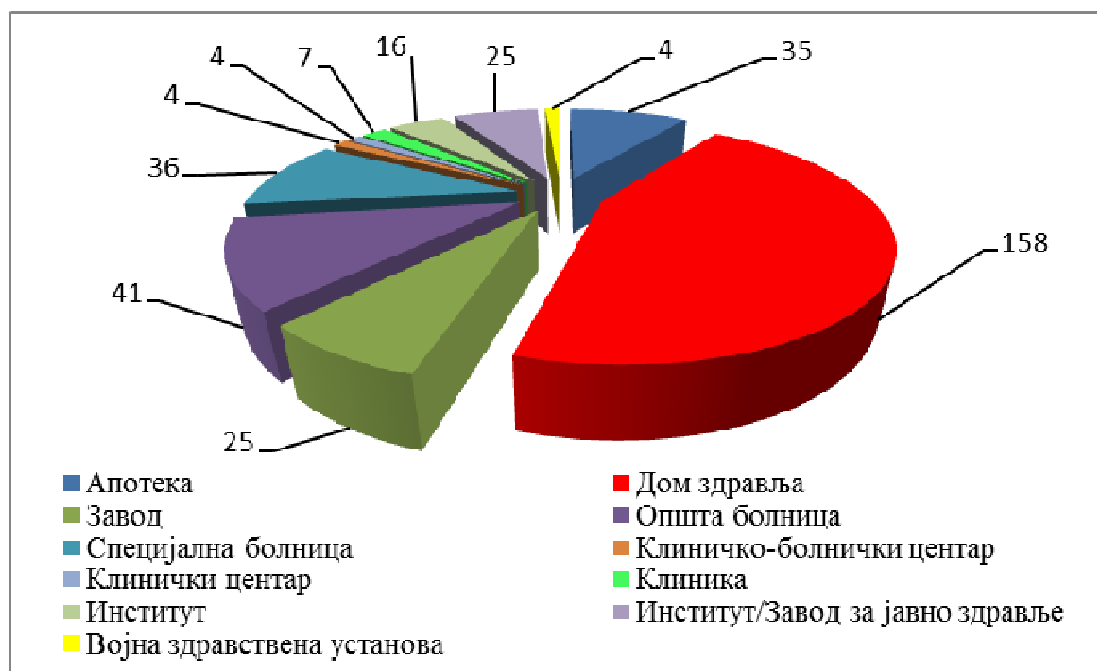


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут“; база података „Здравље за све“ Светске здравствене организације

5. ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ

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

Графикон 71. Здравствене установе у Републици Србији, 2014.



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

На дан 31.12.2014. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 109.237 радника. Од тога броја било је 20.645 лекара, односно 289 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (398 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (188 на 100.000). Све наведене вредности су ниже него у претходној години.

6. ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, смањење стопе наталитета и природног прираштаја, уједначена стопа општег морталитета, као и смањење опште стопе смртности одојчади.
- Позитивна економска активност у Србији, испољена кроз раст бруто домаћег производа у 2010. години, наставља се и у току наредне две године, када привреда поново манифестује знаке рецесионих кретања. У 2013. години долази до опоравка економске активности, уз релативно високу стопу привредног раста. Међутим 2014. године, читава домаћа економска активност у великој мери је под утицајем негативних ефеката поплава које су у мају погодиле Србију, уз додатно отежавајуће ефекте ниже екстерне тражње.
- 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 2014. години померила за једно место навише, али је и даље рангирана ниже од земаља из окружења, са изузетком Албаније.
 3. Јавни дуг се у 2014. години знатно увећао, при чему га карактерише и неповољна валутна структура.
 4. Спољни дуг се, иако по успореној стопи, додатно повећао, а Србија се приближила зони високе задужености.
 5. Извоз је у 2014. години драстично успорен.
 6. Стране директне инвестиције су релативно ниске, а у 2014. години су додатно благо смањене.
 7. У поређењу са земљама из окружења Србија и даље има највишу просечну годишњу стопу инфлације.

8. Релативно ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинства, додатно су смањени рестриктивним мерама фискалне консолидације.
 9. Незапосленост, иако у паду у 2014. години, у Србији представља вишедеценијски, велики привредни и друштвени проблем, са присутним свим аспектима структурне неусклађености на тржишту рада.
 10. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 77. место у свету и има негативну динамику. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
 11. Ризик сиромаштва или социјалне искључености изразито је висок и знатно је изнад просека земаља чланица Европске уније.
- Расходи за здравствену заштиту у периоду 2009–2013. година показују релативну стабилност. Издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, изнад су просека Европске уније и већине европских земаља. Међутим Република Србија издваја, посматрано у апсолутном износу, мала средства за здравствену заштиту у компарацији са другим европским земљама, што је последица релативно ниског нивоа бруто домаћег производа.
 - Од свих узорака воде за пиће из јавних водовода и водних објеката, чија је исправност испитивана у 2014. години, код 18,2% забележена је физичко-хемијска, а код 8,1% микробиолошка неисправност. У јавним водоводима градских насеља физичко-хемијска неисправност је забележена код 10,41%, а микробиолошка неисправност код 3,43% испитиваних узорака. Ове вредности су нешто ниже него претходне године.
 - У периоду 2010–2014. година бележи се пад опште неисправности и намирница домаћег порекла и намирница пореклом из увоза. Заступљеност неисправних, у укупном броју микробиолошки испитаних узорака, током протеклих пет година

није прелазила 1%. У укупном броју физичко-хемијски испитаних, заступљеност неисправних узорака намирница кретала се између 1,59% у 2013. и 5,39%. У 2011. години.

