



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”

РЕПУБЛИКА СРБИЈА

ОДАБРАНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЉИ ЗА 2017. ГОДИНУ



ISBN 978-86-7358-098-2

2018.

Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Суботића, 5, Београд

www.batut.org.rs

Главни и одговорни уредник

Доц. др Верица Јовановић

Уредник

Доц. др Милена Васић

Аутори

Доц. др Милена Васић, специјалиста социјалне медицине

Ана Вукша, дипломирани економиста, специјалиста јавног здравља

Др Драгана Димитријевић, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Снежана Димитријевић, дипломирани економиста, специјалиста здр. економике

Др Дејан Живадиновић, специјалиста хигијене

Др Снежана Живковић Перишић, специјалиста епидемиологије

Др Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине

Др sc. med. Драгана Јовић, специјалиста хигијене

Др sc. med. Милена Каназир, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Тања Кнежевић, специјалиста хигијене

Др Горанка Лончаревић, специјалиста епидемиологије

Др Миљан Љубичић, специјалиста социјалне медицине

Др sc. med. Бранислава Матић Савићевић, специјалиста хигијене

Др sc. med. Драган Миљуш, специјалиста епидемиологије

Др sc. med. Наташа Мицковски, специјалиста социјалне медицине

Др Снежана Плавшић, специјалиста епидемиологије

Др Ивана Ракочевић, специјалиста епидемиологије

Др Данијела Симић, специјалиста епидемиологије

Др Маја Стошић, мастер јавног здравља

Мр sc. med. Весна Хорозовић, специјалиста социјалне медицине

Припрема и обрада података

Зорица Божић, виши дијететски нутрициониста

Слободанка Томашевић, дипломирани инжењер информатике

Сања Савковић, инжењер статистике

Лектура и коректура

Др sc. Тамара Груден, специјалиста књижевне публицистике

Садржај:

1. Становништво и услови живота	1
1.1 Демографски показатељи	1
1.2 Социјално-економски показатељи	6
1.3 Животна средина и здравље	28
1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће	28
1.3.2 Здравствена исправност намирница	31
1.3.3 Квалитет ваздуха	39
2. Умирање и оболевање становништва	43
2.1 Смртност становништва	43
2.2 Оболевање и умирање од незаразних болести које представљају највећи јавноздравствени проблем	45
2.2.1 Болести система крвотока	45
2.2.2 Малигне болести	46
2.2.3 Шећерна болест	53
2.3 Оболевање и умирање од заразних болести	54
3. Здравствено стање и коришћење примарне здравствене заштите	68
3.1 Здравствено стање деце	68
3.2 Здравствено стање школске деце	71
3.3 Здравствено стање одраслог становништва	75
3.4 Здравствено стање жена	79
3.5 Стоматолошка здравствена заштита	82
3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце	83
3.5.2 Стоматолошка здравствена заштита школске деце	84
3.5.3 Стоматолошка здравствена заштита одраслог становништва	87
4. Болнички морбидитет и коришћење болничке здравствене заштите	90
4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама	90
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите	92
5. Здравствене установе и кадрови	95
6. Закључци	96
7. Предлог мера	101

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.

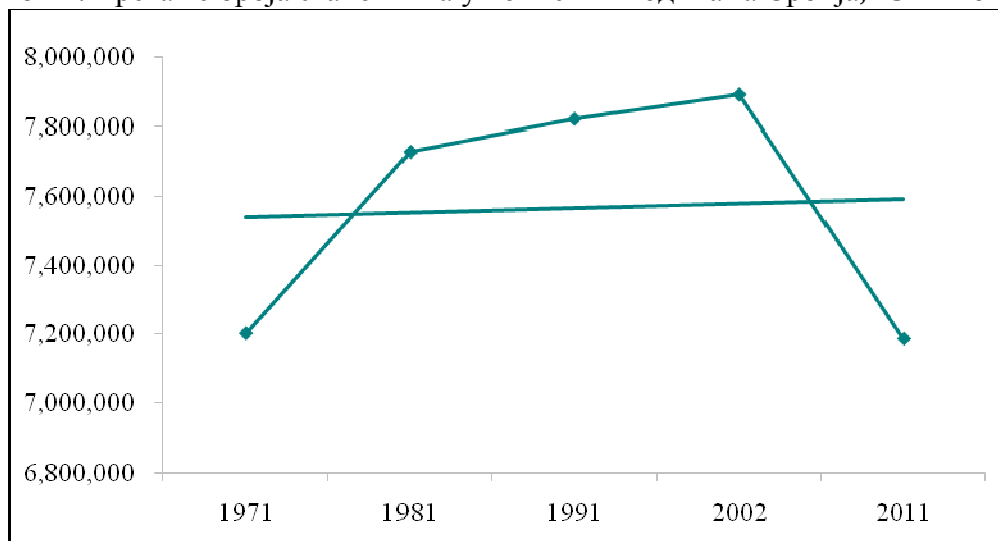
На основу података добијених Пописом становништва, уочава се пораст броја становника у периоду 1953–1981. година, који је најизраженији у периоду између пописа 1971. и 1981. године (табела 1). Након тога, број становника у Републици Србији бележи тренд смањења (графикон 1).

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

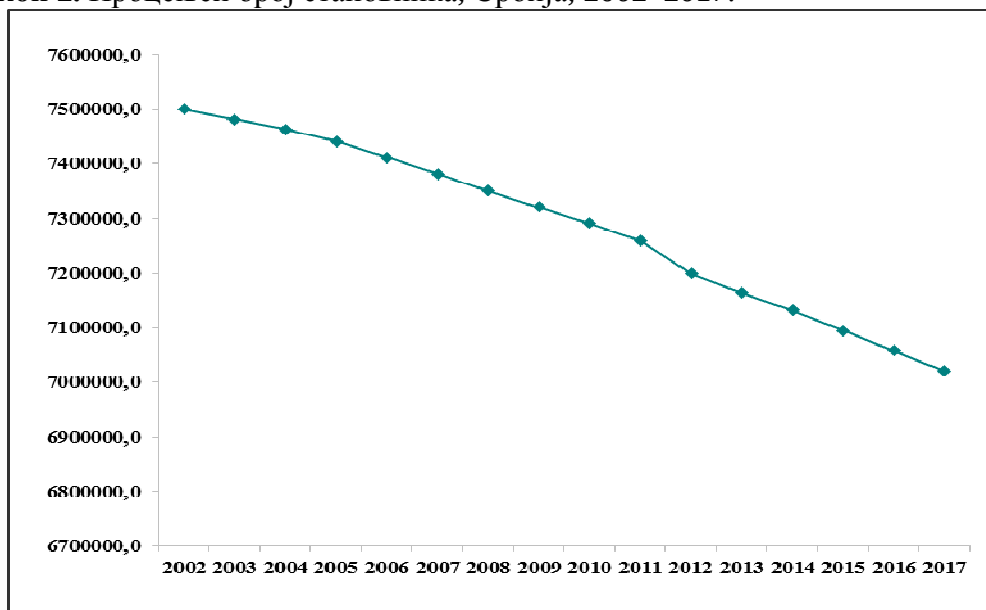
Графикон 1. Кретање броја становника у пописним годинама Србија, 1971–2011.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Пратећи процењен број становника у Републици Србији, запажа се да и он бележи пад у периоду 2002–2017. година (графикон 2).

Графикон 2. Процењен број становника, Србија, 2002–2017.



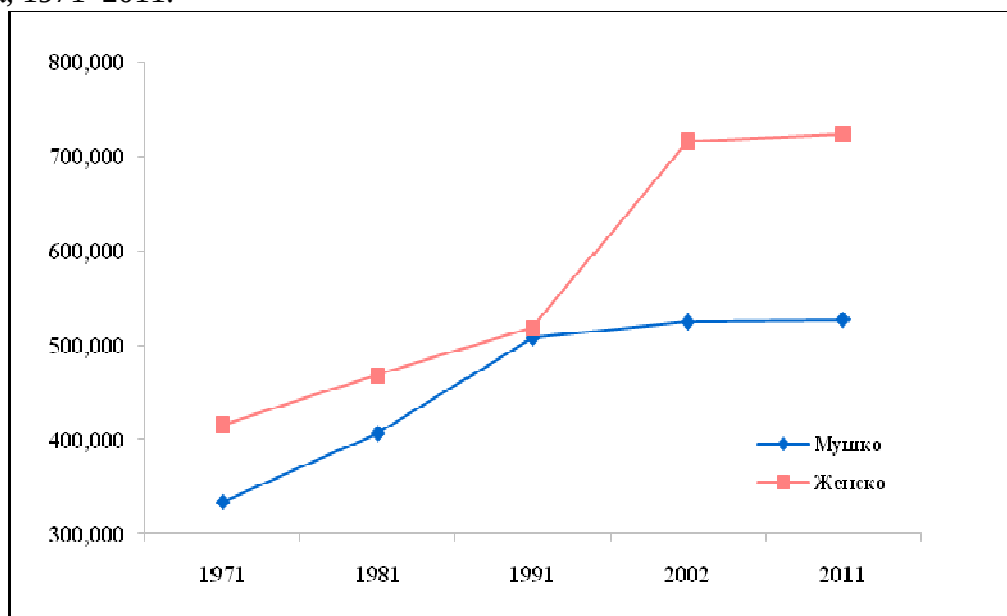
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

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

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

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

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

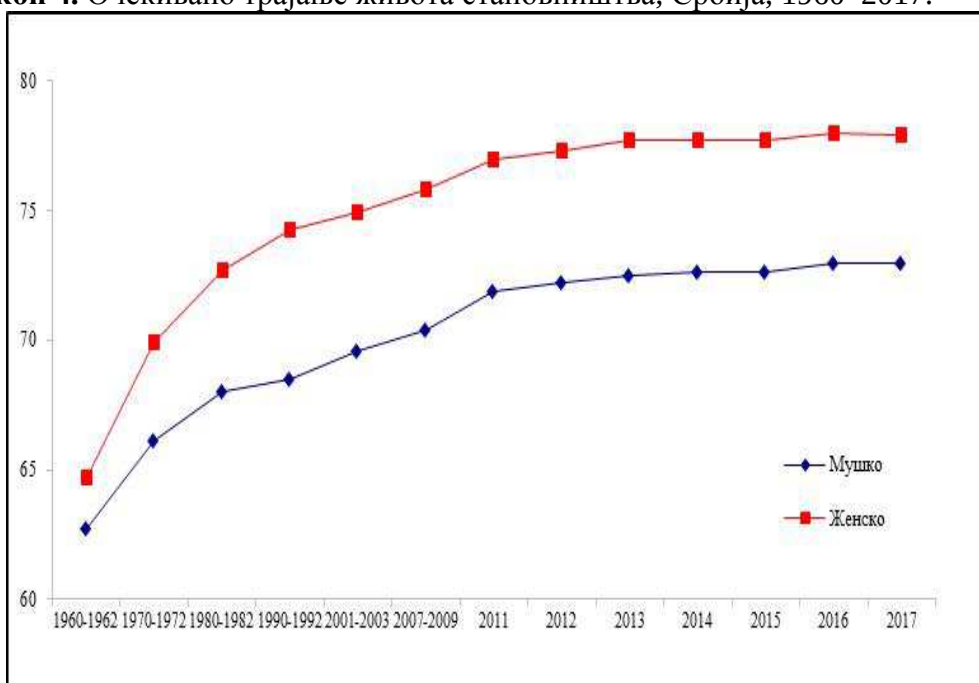


Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Такође, старосна структура становништва према подацима Пописа из 2011. године потврђује чињеницу да становништво Србије показује тренд прогресивног старења. Наиме, становништво старије од 65 година чинило је 17,40% целокупне популације Републике Србије.

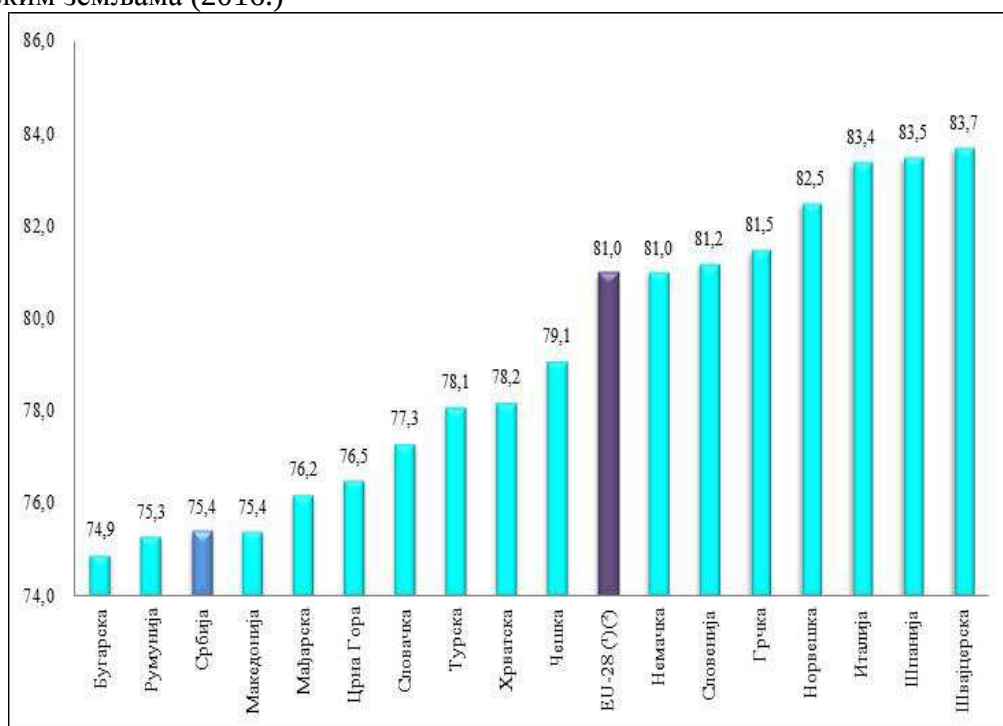
Очекивано трајање живота представља један од позитивних индикатора здравственог стања становништва. Трендови кретања очекиваног трајања живота мушког и женског становништва у Републици Србији су позитивни, односно показују пораст у периоду 1960–2017. година (графикон 4). Очекивано трајање живота мушког дела становништва у Републици Србији у 1961. години је износило 62,7 година, да би у 2017. години достигло 73 године. За жене у 1961. години очекивано трајање живота је износило 64,7 година, док у 2017. години оно бележи пораст за преко 13 година (77,9 година).

Графикон 4. Очекивано трајање живота становништва, Србија, 1960–2017.



Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

Графикон 5. Очекивано трајање живота на рођењу у Србији (2017.) и изабраним европским земљама (2016.)



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

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

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

- уједначена стопа наталитета (на 1000 становника) која се кретала у распону од 9,0 колико је износила 2011. године до 9,6 у 2009. години. У 2017. години износила је 9,2;
- уједначена стопа општег морталитета (на 1000 становника), уз незнатне осцилације до 2015. године (од 14,0 до 14,2) када долази до њеног повећања. Након незнатног пада у 2016. години, стопа општег морталитета у 2017. години достигла је максималну вредност и износила 14,8;

- смањење природног прираштаја – стопа природног прираштаја (на 1000 становника) има тренд опадања, и то са -4,6 у 2008. на -5,5 у 2017. години;
- смањење опште стопе смртности одојчади – стопа смртности одојчади на 1000 живорођене деце смањена је са 6,7 у 2008. на 4,7 у 2017. години (табела 2).

Табела 2. Витални догађаји, Србија, 2008–2017.

ПОКАЗАТЕЉ	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Стопа наталитета (на 1000 становника)	9,4	9,6	9,4	9,0	9,3	9,2	9,3	9,3	9,2	9,2
Стопа опште смртности (на 1000 становника)	14,0	14,2	14,2	14,2	14,2	14,0	14,2	14,6	14,3	14,8
Стопа природног прираштаја (на 1000 становника)	-4,6	-4,6	-4,8	-5,2	-4,9	-4,8	-4,9	-5,3	-5,1	-5,5
Смртност дојчади (на 1000 живорођене деце)	6,7	7,0	6,7	6,3	6,2	6,3	5,7	5,3	5,4	4,7

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије

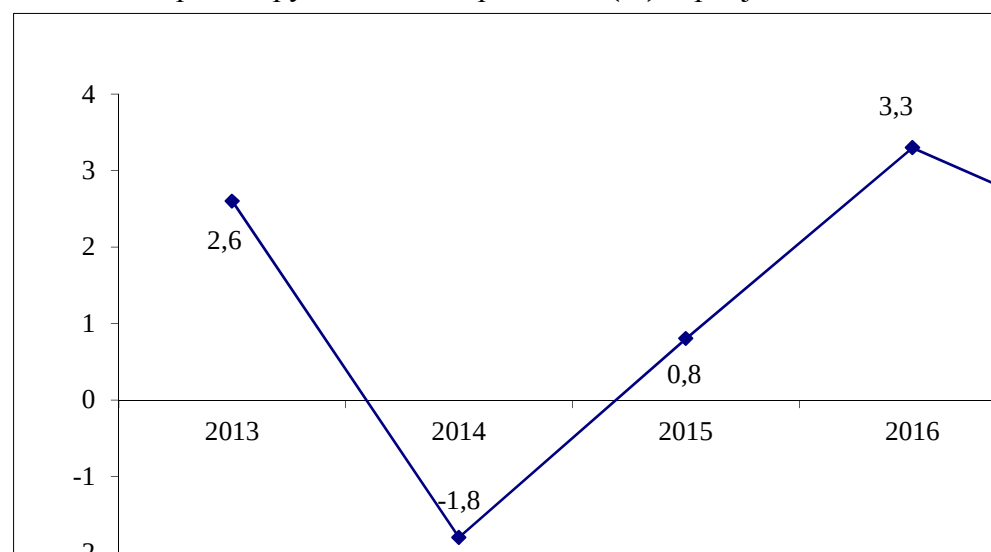
1.2 Социјално-економски показатељи

Убрзање економске активности на светском нивоу, како код развијених земаља тако и код земаља у успону, и убрзање раста у зони евра, повољно се одразило на раст привредне активности земаља централне, источне и југоисточне Европе, а међу њима и Републике Србије. Још од последњег квартала 2014. године, домаћа економска активност почиње да се опоравља и тако се превазилазе негативни ефекти поплава које су у мају погодили Србију. Привредни опоравак настављен је и у 2015. години. Током 2016. године дошло је до значајног убрзања привредног раста. На економски раст у

2017. години кључни утицај имали су: инвестиције и приватна протрошња домаћинства. Повећање приватне потрошње резултат је како позитивних кретања на тржишту рада, односно веће запослености, тако и већих зарада и раста кредитне активности у сектору становништва. Позитиван допринос укупним привредним перформансама дала је и стабилна и релативно ниска инфлација, као и валутна стабилност.