- Главни узроци урбаног аерозагађења у Републици Србији су погони енергетског сектора (термо-електране), рафинерије нафте, локалне топлане, кућна ложишта на течна и чврста фосилна горива, саобраћај, као и несанитарне депоније чврстог отпада.
- Незаразне болести представљају водеће узроке оболевања, инвалидности и умирања у Србији, са тенденцијом пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори, чине три четвртине свих узрока смрти. Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.
- Заразне болести данас не представљају већи здравствени проблем у Србији пре свега захваљујући редовном вакцинисању и релативно добром предузимању осталих превентивних мера.
- Стопа инциденције туберкулозе током последњих пет година бележи даљи пад захваљујући програмској здравственој заштити заснованој на Стратегији за заустављање туберкулозе Светске здравствене организације под називом „СТОП ТБ”, као и захваљујући бесповратној програмској помоћи Глобалног фонда за борбу против AIDS-а, туберкулозе и маларије реализованој кроз пројекат „Контрола туберкулозе у Србији” Министарства здравља. Србија је сврстана у земље са ниском стопом туберкулозе према Европским стандардима.
- Имајући у виду епидемиолошке карактеристике и знатан степен стигматизације полно преносивих инфекција у друштву, постоји оправдана претпоставка да пријављени случајеви особа инфицираних HIV-ом, односно оболевања и умирања од AIDS-а у мањем обиму, не приказују реално стање, како због непознатог степена поддијагностиковања, тако и због инсуфицијентног

пријављивања лабораторијски потврђених случајева у складу са важећом законском и подзаконском регулативом.

- У структури морбидитета деце доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести и болести ува и мастоидног наставка.
- У структури разболевања школске деце у периоду од 2010. до 2014. године у Републици Србији доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора са незнатним разликама у процентуалном учешћу у посматраним годинама.
- У структури морбидитета одраслог становништва (19 и више година), регистрованог у службама опште медицине и медицине рада, у периоду од 2010. до 2014. године доминирају болести система за дисање и система крвотока. На трећем месту су болести коштаног-мишићног система и везивног ткива. Удео болести система за дисање у укупном морбидитету из године у годину постепено се смањује.
- У службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2010–2014. 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 2010–2014. година, однос извађених и пломбираних показује негативан тренд, док је у стоматолошкој здравственој заштити одраслих тај однос нешто повољнији.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2014. години била је препонска кила, а затим следе малигни тумор бронхија и плућа, стезање у грудима, и друга хронична опструктивна болест плућа.
- Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2014. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке. Остали

најчешћи узроци хоспитализације код жена су шећерна болест (инсулинозависни облик), повишен крвни притисак, а по први пут се у пет најчешћих узрока хоспитализације појављује прелом бутњаче.

- Вредности стопе хоспитализације (18,2 на 100 становника), заузетости болничких постеља (68,08%) и просечна дужина хоспитализације (8,6 дана), указују на недовољну искоришћеност болничких капацитета.
- Просечан број лекара на 100.000 становника у 2014. години у Републици Србији износио је 289, са најнижом вредношћу у Сремском округу (188 на 100.000), а највећом у Нишавском округу (398 на 100.000). Све ове вредности су мање него претходне године.

7. ПРЕДЛОГ МЕРА

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

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

- Обезбедити инфраструктуру која обезбеђују доступност становништву;
- Обезбедити здравствене раднике и сараднике за задовољење потреба пацијената;
- Обезбедити финансијска средства за едукацију здравствених радника;
- Обезбедити потпуну интеграцију информационих технологија (ИТ) у примарну здравствену заштиту;
- Унапредити превентивне услуге и менаџмент хроничних пацијената;
- Пружити подршку оснивању и јачању улоге Савета за здравље градова/ општина;
- Унапредити услуге за вулнерабилне групе кроз мултисекторски рад на локалном нивоу: образовање на свим нивоима (предшколско, основно, средње и високошколско), социјална и здравствена заштита, посебно за јавноздравствене теме;
- Унапредити услуге заштите менталног здравља;
- Унапредити рад саветовалишта за хроничне пацијенте.

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

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

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

Неки од националних програма чију је евалуацију потребно урадити су:

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

- Национални програм превентивне стоматолошке здравствене заштите.

Стратегије које је потребно евалуирати су:

- Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести Републике Србије
- Стратегија за палијативно збрињавање
- Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената.

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

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