Бруто домаћи производ је најважнији макроекономски агрегат, а самим тим и индикатор економског развоја и макроекономске стабилности. Он представља меру укупне економске активности свих резидентних институционалних јединица, при чему је обухваћена производња како материјалних добара, тако и свих врста услуга. Стопа раста бруто домаћег производа у посматраном периоду у Србији показује осцилације између позитивних и негативне вредности у 2014. години. У 2013. години ова стопа је била позитивна и исказала повећање бруто домаћег производа од 2,6% у односу на претходну годину (графикон 6). У наредној, 2014. години бележи се негативна стопа раста од -1,8%. Од 2015. године стопе раста бруто домаћег производа поново су позитивне и износе 0,8% у 2015. години, односно 3,3% у 2016. години. Укупан бруто домаћи производ износи у 2017. години 39.183 милиона евра, што је 5581 евра (6299 US\$) по становнику. Највећи реални раст бруто додате вредности у 2017. години бележе: сектор услуга смештаја и исхране (чак 10,8%); сектор грађевинарства (5,7%); сектор трговине на велико и мало и поправке моторних возила (5,2%); сектор прерађивачке индустрије (4,8%); сектор саобраћаја и складиштења (4,5%) и сектор информисања и комуникација (3,8%). Реални пад бруто додате вредности забележен је у сектору пољопривреде, шумарства и рибарства (-11,2%) и у сектору снабдевања електричном енергијом, гасом и паром (-4,2%).

Графикон 6. Стопа раста бруто домаћег производа (%), Србија, 2013–2017.



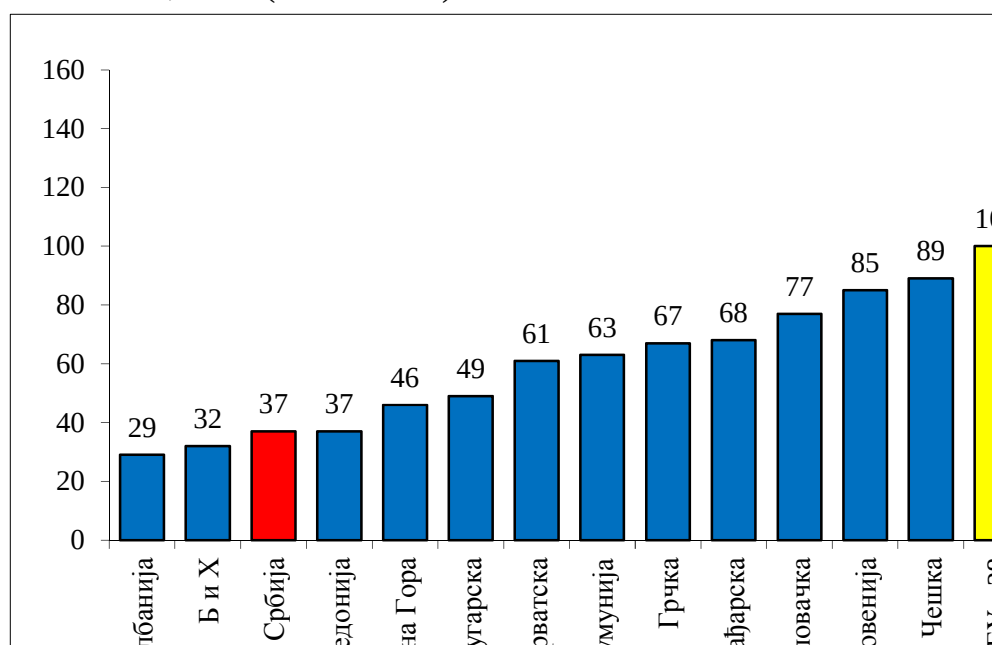
Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије, Министарство финансија

У посматраном петогодишњем периоду стопе раста бруто домаћег производа земаља Европске уније су углавном позитивне. Изузетак је почетна посматрана година, када чак 10 земаља Европске уније има негативну стопу раста бруто домаћег производа, док је она на нивоу просека Европске уније благо позитивна и износи свега 0,3%. У 2017. години стопе раста бруто домаћег производа су позитивне у свим земљама Европске уније, а на нивоу просека она је виша у односу на претходну годину и износи 2,4%. Земље окружења имају углавном знатно већу стопу раста бруто домаћег производа у односу за Србију, са изузетком Македоније. Од земаља из окружења, највише стопе раста бруто домаћег производа у 2017. години забележиле су: Румунија (7,3%), Црна Гора (4,7%), Мађарска (4,1%) и Бугарска и Албанија (са по 3,8%).

Бруто домаћи производ Србије по становнику, изражен преко куповне моћи, међу најнижим је у Европи и у 2017. години износи свега 37 индексних поена просека Европске уније, односно 10.900 PPS по становнику у еврима (просечна вредност на нивоу 28 земаља Европске уније износи 30.000 PPS по становнику). Нижи индекс бруто домаћег производа по становнику имају само Босна и Херцеговина и Албанија, док је највиши у Луксембургу и износи чак 253 индексних поена (ЕУ=100). Овај

индикатор има релативно стабилну вредност у Србији у посматраном периоду, а у односу на претходну годину је задржао своју вредност (графикон 7).

Графикон 7. Индекс БДП по куповној моћи по становнику (PPS) у Србији и изабраним европским земљама, 2017. (ЕУ-28 = 100)



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

Према извештају Светског економског форума за 2017. годину, Србија је рангирана на 78. позицији, на листи од 137 земаља, са вредношћу Индекса глобалне конкурентности (GCI) од 4,14. Тиме је поправила своју позицију у односу на претходну годину за чак 12 места, као и вредност Индекса који је у 2016. години износио 3,97. Вредност GCI коју је Србија остварила у 2017. години највиша је у посматраном периоду. Овај композитни индекс конкурентност дефинише као скуп институција, политика и фактора који одређују ниво продуктивности једне земље и степен развоја који може бити остварен.

У односу на претходну годину дошло је до пораста вредности GCI појединих компоненти, али и благе промене у композицији конкурентности. Наиме, у домену

макроекономског окружења забележен је највећи напредак у односу на извештај из претходне године, са 4,12 на 4,61, односно дошло је до померања ранга са 103. на 72. У домену здравства и основног образовања, као једном од 12 стубова конкурентности дошло је до пораста вредности GCI са 5,97 у 2016. на 6,02 у 2017. години (ранг је са 53. померен на 52.). У структури свих фактора који се истичу као генератори проблема у пословној активности у Србији, јавно здравље учествује са 1,9% (при том је забележен негативан помак у односу на претходну годину, када је ово учешће било за 1,5 процентних поена мање).

Највећу вредност GCI од 5,86 у 2017. години је као и претходне године забележила Швајцарска (теоријска вредност GCI креће се између 1 и 7). У односу на земаље из окружења Србија се, као и у претходној години, налази иза свих, са изузетком Босне и Херцеговине (3,87) и Грчке (4,02). Позиције изнад Србије заузимају: Чешка (4,77), Пољска (4,59), Словенија (4,48), Бугарска (4,46), Словачка (4,33), Мађарска (4,33), Румунија (4,28), Хрватска (4,19), Албанија (4,18) и Црна Гора (4,15).

Фискална консолидација која се успешно спроводила у претходне три године, довела је до фискалног суфицита у 2017. години, што је први суфицит још од 2005. године. Тај суфицит износио је 1,2% бруто домаћег производа, а резултат је раста пореских прихода и истовременог смањења расхода по основу камата (ублажавањем монетарне политике Народне банке, побољшањем кредитног рејтинга и значајним падом премије ризика земље).

Дуг централне државе на крају 2017. године износио је 61,5% БДП-а, што је смањење за чак 10,4 процентна поена у односу на претходну годину. Уколико се у посматрање укључи и негарантовани дуг јединица локалне власти и Аутономне покрајине Војводине, ово учешће износи 62,4% БДП-а. Такође је повољна и рочна структура јавног дуга, као и учешће дуга који се отплаћује по фиксној каматној стопи.

Међутим, валутна структура дуга је неповољна, с обзиром да је 77% дуга деноминовано у страној валути. Такође, ниво јавног дуга и даље је знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему (45% БДП-а).

Крајем 2017. године спољни дуг Републике Србије износио је 69,9% БДП-а, чиме се његово учешће у бруто домаћем производу смањило за приближно седам процентних поена. Треба имати у виду да је 80% критеријум Светске банке за улазак у област високе задужености, као основни индикатор екстерне солвентности.

Екстерна неравнотежа значајно је смањивана претходних година. Међутим, на крају 2017. године дефицит текућег рачуна платног биланса повећан је за 2,6 процентних поена у односу на претходну годину и достигао је 5,7% бруто домаћег производа. Објашњење треба тражити у вишеструком повећању стопе раста увоза, од незнатне у 2014. години и њеног увећања на 5,1% у 2016. години, до чак 14,1% раста у последњој посматраној години. Са друге стране, стопа раста извоза се са 10,5% у 2016. години повећала за непун процентни поен на 11,2% у 2017. години.

Дефицит текућег рачуна платног биланса у потпуности је био покривен страним директним инвестицијама, које су при том биле добро распоређене и претежно усмерене у извозно оријентисане секторе. Нето стране директне инвестиције у 2017. години имају раст од 26,3% у односу на претходну годину, што је повећање за преко 20 процентних поена.

Крајем 2014. године усвојене су мере фискалне консолидације: смањење трошкова зарада и рационализација јавног сектора; смањење издвајања за пензије; смањење субвенција и реструктуирање јавних и државних предузећа. Номинално смањење зарада у јавном сектору и пензија спроводи се од новембра 2014. године, да би до повећања дошло тек крајем 2015. године. На тај начин су током 2015. године додатно ослабили инфлаторни притисци. Томе је пре свега допринела ниска домаћа

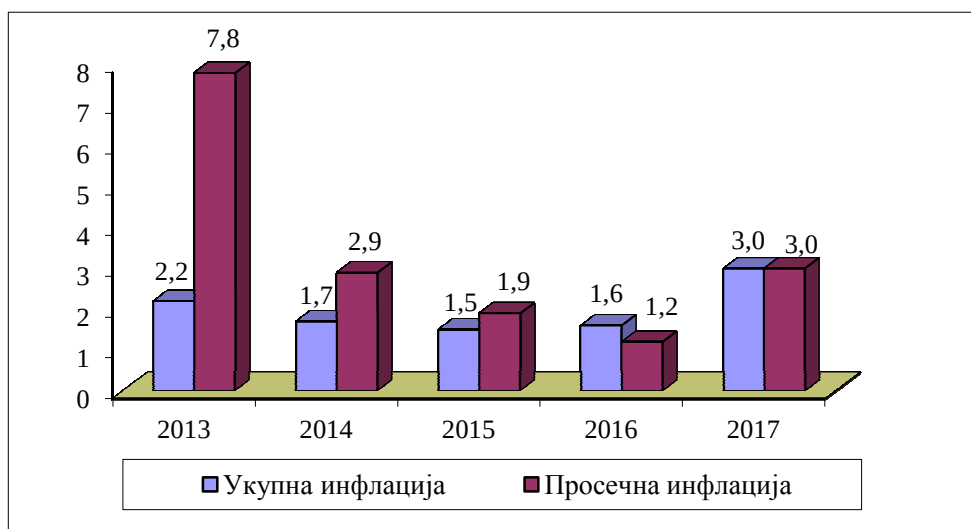
тражња, али и низ фактора из међународног окружења, а пре свега снажни пад цене нафте и других примарних производа на светском тржишту, као и ниска инфлација у међународном окружењу. До новог повећања зарада у јавном сектору и пензија дошло је тек крајем 2016. године, да би крајем 2017. године уследило ново, највеће повећање зарада и пензија у посматраном периоду.

У односу на претходну годину, када је динар према еврџ депрецирао 1,5%, у 2017. години динар је ојачао према еврџ за 4,2%. Апрецијацијски притисци на девизном тржишту резултат су смањених макроекономских неравнотежа и повољнијих изгледа за наредни период, односно раста поверења страних инвеститора за дугорочно улагање у Србију, пада премије ризика и повећања кредитног рејтинга земље. Како је за привреду Србије карактеристична висока финансијска евроизација, изражене флукутације девизног курса утичу не само на инфлацију, већ и на билансе реалног и јавног сектора, а због валутне неусклађености њихових обавеза и потраживања. Благовремене реакције и интервенције Народне банке Србије на девизном тржишту су зато неопходне, а спроводе се у циљу смањења прекомерних краткорочних осцилација девизног курса, очувања ценовне и финансијске стабилности и одржања адекватног нивоа девизних резерви. Током 2017. године Народна банка Србије интервенисала је на девизном тржишту у оба смера, и продајом и куповином евра (била је нето купац девиза у износу од 725 милиона евра). Иако су девизне резерве на крају 2017. године износиле близу 10 милијарди евра бруто, односно смањене су у односу на претходну годину за 0,2 милијарде евра, ипак је задржан њихов адекватан ниво за очување финансијске стабилности, на шта упућују сви показатељи адекватности. На тај су начин девизне резерве у 2017. години подржавале економску стабилност и обезбеђивале више него довољну отпорност финансијског ситема на екстремне потресе.

У посматраном петогодишњем периоду, 2013–2017. година, успоставља се релативна ценовна стабилност, уз тенденцију опадања стопе инфлације од 2013. до последње посматране године. Томе су значајно допринели 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 Републике Србије и Народна банка Србије сачињавају „Меморандум о утврђивању циљане стопе инфлације”. Инфлаторна кретања из претходног периода, сасечена током 2013. године, током већег дела 2014. године и у наредне три године дају стопу укупне инфлације која је испод доње границе циљане инфлације. Може се рећи да су у 2017. години настављени ниски инфлаторни притисци, па је укупна инфлација мерена годишњом процентуалном променом индекса потрошачких цена износила 3%, што је за 1,4 процентних поена више у односу на 2016. годину. Инфлација је у току читаве 2017. године била ниска и стабилна и кретала се у оквиру граница новог циља, који је почетком године спуштен на $3,0\% \pm 1,5\%$ процентних поена. Просечан годишњи раст потрошачких цена у 2017. години такође је виши у односу на претходну годину, а износио је 3% (графикон 8). Међутим, на ниске инфлаторне притиске указује ниска и стабилна базна инфлација (искључује регулисане цене, цене воћа и поврћа и цене нафтних деривата), која је у децембру износила свега 1,3%, што је њен најнижи ниво у последњих осам година.

Захваљујући ниским инфлаторним притисцима и повољним фискалним кретањима, током 2017. године умерено је ублажавана монетарна политика. Тако је Народна банка Србије два пута у току године снизила референтну каматну стопу за по 0,25 процентних поена, на 3,5%.

Графикон 8. Инфлација (%) – годишњи раст потрошачких цена (укупан и просечан), Србија, 2013–2017.



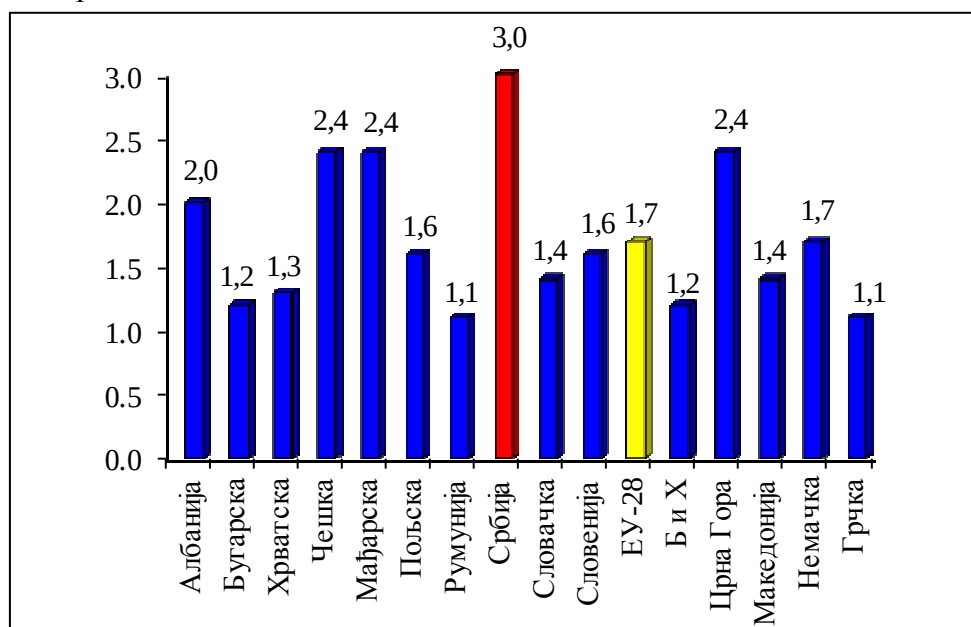
Извор података: Републички завод за статистику Србије

Током читавог посматраног периода, ниво просечне инфлације у Србији знатно је виши у односу на просек Европске уније (1,7% у 2017. години, што представља раст у односу на претходну годину када је износила 0,3%). У 2017. години дошло је до раста стопе инфлације у свим посматраним земљама, изузев Норвешке, у односу на претходну годину, када је већи број посматраних земаља исказао негативну стопу раста инфлације. Иако постоје значајне разлике у нивоу инфлације између појединих земаља, ова стопа је у Србији и даље знатно виша у односу на земље из окружења (графикон 9).

У посматраном петогодишњем периоду (2013–2017.), просечне нето зараде благо осцилирају, од 388 евра у 2013. години до најнижег износа у 2015. години и 395 евра у 2017. години. Међутим, реалне стопе раста су позитивне само у последње две године посматраног периода, односно са -1,5% на почетку периода реална стопа раста зарада порасла је на 0,9% у 2017. години. Највиша стопа раста просечних реалних нето зарада остварена је у 2016. години и износила је 2,5%. Раст зарада је на тај начин следио рестриктивну фискалну политику Владе, која је и обезбедила смањење јавне

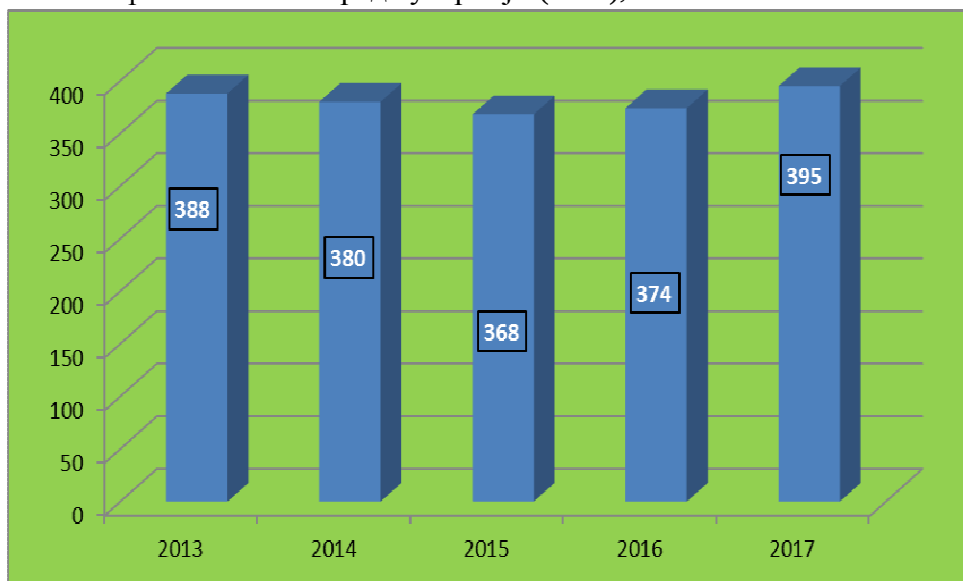
потрошње. У 2017. години просечна нето зарада у Србији износила је 47.893 динара, што је номинални раст у динарима и индексирано у еврима у односу на претходну годину (графикон 10).

Графикон 9. Просечна годишња инфлација (у %) у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2017.



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>

Графикон 10. Просечне нето зараде у Србији (ЕУР), 2013–2017.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

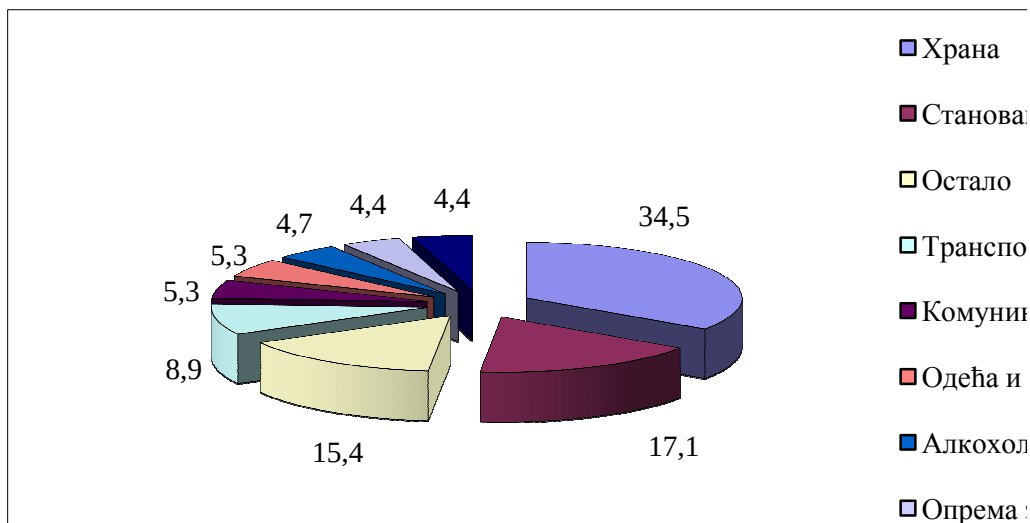
У поређењу са земљама у региону, зараде у Србији су међу нижима. У 2017. години у Србији је просечна месечна бруто зарада износила 544 евра (395 евра у нето износу), а на сличном нивоу налазила се и Македонија са 548 евра. Насупрот томе, више зараде имале су: Босна и Херцеговина (674), Црна Гора (766), Мађарска (926), Хрватска (1080) и Словенија (1976).

Релативно ниске просечне зараде, које су основни финансијски приход домаћинстава, као и пензије као основни социјални трансфер становништву производе и одговарајући ниво личне потрошње домаћинстава, као и њену структуру по намени. У 2017. години потрошња домаћинстава остварила је раст, као резултат позитивних кретања на тржишту рада, односно веће запослености и већих зарада. Позитивни помаци на тржишту рада праћени су растом домаћих кредита становништву, као и растом штедње у 2017. години.

Просечна месечна лична потрошња по домаћинству у Србији у 2017. години порасла је номинално у односу на претходну годину и износила је 61.407 динара (59.624 динара у 2016. години). У структури личне потрошње домаћинстава у 2017. години највеће учешће имају као и сваке године издаци за исхрану (34,5%), што представља наставак пада њиховог учешћа у структури укупне личне потрошње (у односу на претходну годину за 0,4 процентна поена). Следе их трошкови становања (17,1%), што је незнатно више у односу на претходну годину. Остали издаци, у које се убрајају: рекреација и култура, образовање, ресторани и хотели и остали лични предмети и услуге, и 2017. године су наставили сасвим благи тренд повећања свог учешћа за 0,1 процентних поена и износе 15,4%. Издаци за транспорт су незнатно смањили своје учешће у структури личне потрошње домаћинстава за 0,4% и у 2017. години износе 8,9%. Издаци за комуникације задржали су своје учешће (5,3%), док су издаци за одећу и обућу незнатно повећали учешће у структури личне потрошње.

Издаци за здравље повећали су своје учешће за свега 0,1 процентни поен и у 2017. години износе 4,4%. Издаци за алкохолна пића и дуван су и даље већи од издатака за здравље уз незнатно повећање свог учешћа, а издаци за опрему за стан задржали су своје учешће у структури личне потрошње домаћинстава (графикон 11).

Графикон 11. Лична потрошња домаћинстава у Србији (%), 2017.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

На основу неопходних издатака за храну, увећаних за износ осталих неопходних издатака личне потрошње, дефинише се апсолутна линија сиромаштва, као фиксна потрошња неопходна за задовољавање минималних животних потреба, а која се током времена прилагођава само за промене цена. Линија апсолутног сиромаштва у 2017. години износила је 12.045 динара месечно по потрошачкој јединици (потрошачка јединица дефинисана је према OECD скали: први одрасли члан домаћинства = 1; остали одрасли = 0,7; деца испод 14 година = 0,5). Потрошњу нижу од овог износа имало је у 2017. години 7,2% становника Србије, чиме се стопа сиромаштва незнатно смањила у односу на претходну годину, када је износила 7,3%, док је на почетку посматраног периода била 7,4%. Стопа сиромаштва указује нам на чињеницу да скоро

пола милиона становника Србије није у стању да задовољи минималне егзистенцијалне потребе.

Основни профил сиромаштва се у 2017. години није значајније променио у односу на остале године посматраног периода: сиромаштво је знатно учесталије у ванградским подручјима, а највеће је у региону Јужне и Источне Србије (12,1%); посебно је изражено у домаћинствима у којима носилац има низак ниво образовања или је незапослен, као и у вишечланим домаћинствима. У односу на 2016. годину дошло је до пораста сиромаштва код лица која живе у вишечланим домаћинствима (пет и више чланова) и до пораста сиромаштва код деце. Стопа сиромаштва код деце (0–18 година) износи у 2017. години 9,5%.

Анализом осетљивости линије сиромаштва, може се извући охрабрујући закључак да се наставља тренд континуираног смањивања удела лица са екстремно ниском потрошњом (потрошња нижа од 80% линије сиромаштва), па је ово учешће у 2017. години 2,1%, у односу на 3,2% у 2013. години.

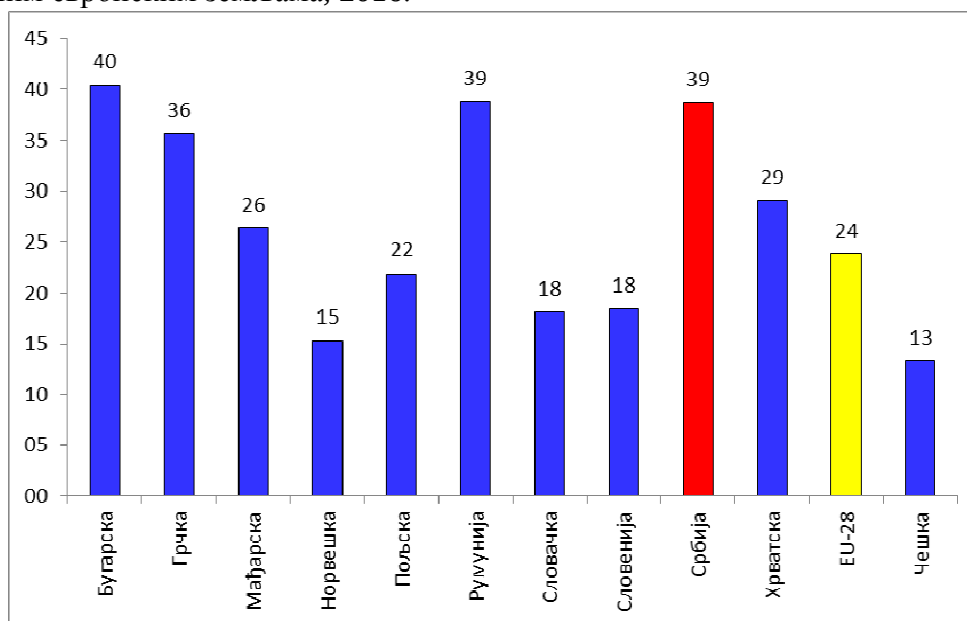
Неједнакост потрошње мерена Gini коефицијентом има тренд благог смањивања, па са својом вредношћу од 25,9 у 2017. години сврстава Србију у земље релативно једнаке расподеле потрошње. Gini коефицијент представља најчешће коришћену меру дисперзије, а користи се као мера неједнакости прихода и неједнакости дистрибуције или расподеле богатства (у случају апсолутне једнакости има вредност нула).

Социјални трансфери у великој мери утичу на смањивање стопе сиромаштва, па би тако без примања по основу боловања, породилских одсуствовања и одсуствовања са посла ради неге детета, социјалне помоћи, примања на име материјалног обезбеђења незапослених, примања по основу инвалидности, примања на име алиментације, стипендија и др. социјалних трансфера, чак 10% популације Србије у 2017. години

било сиромашно. Још 1,7% више становника би било сиромашно да домаћинства нису допуњавала потрошњу производњом добара за сопствене потребе.

Међутим, најважнији показатељ угрожености за међународна поређења је стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености. Ризик сиромаштва или социјалне искључености интегрише сва три фактора ризика: стопу ризика од сиромаштва, низак интензитет рада и изразиту материјалну депривацију и њему је изложено чак 38,7% становника Србије у 2016. години, за коју располажемо званичним подацима. То је изразито лоша перформанса, с обзиром да је ова стопа на нивоу Европске уније просечно износила 23,5% у 2016. години (графикон 12), док је у 2017. години смањена за један процентни поен.

Графикон 12. Стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености у Србији и изабраним европским земљама, 2016.



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

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

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

Негативна тенденција пада броја запослених прекида се 2013. године, а у наредним годинама долази до континуираног повећања укупног броја запослених, тако да је тај број према Анкети о радној снази у 2017. години 2.794.700 лица. У односу на претходну годину број запослених порастао је за 75.300 лица, међутим раст је успорен, односно дупло мањи од раста запослености у 2016. години.

Од укупног броја запослених формално запослених је 2.217.200, од чега ван пољопривреде 1.984.200 лица. 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.

Највеће повећање запослености у 2017. години забележено је у старосној категорији 25–64 године, упркос смањењу броја становника овог узраста. Код оба пола дошло је до пораста у броју запослених, с тим што је оно нешто израженије код жена.

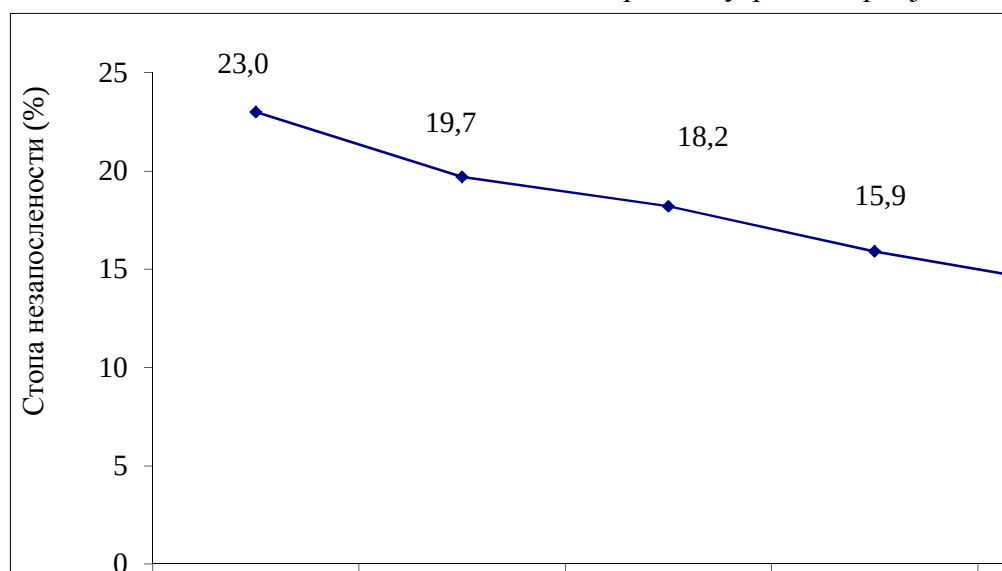
У посматраном периоду стопа запослености расте и у 2017. години износи 57,3% становништва радног узраста, што је повећање од 2,1 процентних поена у односу на претходну годину.

Стопа активности или партиципације изражена као учешће активног становништва (радна снага: запослени и незапослени) у становништву радног узраста (15–64 године) износи у 2017. години 66,7%, што је за 1,1 процентних поена више у односу на претходну годину.

Стопа незапослености становништва радног узраста, као базични индикатор тржишта рада, у паду је од 2013. године, тако да је у 2017. години на нивоу од 14,1%.

То је ниже у односу на претходну годину за 1,8 процентних поена, а смањење у односу на почетак посматраног периода износи 8,9 процентних поена (графикон 13). Незапосленост у Србији је скоро двоструко виша у односу на просек Европске уније (7,6%) и знатно је већа у односу на низ европских земаља, као што су: Хрватска, Словачка, Словенија, Бугарска, Пољска, Румунија, Мађарска и Чешка. Од земаља из окружења, приближно исти односно нешто виши ниво незапослености бележе: Албанија и Црна Гора, док је знатно виши у Босни и Херцеговини и Македонији (графикон 14).

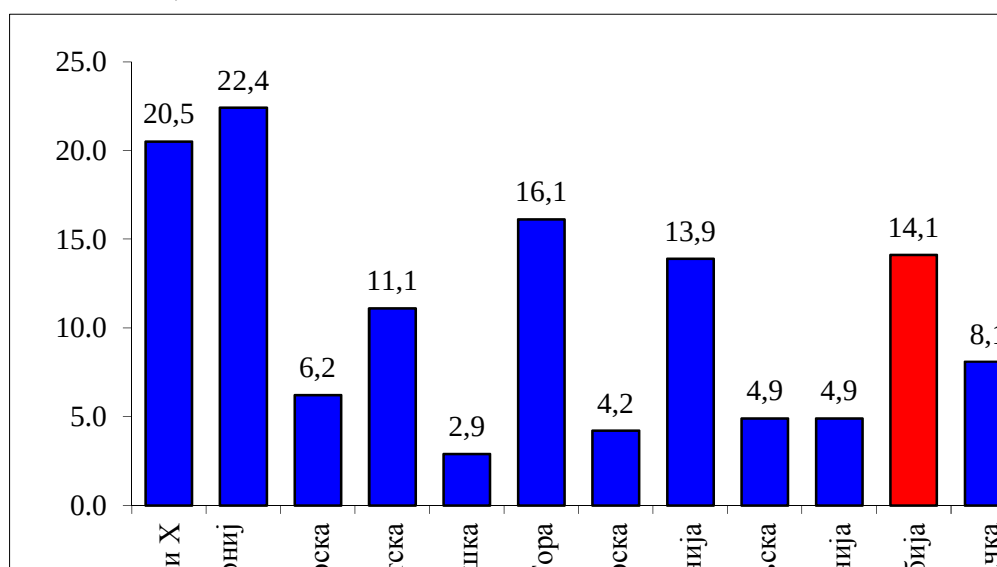
Графикон 13. Стопа незапослености становништва радног узраста, Србија, 2013–2017.



Извор података: Републички завод за статистику Србије

Укупан број незапослених у 2017. години смањен је за чак 54.200 лица и износи укупно 435.200, што је мање смањење у односу на претходни период. Стопа незапослености жена изнад је просечне за укупно становништво радног узраста и износи 14,8%, а у односу на 2016. годину опала је за 1,9 процентних поена. Стопа незапослености је највећа код лица са средњим образовањем, која у укупној незапослености учествују са 63%. Код младих (15–24 године) дошло је до смањења укупне популације, уз смањење незапослености и неактивности и благо повећање запослености.

Графикон 14. Стопа незапослености у Србији, Европској унији и изабраним европским земљама, 2017.



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; UNECE, <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>; Републички завод за статистику Србије, <http://webzrzs.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>

Ситуацију на тржишту рада додатно отежава вредност стопе дугорочне незапослености у Србији у 2017. години. У односу на 2016. годину ова стопа опада, нешто убрзанијом динамиком. Њене три димензије су:

1. Укупна стопа дугорочне незапослености, изражена као процентуално учешће незапослених који чекају 12 и више месеци на запослење у укупно активном становништву радног узраста, која износи 8,2%. То је пад у односу на претходну годину за 1,7 процентних поена, али и даље указује на висок степен социјалне искључености.
2. Учешће дугорочне незапослености у укупној смањило се за четири процентна поена у односу на претходну годину, али се и даље налази на изузетно високом нивоу од 61%.
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 5,6%, што је смањење у односу на претходну годину, за 1,1 процентни поен. 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.

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 од 0 до 1, а вредности ближе јединици показују виши квалитет живота). У посматраном временском периоду он је у благом порасту у Србији, да би у 2017. години износио 0,787 (просек за све земље света је 0,728).

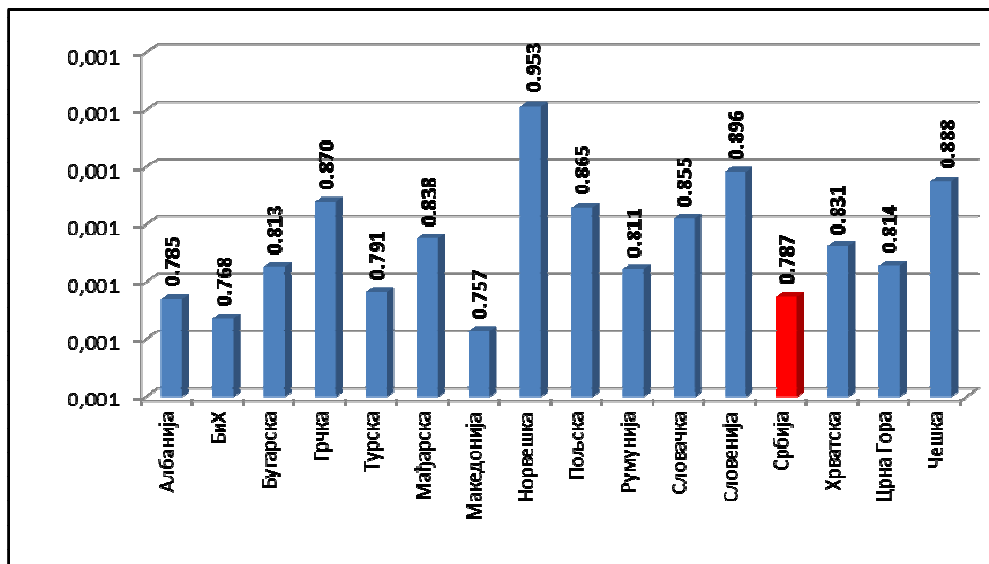
Србија је земља са средњим приходима и високим нивоом хуманог развоја. Вредности компоненти HDI прилагођеног индекса (0,667) су следеће: очекивани животни век 75,3 године (здравствени индекс 0,791), просечна дужина школовања 11,1 година и очекивана дужина школовања 14,6 година (образовни индекс 0,714) и бруто национални доходак по становнику у PPP US\$ 13.019 (доходни индекс 0,525).

Према вредности индекса хуманог развоја (0,787), Србија је на 67. месту у свету и има знатно нижу вредност овог индекса у односу на низ европских земаља, што се дугује пре свега релативно ниској вредности доходног подиндекса (графикон 15).

Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују релативно благи пад до 2016. године и пораст у последњој посматраној години, 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.

Графикон 15. Индекс хуманог развоја у Србији и изабраним европским земљама, 2017.



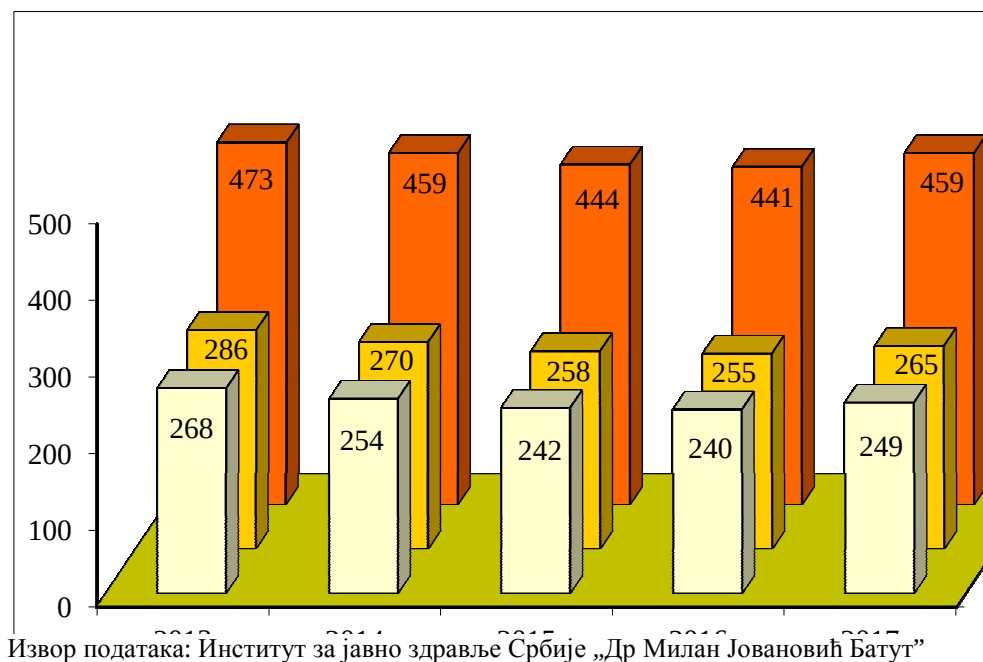
Извор података: UNDP Database, <http://www.un.org/en/databases>

Посматрано у динарским износима, укупни расходи за здравствену заштиту расту у односу на претходну годину током читавог посматраног периода, изузев у 2015. години, при чему показују континуирано смањење свог учешћа у бруто домаћем производу. У 2013. години укупни расходи за здравствену заштиту у Србији порасли су у односу на претходну годину за 8,2% у апсолутном динарском износу. Укупни расходи за здравствену заштиту у 2014. години већи су за скромних 0,2 процентних поена. Међутим, индексирано у еврима, они су у опадању. У 2015. години, укупни расходи за здравствену заштиту опали су за 1,1%, а мањи су и посматрано у еврима. У наредној, 2016. години укупни расходи за здравствену заштиту поново показују раст и већи су него претходне године у свом динарском износу за 0,7%, али опадају индексирано у еврима.

У последњој посматраној години (2017.), укупни расходи за здравствену заштиту већи су у односу на претходну годину за 2,2 процентна поена у динарском

износу, али су повећани и посматрано у еврима, с обзиром на то да износе 459 евра по становнику (графикон 16). Расходи учињени од стране Републичког фонда за здравствено осигурање такође су у порасту и износили су 249 евра по становнику, док су јавни расходи за здравствену заштиту повећани на 265 евра по становнику.

Графикон 16. Расходи за здравствену заштиту по становнику у Србији (у еврима), 2013–2017.

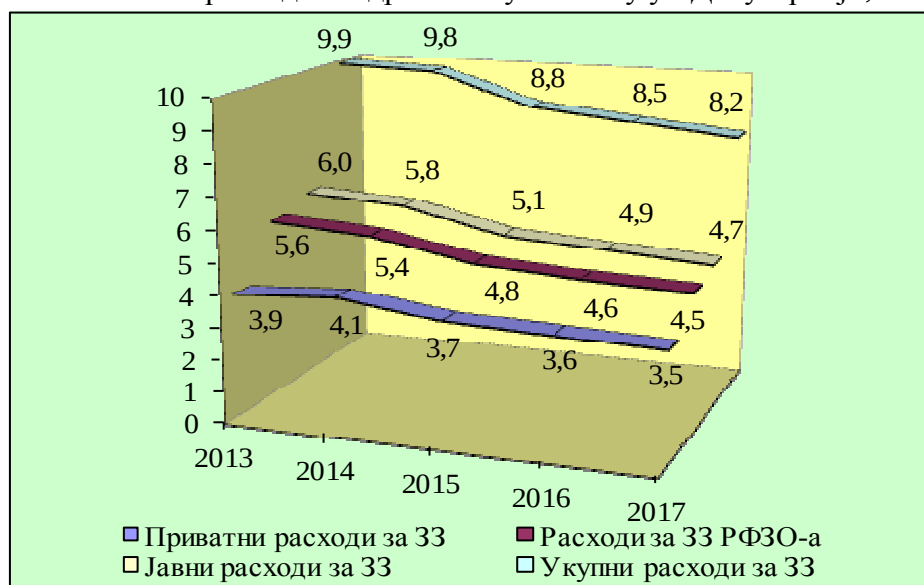


Приватни расходи за здравствену заштиту у целом посматраном периоду расту по вишој стопи раста од укупних расхода за здравствену заштиту и та стопа је позитивна у свакој години. У 2013. години њихов раст износио је 10%, а најнижи је био на средини посматраног периода (0,6%). У последњој посматраној години они су остварили раст од 3% и износили су 194 евра по становнику.

Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу показује пад у посматраном периоду, са 9,9% БДП-а у почетној 2013. години, на 8,2% у 2017. години (графикон 17). Овај пад нарочито је приметан од средине посматраног периода. Опадање учешћа у бруто домаћем производу показују и расходи за здравствену заштиту Републичког фонда за здравствено осигурање, са почетних 5,6%

на 4,5% БДП у последњој посматраној години. Слично је и кретање учешћа јавних расхода за здравствену заштиту у БДП: смањење са 6% у 2013. години на 4,7% у 2017. години. Учешће приватних расхода за здравствену заштиту такође показује тренд смањења у посматраном периоду, са 3,9% на 3,5%, уз мали пораст у 2014. години.

Графикон 17. Учешће расхода за здравствену заштиту у БДП у Србији, 2013–2017.



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

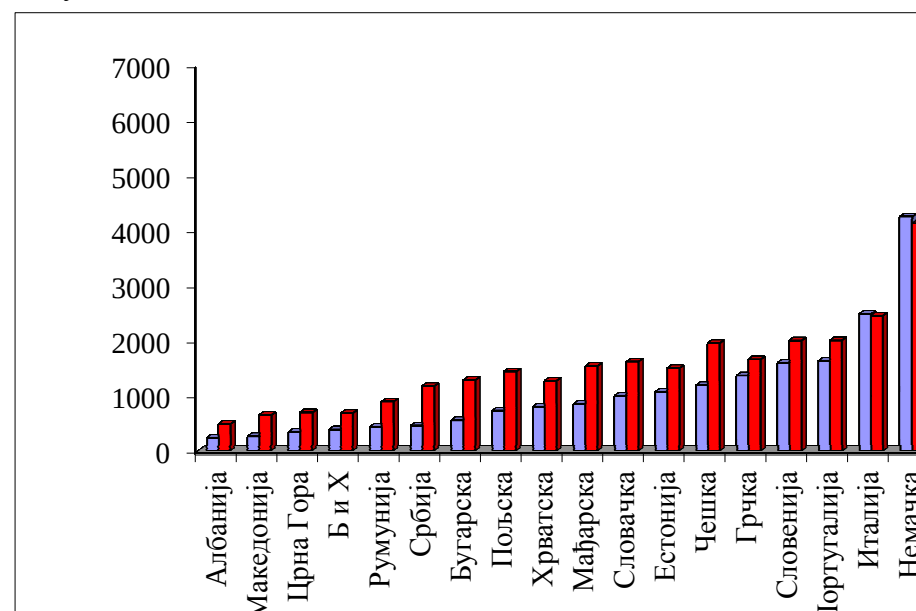
Посматрајући издвајања за здравствену заштиту као проценат од бруто домаћег производа, Србија је са својих 8,5% у 2016. години изнад низа европских земаља: Ирске (7,4%), Мађарске (7,4%), Хрватске (7,2%), Чешке (7,1%), Естоније (6,7%), Литваније (6,7%), Пољске (6,6%) Летоније (6,2%), Луксембурга (6,2%), и Румуније (5,0%). Према доступним подацима за 2015. годину, Србија је по релативним издвајањима за здравствену заштиту такође изнад: Словачке (7,0%), Кипра (6,8%), Македоније (6,5%), Црне Горе (6,2%), Лихтенштајна (6,1), Албаније (5,9%) и Турске (5,2%).

На приближно једнаком нивоу као и Србија, према процентуалном издвајању БДП-а за здравствену заштиту у Европи су: Словенија, Исланд и Бугарска.

Већа издвајања за здравствену заштиту од Србије, као проценат БДП-а, у 2016. години у Европи имају: Швајцарска (12,3%), Француска (11,5%), Немачка (11,1%), Шведска (10,9%), Норвешка (10,5%), Аустрија (10,4%), Данска (10,4%), Холандија (10,3%), Белгија (10,0%), Велика Британија (9,7). Португалија (9,1%), Шпанија (9,0%) и Италија (8,9%), док је Грчка на приближном нивоу (8,5%). Односно, према подацима из 2015. године и Финска (9,5%) и Босна и Херцеговина (9,3%) издвајају процентуално већи део БДП-а за здравствену заштиту.

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

Графикон 18. Укупни расходи за здравствену заштиту, у еврима по становнику и у еврима по куповној моћи по становнику, Србија и изабране европске земље, 2016. или последња доступна година



Извор података: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; Светска банка, <http://data.worldbank.org>

1.3 Животна средина и здравље

1.3.1 Здравствена исправност воде за пиће

У 2017. години на територији Републике Србије у 25 области укупно је контролисано 2293 јавна водовода и водних објеката. Од укупног броја контролисано је 154 јавна водовода градских насеља, 801 јавни водовод сеоских насеља и 1338 водних објеката.

Из јавних водовода и водних објеката, на физичко-хемијску исправност испитано је укупно 86.358 узорака воде за пиће од којих је 16.669 или 19,3% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 88.215 узорака воде за пиће од којих је 5942 или 7% било неисправно.

У 2017. години на територији Републике Србије у 25 области укупно је контролисано 154 јавна водовода градских насеља и то: 42 у региону Војводине, 74 у региону западне Србије и Шумадије, 31 у региону источне и јужне Србије и 7 у региону Београда.

На физичко-хемијску исправност испитано је укупно 63.642 узорка воде за пиће из јавних водовода градских насеља, од којих је 6811 или 10,7% било неисправно. На микробиолошку исправност је укупно контролисано 64.376 узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља од којих је 2157 или 3,4% било неисправно.

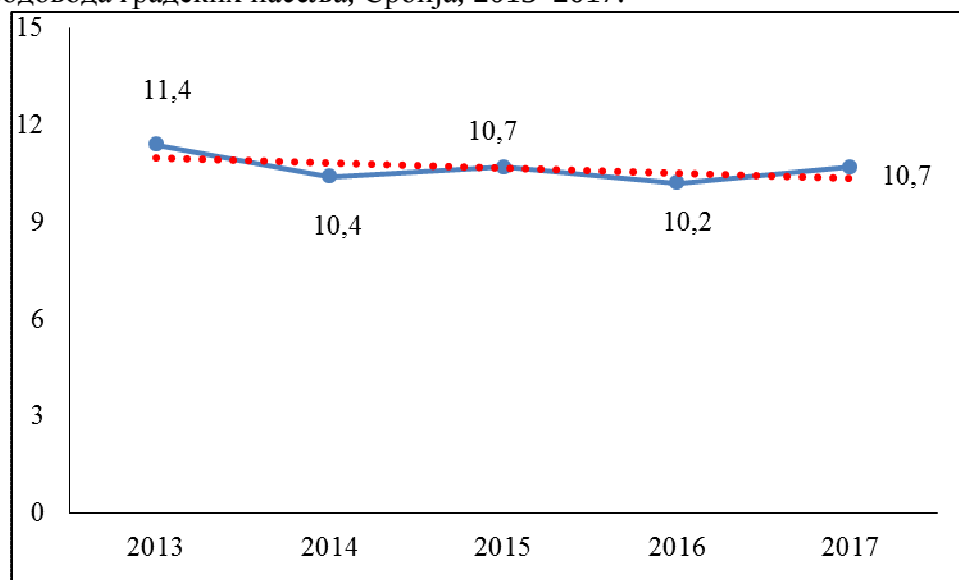
Просечна неисправност узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања физичко-хемијске исправности, за период од 2013. до 2017. године, износила је 10,6%. У наведеном периоду, физичко-хемијска неисправност контролисаних узорака воде за пиће се

кретала у распону од 11,4% до 10,7% показујући благи тренд пада, што указује на пораст физичко-хемијски исправних узорак воде за пиће (графикон 19).

Просечна неисправност узорак воде за пиће из јавних водовода градских насеља у Републици Србији, у односу на критеријуме оцењивања микробиолошке исправности, за период од 2013. до 2017. године износила је 3,5%.

У наведеном периоду, микробиолошка неисправност контролисаних узорак воде за пиће се кретала у распону од 3,9% до 3,2% са опадајућим трендом, што указује на пораст микробиолошки исправних узорак воде за пиће (графикон 20).

Графикон 19. Проценат физичко-хемијски неисправних узорак воде за пиће јавних водовода градских насеља, Србија, 2013–2017.



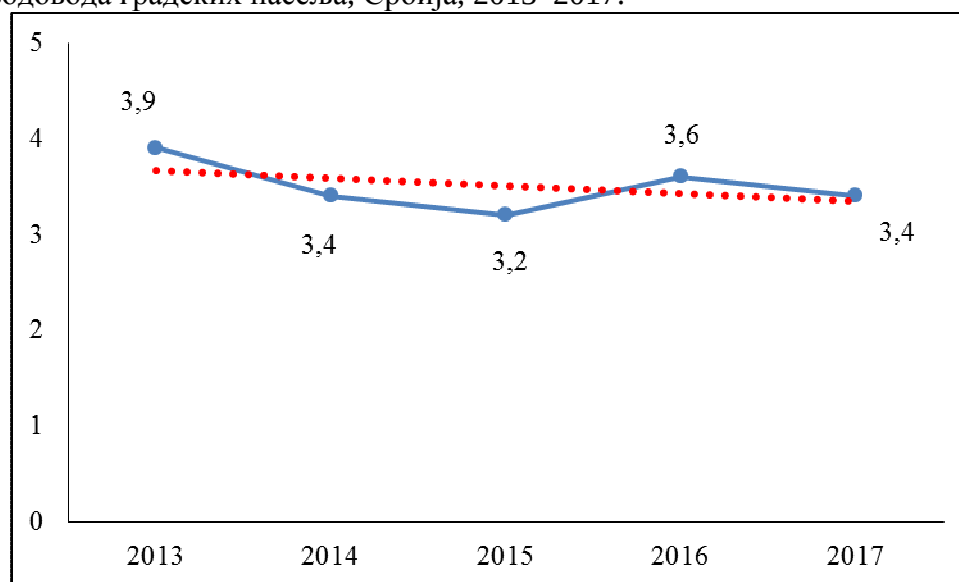
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

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

У 2017. години у Републици Србији регистрована је једна хидрична епидемија (графикон 21) са 17 оболелих особа (графикон 22). Епидемије су последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из јавног водовода сеоског насеља.

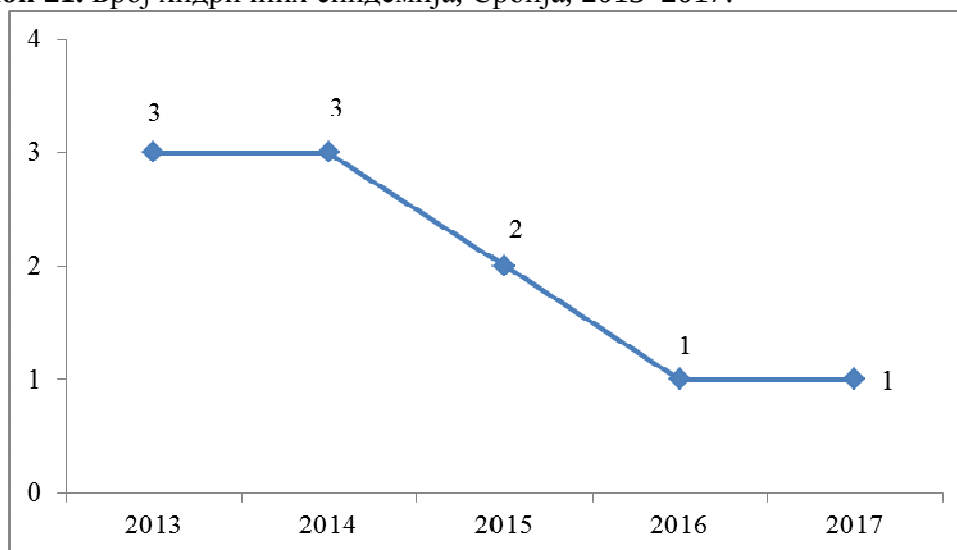
Хидричне епидемије, у протеклом петогодишњем периоду, настале су као последица коришћења микробиолошки неисправне воде за пиће из индивидуалних водних објеката сеоских домаћинстава, као и нетретиране површинске воде која се користила као вода за пиће.

Графикон 20. Проценат микробиолошки неисправних узорака воде за пиће из јавних водовода градских насеља, Србија, 2013–2017.



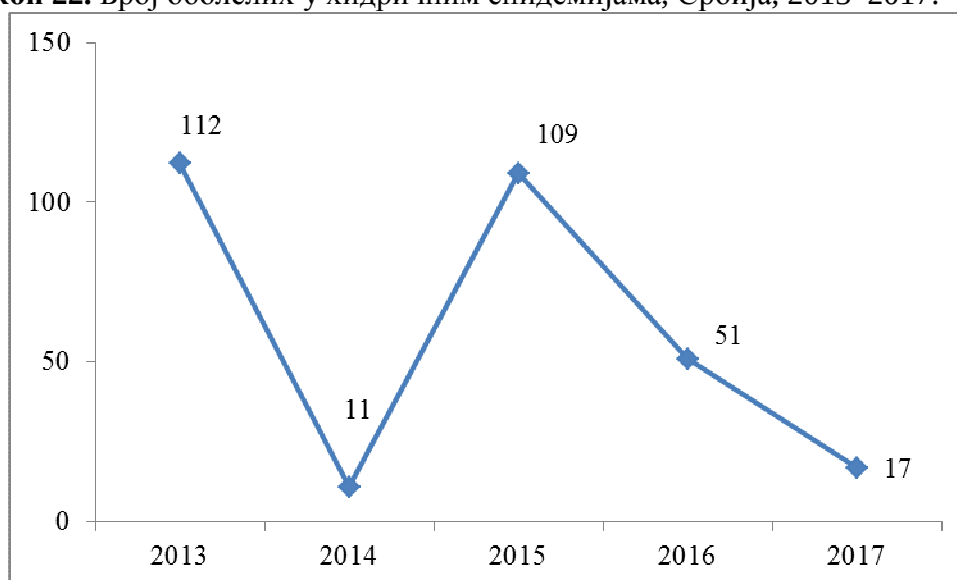
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 21. Број хидричних епидемија, Србија, 2013–2017.



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

Графикон 22. Број оболелих у хидричним епидемијама, Србија, 2013–2017.



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

Здравствена исправност намирница

У мрежи института и завода за јавно здравље Републике Србије се, у складу са Законом о безбедности хране („Сл. гласник РС”, бр. 41/2009), током 2017. године континуирано испитивала здравствена безбедност/исправност тринаест група

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

Физичко-хемијска испитивања, која су у мрежи института и завода за јавно здравље у 2017. години обухватила 6609 узорака из наведених група намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 2,6% или 170 узорка било неисправно. Од тог броја је 3,2% (56) било узорака намирница домаћег порекла, а 2,4% (114) узорака пореклом из увоза. Структура обављене контроле и физичко-хемијске неисправности према пореклу намирница приказана је у табели 3.

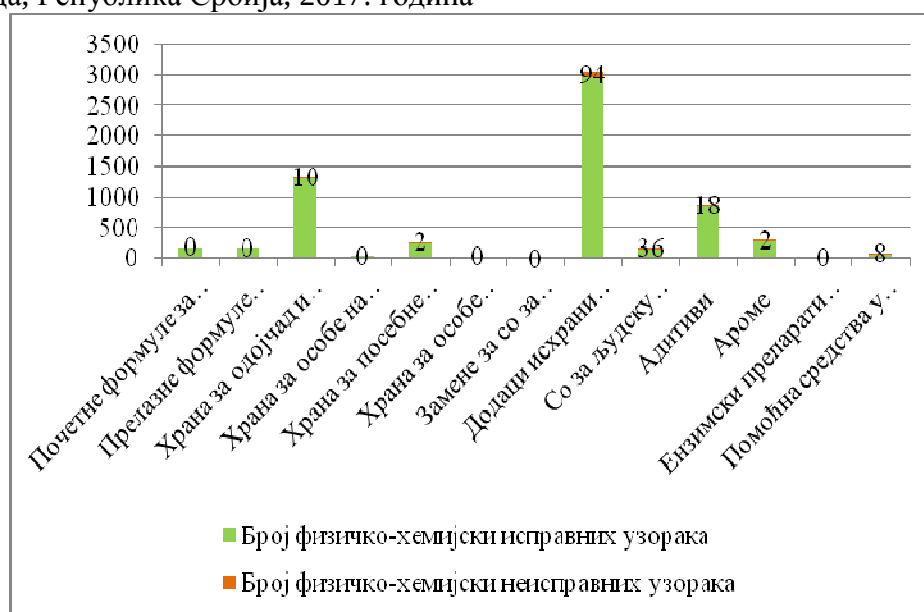
Табела 3. Обим контроле физичко-хемијске исправности и физичко-хемијска неисправност према пореклу намирница, Република Србија, 2017. година

Порекло намирница	Број физичко-хемијски испитаних узорака	Број физичко-хемијски неисправних узорака	% неисправних узорака
Домаћег порекла	1752	56	3,2
Пореклом из увоза	4857	114	2,4
Прегледани узорци – укупно	6609	170	2,6

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

Удео физичко-хемијски неисправних узорака у групама намирница контролисаним у 2017. години приказан је на графикону 23.

Графикон 23. Удео физичко-хемијски неисправних узорака у контролисаним групама намирница, Република Србија, 2017. година



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

Највећи број испитаних узорака намирница био је физичко-хемијски неисправан због одступања од декларисаног састава односно спецификације (81 од 3744 контролисаних узорака), повећаног садржаја олова (36 од 5828 контролисана узорка) и измењених сензорских својстава (10 од 5183 контролисаних узорака).

Микробиолошка испитивања, која су у 2017. години обухватила 6102 узорка намирница, показала су да је од укупног броја испитаних, 1,3% (77) узорака било неисправно. При томе је 0,9% (57) неисправних узорака намирница било домаћег порекла, а 0,3% (20) узорака пореклом из увоза.

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

Табела 4. Обим контроле микробиолошке исправности и микробиолошка неисправност према пореклу намирница, Република Србија, 2017. година

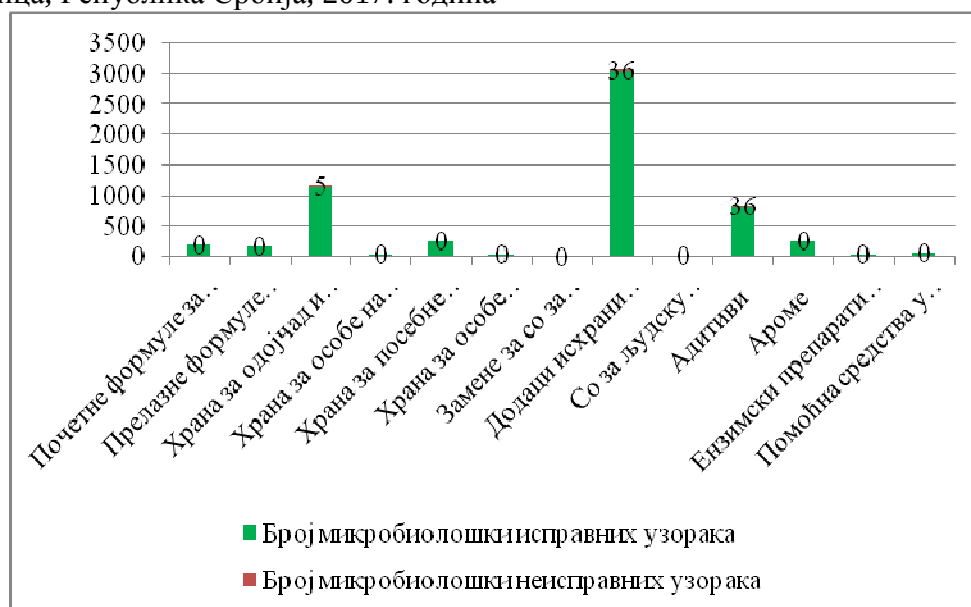
Порекло намирница	Број микробиолошки испитаних узорака	Број микробиолошки неисправних узорака	% неисправних узорака
Домаћег порекла	1944	57	0,93
Пореклом из увоза	4158	20	0,33
Прегледани узорци – укупно	6102	77	1,26

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

Удео микробиолошки неисправних узорака у групама намирница контролисаним током 2017. године приказано је на графикону 24.

Најчешћи разлози микробиолошке неисправности испитиваних намирница били су повећан број плесни и квасаца (налаз у 25 од 1889 контролисаних узорака) и повећан број аеробних бактерија које формирају колоније (налаз у 50 од 2191 контролисаних узорака), као и налази *Enterobacter sakazakii* (идентификован у 4 од 2027 контролисаних узорака) и *E.coli* (идентификована у 3 од 1535 контролисаних узорака).

Графикон 24. Удео микробиолошки неисправних узорака у контролисаним групама намирница, Република Србија, 2017. година



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

Број узорака намирница испитаних на физичко-хемијску исправност у 2017. години је у односу на број испитан у 2016. био већи за 11,9%. Посматрано у односу на укупан број физичко-хемијски испитаних узорака (5908 у 2016. односно 5308 у 2015. години), у 2017. години се уочава већи проценат неисправности него у 2016. години (2,6% према 1,7%).

Број микробиолошки испитаних узорака намирница је у 2017. години у односу на број испитаних у 2016. такође био већи, и то за 10,8%. Посматрано у односу на укупан број микробиолошки испитаних узорака (5509 у 2016. односно 4810 у 2015. години), у 2017. години је регистрован већи проценат неисправности намирница него у 2016. години (1,3% према 0,4%).

Протекли петогодишњи период (2013–2017.) обележио је пораст укупног броја узорака намирница контролисаних како на физичко-хемијску тако и на микробиолошку исправност. После периода у којем се евидентира пад укупног броја узорака испитаних на физичко-хемијску и микробиолошку исправност (2014. и 2015. година), у 2016. и 2017. години број испитаних узорака расте. Поредићи са 2016. годином, број физичко-хемијски испитаних узорака је у 2017. години био већи за 11,9%, а број микробиолошки испитаних већи за 10,8%. Посматрано у односу на 2013. годину, број физичко-хемијски испитаних узорака у 2017. години већи је за 2,9%, а број микробиолошки испитаних је већи за 12,1% (табела 5).

Табела 5. Број физичко-хемијски и микробиолошки испитаних узорака намирница, Република Србија, 2013–2017. година

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака	Број физичко- хемијски испитаних узорака	Број микро- биолошки испитаних узорака
2013.	2257	1788	4170	3657	6427	5445
2014.	1228	1124	4329	3897	5557	5021
2015.	1059	1044	4249	3766	5308	4810
2016.	1781	1882	4127	3627	5908	5509
2017.	1752	1944	4857	4158	6609	6102
Index 12/13	142,22	120,81	93,02	92,12	105,88	99,91
Index 13/14	54,41	62,86	103,81	106,56	86,46	92,21
Index 14/15	86,24	92,88	98,15	96,64	95,52	95,80
Index 15/16	168,18	180,27	97,13	96,31	111,30	114,53
Index 16/17	98,37	103,29	117,69	114,64	111,86	110,76

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

Посматрано у односу на укупан број испитаних узорака, током протеклих пет година уочава се тренд пораста опште неисправности контролисаних намирница (табела 6).

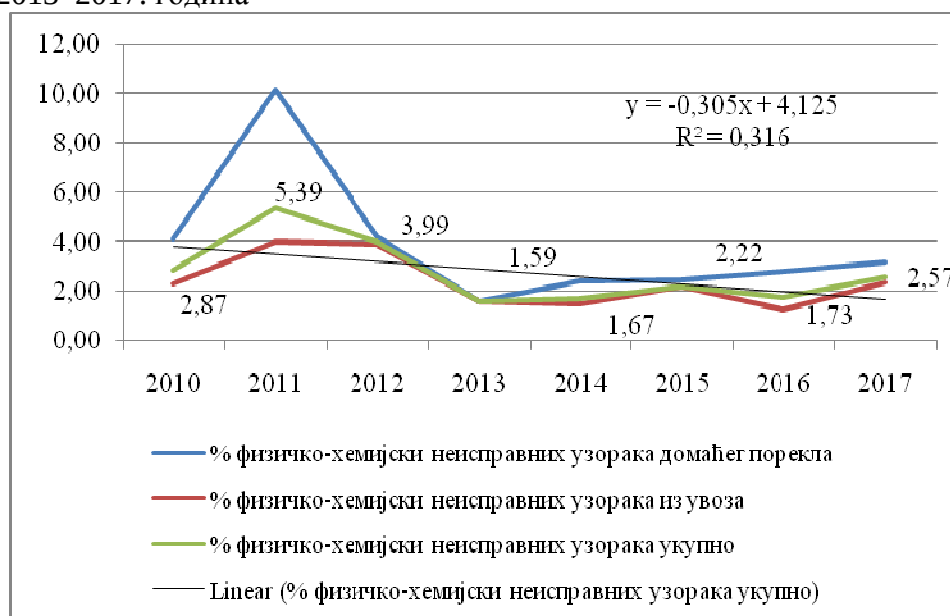
Табела 6. Број физичко-хемијски испитаних и неисправних узорака намирница, Република Србија, 2013–2017. година

Г О Д И Н А	Намирнице домаћег порекла		Намирнице пореклом из увоза		УКУПНО	
	Број физичко- хемијски неисправних узорака	Број микро- биолошки неисправних узорака	Број физичко- хемијски неисправних узорака	Број микро- биолошки неисправних узорака	Број физичко- хемијски неисправних узорака	Број микро- биолошки неисправни х узорака
2013.	36	20	66	10	102	30
2014.	30	16	63	24	93	40
2015.	26	14	92	20	118	34
2016.	50	17	52	6	102	23
2017.	56	57	114	20	170	77

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

Проценат физичко-хемијски неисправних узорака намирница растао је у укупном броју испитаних узорака намирница, дакле и међу узорцима намирница домаћег и увозног порекла (графикон 25).

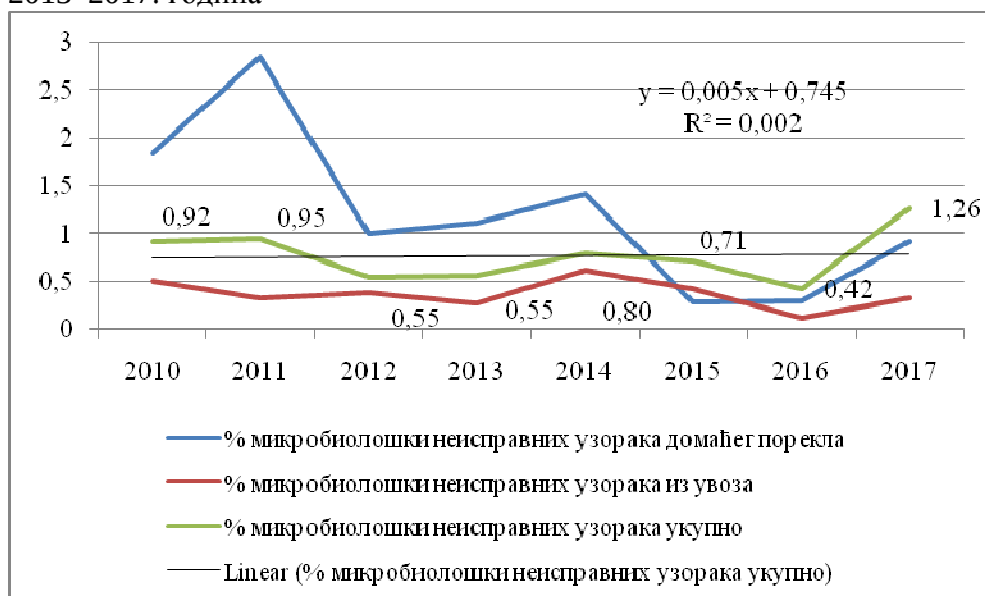
Графикон 25. Тренд физичко-хемијске неисправности узорака намирница, Република Србија, 2013–2017. година



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

Слична ситуација постоји и када је реч о микробиолошкој неисправности испитаних намирница (графикон 26).

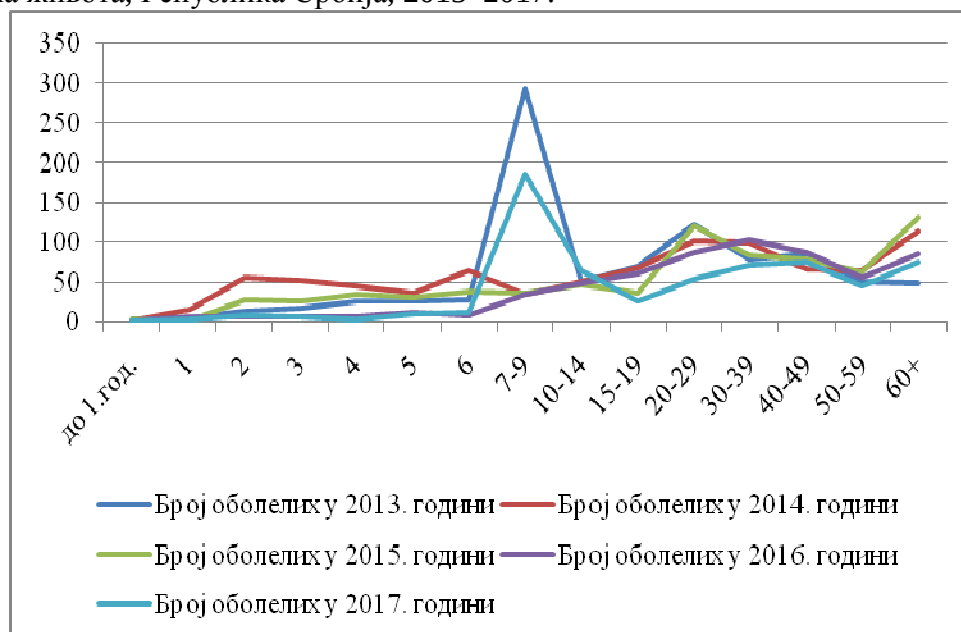
Графикон 26. Тренд микробиолошке неисправности узорака намирница, Република Србија, 2013–2017. година



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

Узрасна дистрибуција оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења у периоду од 2013. до 2017. године приказана је на графикону 27.

Графикон 27. Број оболелих у епидемијама са алиментарним путем ширења према годинама живота, Република Србија, 2013–2017.



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

Контрола здравствене исправности тринаест група намирница се у појединим областима обављала у скромном обиму. То значи да у појединим заводима за јавно здравље током 2017. године, као и у 2016. години није било ниједног узорка на испитивању нити физичко-хемијске нити микробиолошке безбедности/исправности намирница.

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

1.3.3 Квалитет ваздуха

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

У Србији систематско праћење квалитета ваздуха (имисија) се обавља путем мерења и евидентирања вредности појединих индикатора на мерним местима у две мреже мерних станица. Прва је Државна мрежа аутоматских мерних станица (40), постављених од стране Агенције за животну средину Србије. Услед вишегодишње праксе неодржавања аутоматских мерних станица, с временом је дошло до све мање територијалне покривености мониторинга квалитета ваздуха које врши Агенција за животну средину Србије. Вредности индикатора за 2017. годину показују:

- Сумпор-диоксид је током 2017. године праћен у 32 насеља на 62 мерна места. Насеља најмање загађена сумпор-диоксидом у 2017. години била су Горњи Милановац, Чачак, Суботица и Лесковац, док су најзагађенија насеља сумпор-диоксидом били

Косовска Митровица, Елемир и Бор. Пад загађености ваздуха сумпор-диоксидом у односу на 2016. годину забележен је у Београду, Бору, Врању, Прибоју, Сеојну, Сенти, Смедереву, и Шапцу, док је у Елемиру, Зајечару, Звечану, Зрењанину, Ивањици, Јагодини, Косовској Митровици, Крушевцу и Чачку, загађеност била већа него претходне године.

- Чађ је током 2017. године праћена у 30 насеља на 60 мерних места. Најмање загађене урбане целине у 2017. биле су Сента и Кикинда. Најзагађенија насеља у погледу присуства чађи била су Зрењанин и Ужице. Пад загађености ваздуха димом у односу на претходну 2016. годину забележен је у Београду, Ваљеву, Ивањици, Краљеву, Крушевцу, Лесковцу, Нишу, Сенти, Смедереву, Ужицу, Чачку и Шапцу, док је у Горњем Милановцу, Зајечару, Зрењанину и Суботици забележен пораст загађења.

- Таложне материје су током 2017. године праћене у 24 насеља на 47 мерних места. Најзагађенија насеља таложним материјама током 2017. била су Ужице и Обреновац.

- Специфичне загађујуће супстанције током 2016. године праћене су у 29 насеља на 60 мерних места.

- Мерења честица промера мањег од 10 микрона (PM_{10}) вршена су у 15 урбаних целина у Србији, од стране лабораторија ЗЈЗ/ИЈЗ. У 8/15 средња годишња вредност имисије прелазила је ГВ од $40,0\mu g/m^3$ за насељена места.

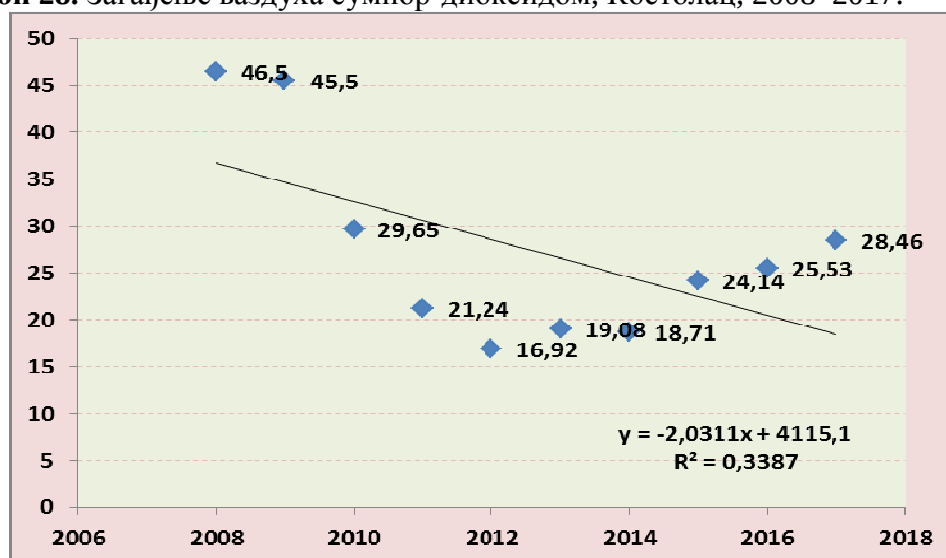
Главни узроци аерозагађења у Републици Србији су сагоревање некавалитетног лигнита, нерационално и неефикасно трошење енергије, неефикасне технологије, сагоревања фосилних горива, као и неадекватно одржавање индустријских постројења.

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

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

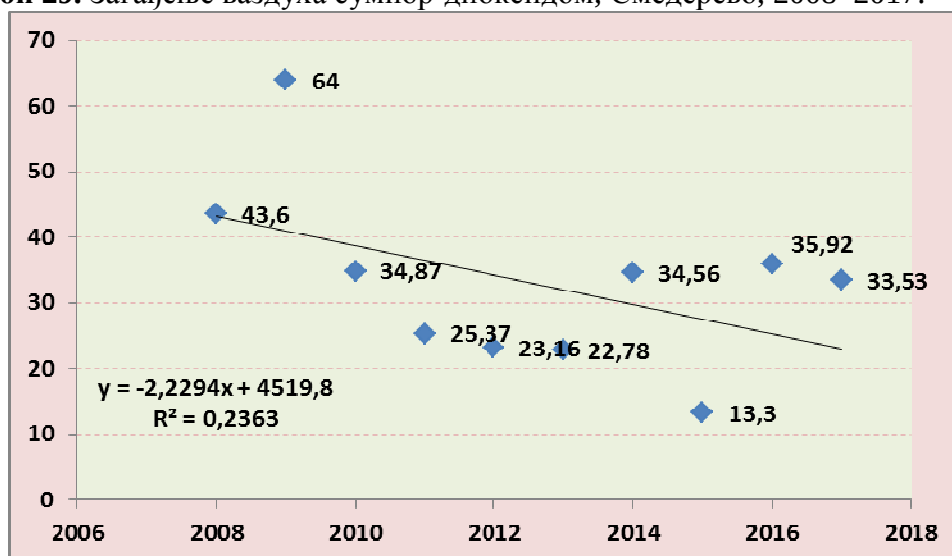
Опадајући тренд загађења амбијенталног ваздуха сумпор-диоксидом у Београду може бити узрокован коришћењем све мање кућних ложишта у урбаним деловима града, то јест све динамичнијим ширењем мреже корисника топлана на природни гас, који, од свих енергената, сагоревањем ослобађа најмање концентрације овог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

Графикон 28. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Костолац, 2008–2017.



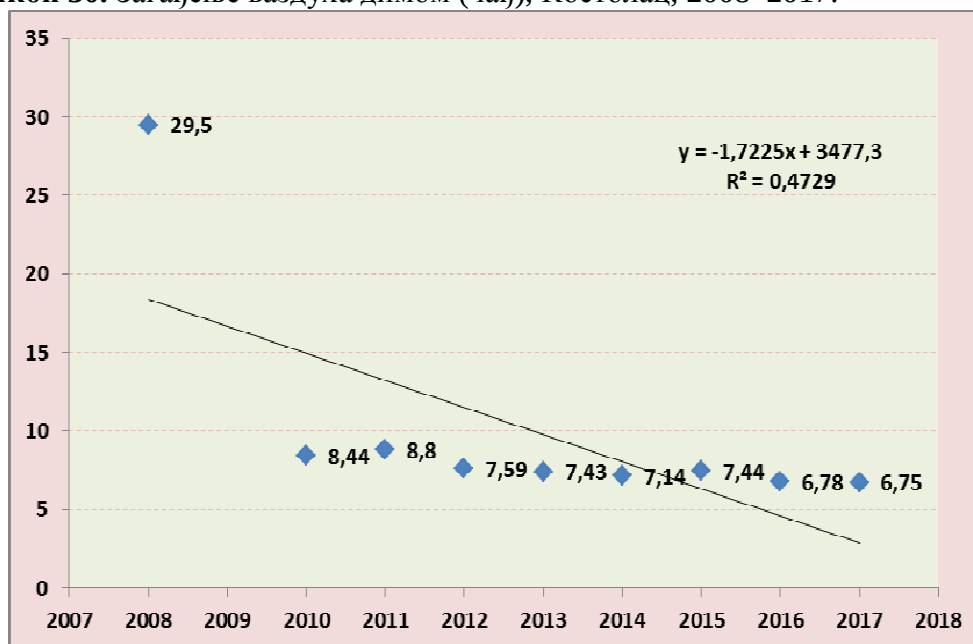
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 29. Загађење ваздуха сумпор-диоксидом, Смедерево, 2008–2017.



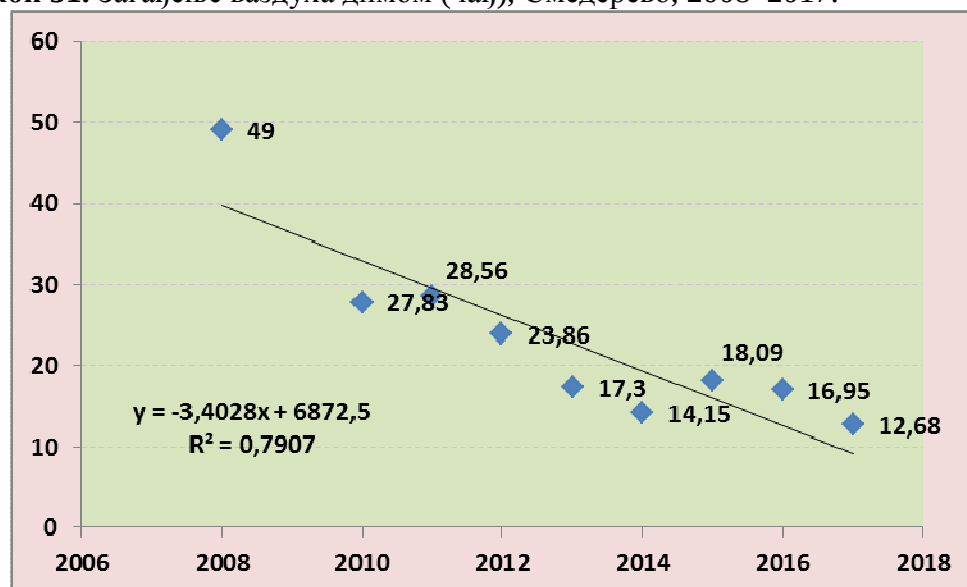
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 30. Загађење ваздуха димом (чађ), Костолац, 2008–2017.



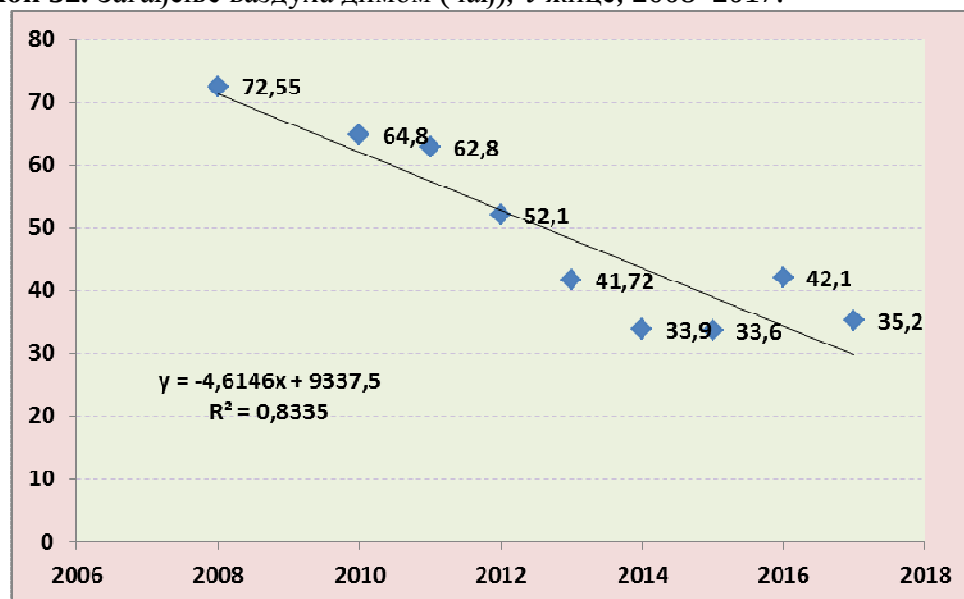
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 31. Загађење ваздуха димом (чађ), Смедерево, 2008–2017.



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

Графикон 32. Загађење ваздуха димом (чађ), Ужице, 2008–2017.



Ужице: Први пут у последњих 10 година праћења загађења ваздуха овим параметром да тренд није изразито растући. Овакви резултати су последица постепеног преласка свих домаћинстава на даљинско грејање, на природни гас. С обзиром на топографске специфичности града Ужица (у котлини, окружен брдима), битно је да се грејање на чврста фосилна горива сведе на најмању могућу меру, и то нарочито на вишим теренима, одакле је, због природних услова, омогућено седиментирање честица чађи ка дну котлине.

2. УМИРАЊЕ И ОБОЛЕВАЊЕ СТАНОВНИШТВА

2.1 Смртност становништва

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 2016. годину, када је морталитет од свих узрока смрти

износио 1428,6 на 100.000 становника, у 2017. години стопа смртности је порасла на 1477,3 на 100.000 становника (табела 7).

Табела 7. Општа и стандардизована стопа морталитета од свих узрока смрти (МКБ-10: A00-T98), Србија, 2013–2017.

Стопа морталитета	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Општа	1400,0	1419,7	1461,2	1428,6	1477,3
Стандардизована*	551,4	550,5	557,3	539,8	549,3

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

* на популацију света

Најчешћи узроци смрти у Републици Србији већ дужи период су исти, али са различитим тенденцијама у периоду од 2013. до 2017. године.

Групе болести: болести система крвотока (МКБ-10: I00-I99), малигни тумори (МКБ-10: C00-C97) и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (МКБ-10: S00-T98) смањиле су своје учешће као узрок смрти у посматраном периоду. За разлику од наведених, у истом раздобљу, симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (МКБ-10: R00-R99) и хроничне болести доњег система за дисање (МКБ-10: J40-J47) су као узрок општег морталитета били у порасту (табела 8).

Табела 8. Водећи узроци умирања, Србија, 2013. и 2017. година

Групе узрока смрти (МКБ-10)	Проценат (%)	
	2013.	2017.
Болести система крвотока (I00-I99)	53,2	51,7
Малигни тумори (C00-C97)	21,0	20,7
Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (R00-R99)	4,4	4,8
Хроничне болести доњег система за дисање (J40-J47)	2,6	2,8
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (S00-T98)	3,2	2,8
Остали узроци	15,6	17,2
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. Сваки други становник Србије умре од болести срца и крвних судова (МКБ-10: I00-I99), сваки пети од малигнух тумора (МКБ-10: C00-C97) и сваки десети од последица повреда (МКБ-10: S00-T98), дијабетеса (МКБ-10: E10-E14) и опструктивних болести плућа (МКБ-10: J40-J47). Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.

2.2.1 Болести система крвотока

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

Последњих година у Србији у просеку 55% умрлих особа жртва је неке од болести из ове групе. У односу на све узроке смрти, током 2017. године, у Србији је од болести срца и крвних судова умрло 24.362 мушкарца (45,4%) и 29.306 жена (54,6%). Просечна стопа смртности од болести срца и крвних судова у Србији у периоду од 2013. до 2017. године износила је 754,2 на 100.000 становника (табела 9). У односу на

2016. годину, када је морталитет од болести срца и крвних судова износио 738,2 на 100.000 становника, у 2017. години стопа смртности је порасла на 764,4 на 100.000 становника.

Табела 9. Општи и стандардизовани морталитет од болести циркулаторног система (МКБ-10: I00-I99), Србија, 2013–2017.

Стопа морталитета	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Општа	744,9	757,1	766,4	738,2	764,4
Стандардизована*	250,4	251,4	250,0	238,0	243,5

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. АКС представљају акутни инфаркт миокарда и нестабилна ангина пекторис.

Према подацима регистра за АКС, у Србији је у 2017. години са дијагнозом АКС евидентирано 19.541 случајева. Инциденција АКС у Србији износила је 278,3 на 100.000 становника.

Од овог синдрома 2017. године у Србији су умрле 4.624 особе. Морталитет од АКС у Србији износио је 65,9 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 малигних тумора сваке године оболи 18 милиона и умре 10 милиона људи. Исти извор процењује да ће број новооболелих и умрлих и даље расти, при чему ће 2/3 оболелих потицати из земаља у развоју.

Последњих неколико деценија уочен је континуирани пораст у умирању од малигних тумора. Стопа морталитета од малигних болести повећала се у последњих пет година са 294,4 у 2013. години, на 305,9 на 100.000 становника у 2017. години. У односу на 2016. годину када је смртност од рака износила 305,0 на 100.000 становника, у 2017. години стопа смртности се незнатно повећала (табела 10).

Табела 10. Општа и стандардизована стопа морталитета од малигних тумора (МКБ-10: C00-C97) на 100.000 становника, Србија, 2013–2017.

Стопа морталитета	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Општа	294,4	299,0	301,2	305,0	305,9
Стандардизована*	135,2	136,0	135,7	135,7	133,7

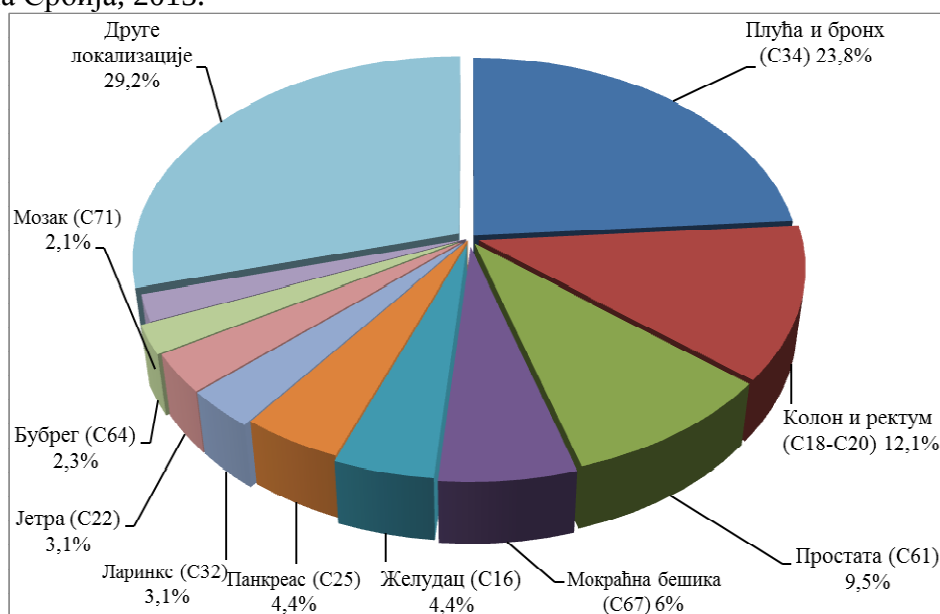
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

* на популацију света

На основу података Регистра за рак централне Србије, у 2015. години од малигних тумора оболело је 27.867 особа (14.582 мушкарца и 13.285 жена), док су 15.224 особе (8790 мушкарца и 6434 жена) умрле од рака.

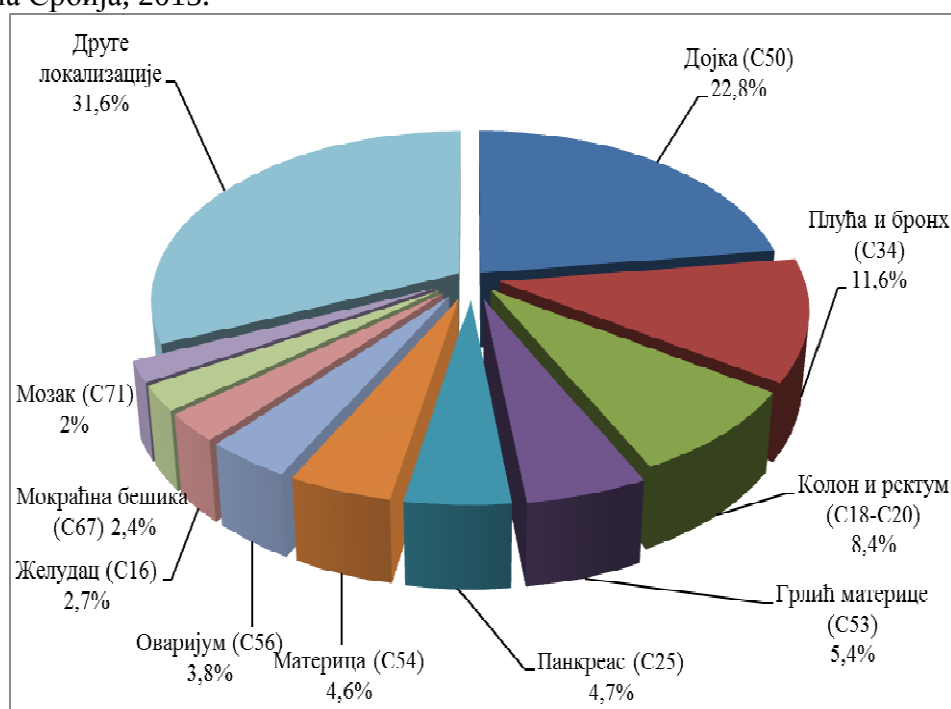
У централној Србији у 2015. години мушкарци су најчешће оболевали од малигних тумора плућа, колона и ректума, простате и мокраћне бешике (графикон 33), а код жена малигни тумор најчешће је био локализован на дојци, плућима, колону и ректуму и грлићу материце (графикон 34).

Графикон 33. Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код мушкараца, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 34. Водеће локализације у оболевању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2015.

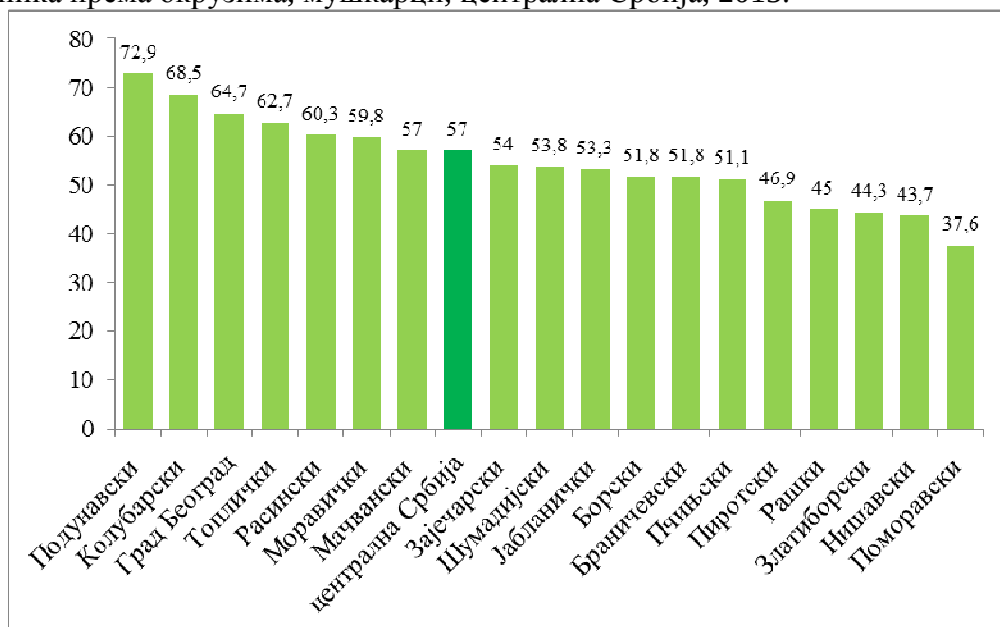


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха (графикон 35), у односу на просечну стопу у централној Србији (57,0/100.000), регистроване су код мушкараца у Подунавском округу (72,9/100.000), Колубарском округу (68,5/100.000) и Граду Београду (64,7/100.000), а најниже у Нишавском округу (43,7/100.000) и Поморавском округу (37,6/100.000).

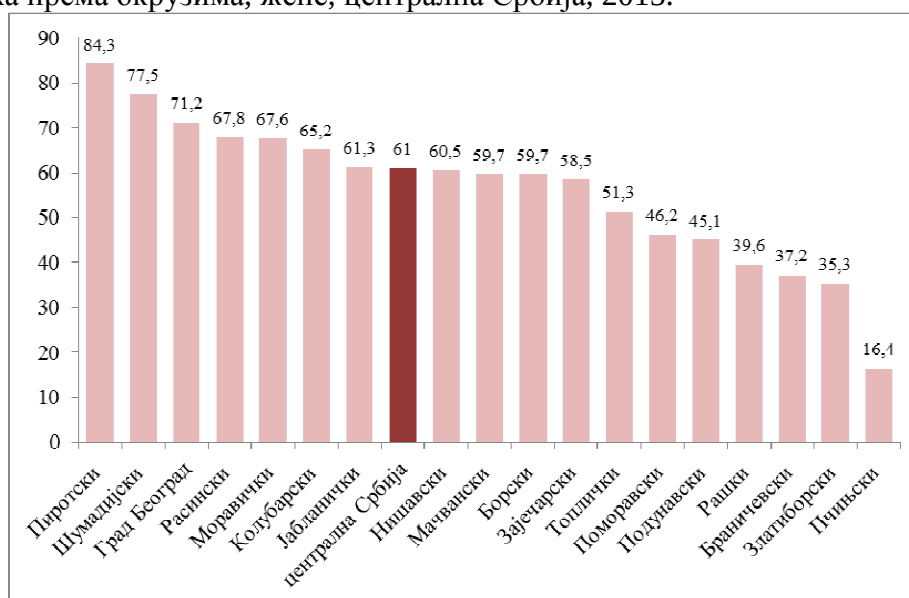
Највише стандардизоване стопе инциденције од рака дојке (графикон 36), у односу на просечну стопу у централној Србији (61,0/100.000), регистроване су код жена у Пиротском округу (84,3/100.000), Шумадијском (77,5/100.000) и Граду Београду (71,2/100.000), а најниже у Златиборском округу (35,3/100.000) и Пчињском округу (16,4/100.000).

Графикон 35. Стандардизоване стопе инциденције од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

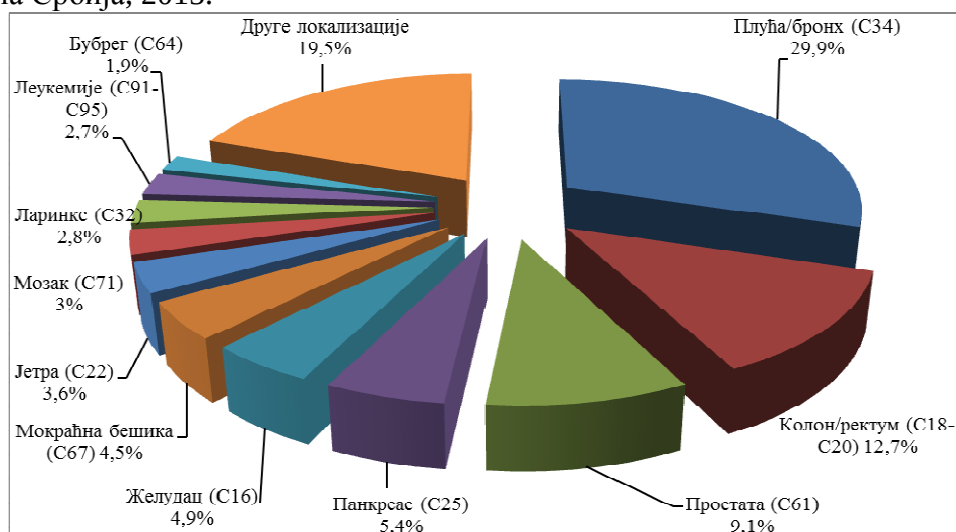
Графикон 36. Стандардизоване стопе инциденције од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

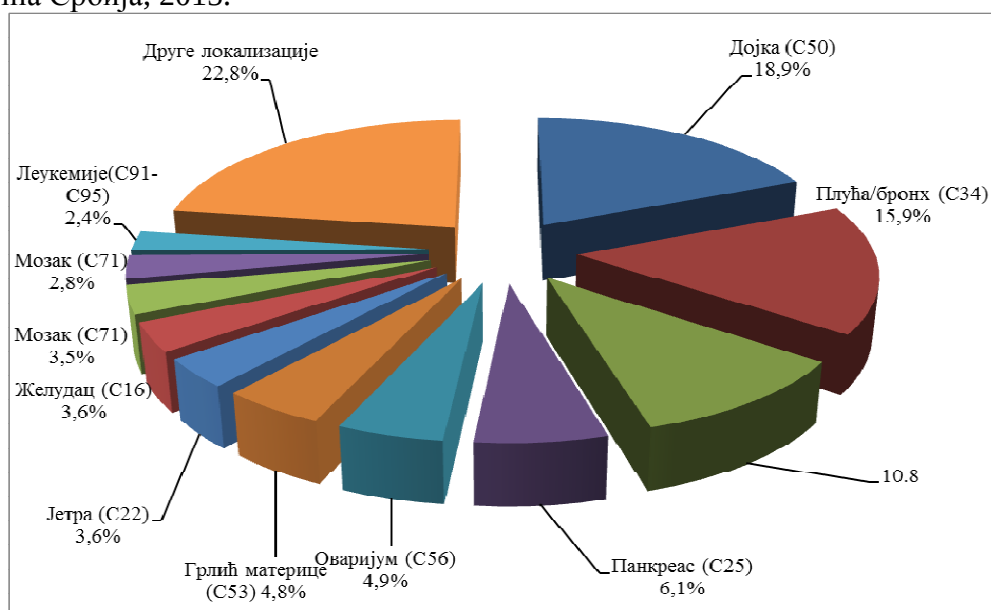
Мушкарци у централној Србији, током 2015. године најчешће су умирали од малигних тумора плућа, колоне и ректума, простате и панкреаса (графикон 37), а жене су најчешће биле жртве малигног процеса на дојци, плућима, колону и ректуму и панкреасу (графикон 38).

Графикон 37. Водеће локализације у умирању од малигних тумора код мушкараца, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Графикон 38. Водеће локализације у умирању од малигних тумора код жена, централна Србија, 2015.

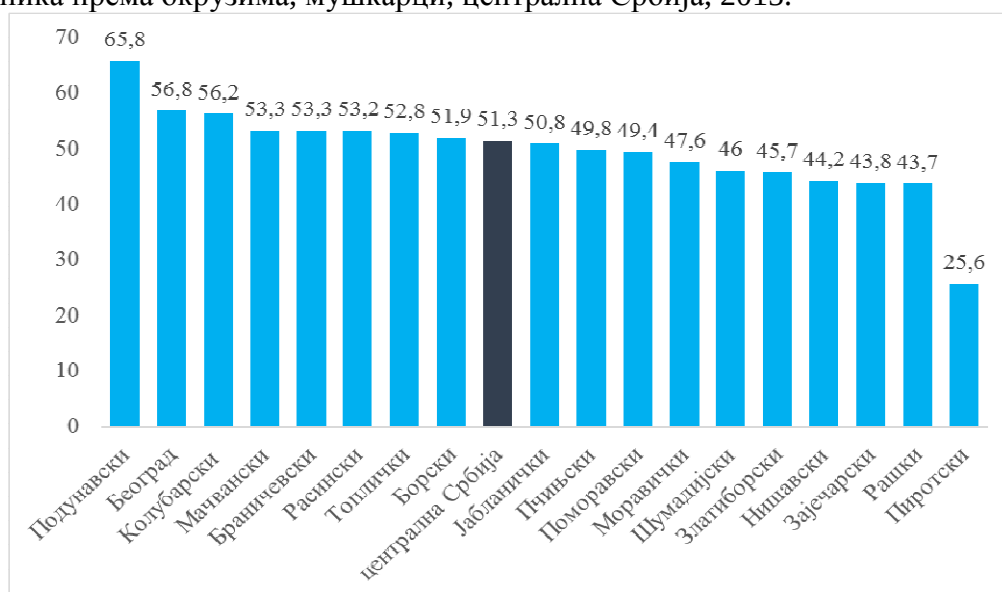


Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Највише стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха (графикон 39), у односу на просечну стопу у централној Србији (51,3/100.000), регистроване су код мушкараца у Подунавском округу (65,8/100.000) и Граду Београду (56,8/100.000), а најниже у Рашком (43,7/100.000) и Пиротском округу (25,6/100.000).

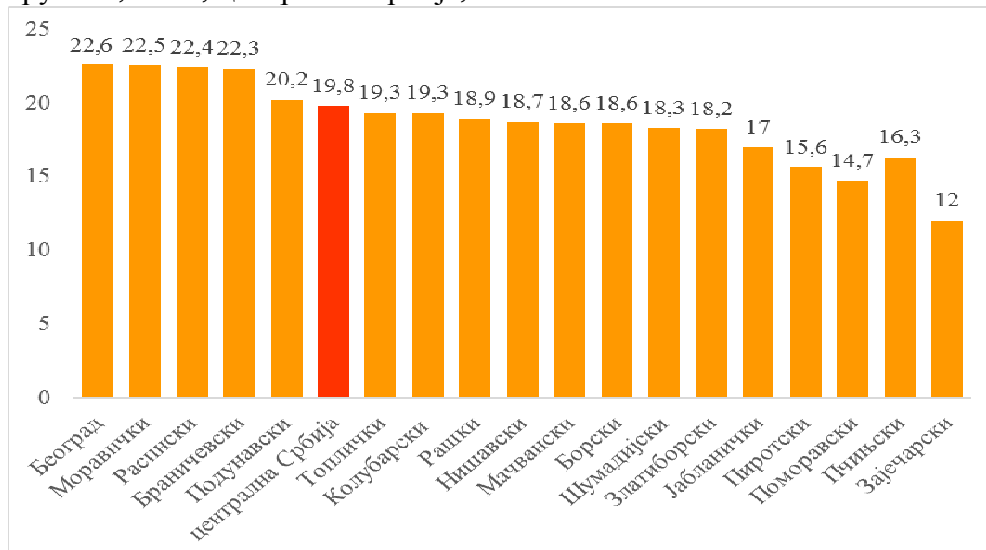
Највише стандардизоване стопе морталитета од рака дојке (графикон 40), у односу на просечну стопу у централној Србији (19,8/100.000), регистроване су код жена у Граду Београду (22,6/100.000) и Моравичком округу (22,5/100.000), а најниже у Пчињском (13,8/100.000) и Зајечарском округу (12,0/100.000).

Графикон 39. Стандардизоване стопе морталитета од рака плућа и бронха на 100.000 становника према окрузима, мушкарци, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване стопе на популацију света

Графикон 40. Стандардизоване стопе морталитета од рака дојке на 100.000 становника према окрузима, жене, централна Србија, 2015.



Извор података: Регистар за рак у централној Србији, 2015. година, Институт за јавно здравље Србија „Др Милан Јовановић Батут”, стандардизоване на популацију света

2.2.3 Шећерна болест

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

Процењује се да данас у свету са дијабетесом живи 425 милиона људи. Уколико се ништа не предузме, прогнозе указују да ће се број оболелих до 2045. године повећати на 629 милиона људи. Највише људи са дијабетесом (80%) живи у земљама у развоју, где се и очекује највећи пораст броја оболелих. У Србији око 710.000 особа или 12,4% становништва има дијабетес, 465.000 или 8,1% одраслог 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 последњих година све чешће детектује и код млађих људи. Ризик оболевања је приближно исти код оба пола. Код половине особа које живе са дијабетесом болест није дијагностикована. Симптоми типа 2 дијабетеса су благи, болест често протиче неопажено и открива се када су већ присутне компликације.

На годишњем нивоу од последица дијабетеса у нашој земљи умре приближно 3000 особа. У последњих једанаест година уочен је пораст умирања од овог обољења у Србији. Стопа морталитета од шећерне болести повећала се са 39,1 у 2013. години, на 49,7 на 100.000 становника у 2017. години (табела 11). Више од половине фаталних исхода узрокованих дијабетесом у свету уочено је код особа које су старије од 65 година.

Према подацима популационог Регистра за дијабетес, у Србији је у 2017. години евидентирано 293 новооболеле особе узраста до 29 година са дијагнозом тип 1 дијабетеса. Исте године регистровано је 15.203 новооболеле особе од тип 2 дијабетеса. У односу на 2016. годину када је морталитет од дијабетеса износио 44,8 на 100.000 становника, у 2017. години стопа смртности је порасла на 49,7 на 100.000 становника.

Табела 11. Општа и стандардизована стопа морталитета од дијабетеса (Е10-Е14) на 100.000 становника, Србија, 2013–2017.

Стопа морталитета	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Општа	39,1	35,2	42,7	44,8	49,7
Стандардизована*	14,7	12,6	15,2	15,7	17,1

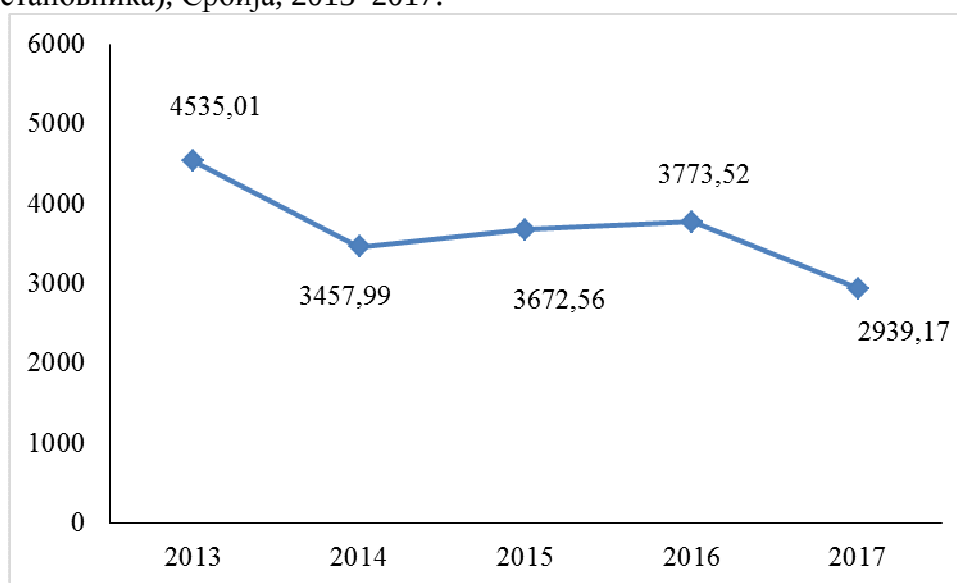
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

*на популацију света

2.3 Оболевање и умирање од заразних болести

На територији Републике Србије у 2017. години, без података са Косова и Метохије, пријављено је 207.456 оболелих од заразних болести, са инциденцијом од 2939,17 на 100.000 становника. Број пријављених случајева оболевања од заразних болести у 2017. години је нижи у поређењу са 2016. годином, када је стопа инциденције износила 3773,52/100.000 становника. Мањи број оболелих у 2017. години последица је промена у листи заразних болести које подлежу обавезном пријављивању, у складу са новим Законом о заштити становништва од заразних болести („Сл. гласник РС”, бр. 15/2016 и Правилника о пријављивању заразних болести и посебних здравствених питања („Сл. гласник РС”, бр. 44/2017), који је на снази од 17. маја 2017. године. Највећи допринос укупној вредности стопе инциденције заразних болести, као и претходних година, дају обољења која се пријављују збирном пријавом, пре свега *Pharyngitis* и *Tonsillitis streptococcica*, што је последица пријављивања ових обољења углавном само на основу клиничке дијагнозе.

Графикон 41. Кретање стопе инциденције заразних и паразитарних болести (на 100.000 становника), Србија, 2013–2017.



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

Грип

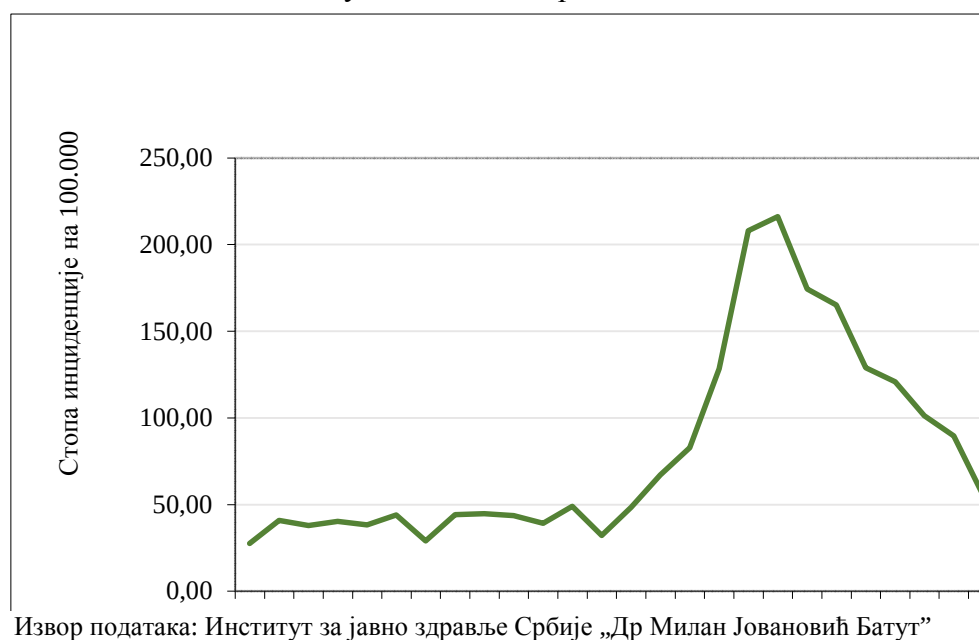
На основу препорука Светске здравствене организације (СЗО) и Европског центра за контролу болести (ECDC) неопходно је спроводити више врста надзора коришћењем одређених показатеља како би се омогућило праћење епидемиолошких и клиничких карактеристика обољења, праћење циркулације вируса и процењивала тежина епидемије у популацији. Епидемиолошки надзор над gripом у сезони спроводи се у складу са Стручно-методолошким упутством за спровођење епидемиолошког надзора над gripом кроз: Рано откривање неуобичајених, сигналних догађаја, Популациони надзор над обољењима сличним gripу, Сентинел надзор над обољењима сличним gripу и Сентинел хоспитал надзор над тешком акутном респираторном инфекцијом.

У посматраној години није било пријављених неуобичајених, сигналних догађаја. 2017. година је била уобичајена што се тиче активности вируса gripа и није било регистровано повећање тешких форми болести.

Популациони надзор над обољењима сличним грипу

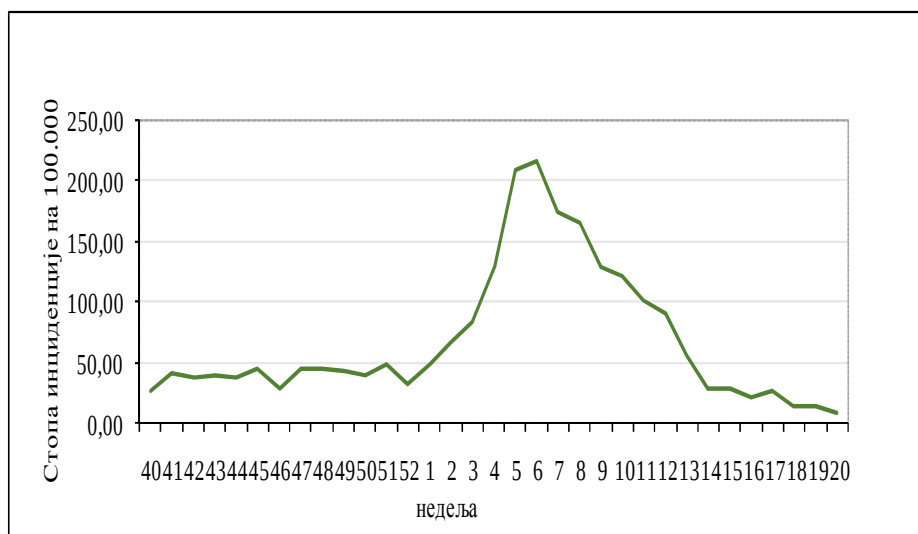
Од почетка надзора у сезони 2016/2017, тј. од 1. до 20. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 98.616 случајева обољења сличних грипу. На графикону 41 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2016/2017.

Графикон 41. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, сезона 2016/2017, популациони надзор



Од почетка надзора у сезони 2017/2018, тј. од 40. до 52. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 37.858 случајева обољења сличних грипу. На графикону 42 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2017/2018, од 40. до 52. недеље.

Графикон 42. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, сезона 2017/2018, популациони надзор



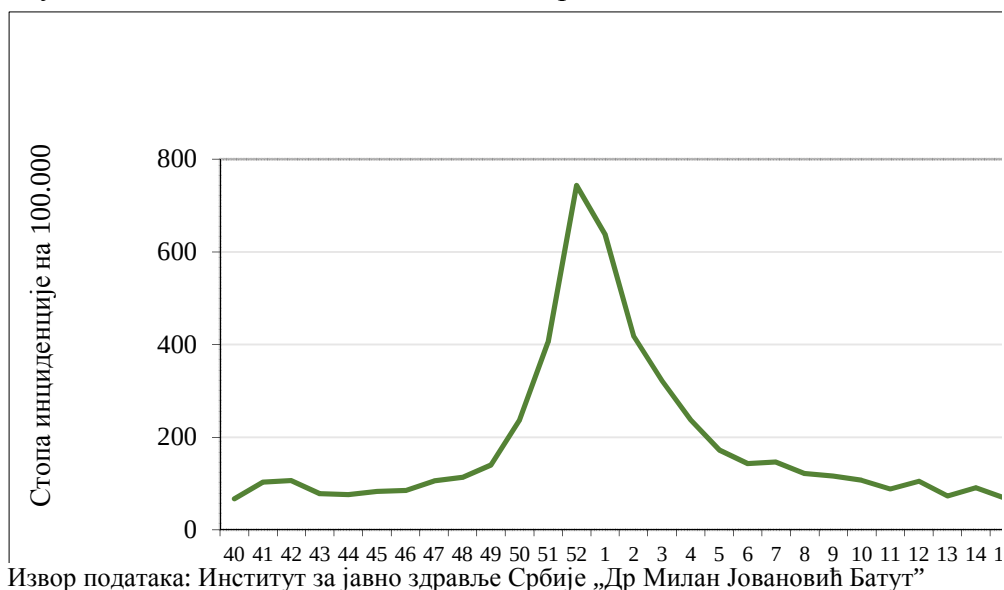
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У Републици Србији, у 2017. години, кроз популациони надзор над грипом је пријављено 136.474 оболелих од обољења сличних грипу са инциденцијом 1922/100.000. Највећи број оболелих у 2017. години од обољења сличних грипу је регистрован у узрасним групама од 0 до 4 и од 5 до 14 година.

Сентинел надзор над обољењима сличним грипу

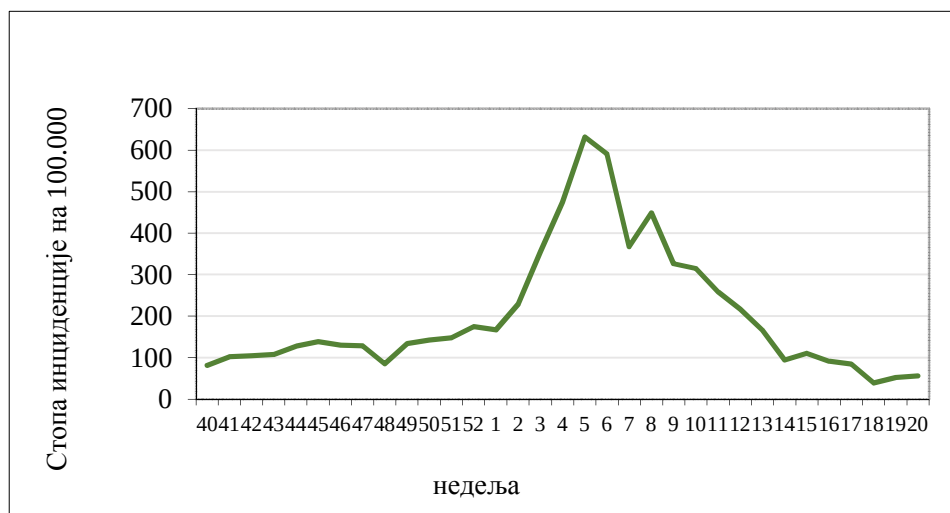
Од почетка надзора у сезони 2016/2017, тј. од 1. до 20. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 13.920 случајева обољења сличних грипу. На графикону 43 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2016/2017, од 1. до 20. извештајне недеље.

Графикон 43. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама у сезони 2016/2017, сентинелни надзор



Од почетка надзора у сезони 2017/2018, тј. од 40. до 52. извештајне недеље, пријављено је кроз овај вид надзора 7585 случајева обољења сличних грипу. На графикону 44 су приказане стопе инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама, у сезони 2017/2018, од 40. до 52. недеље.

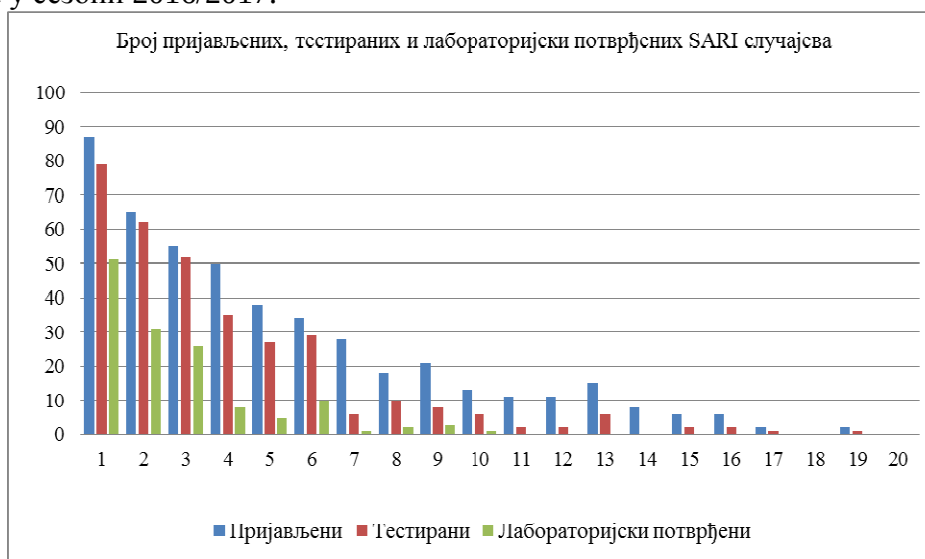
Графикон 44. Стопа инциденције обољења сличних грипу, према извештајним недељама у сезони 2017/2018, сентинелни надзор



Сентинел хоспитал надзор над тешком акутном респираторном инфекцијом

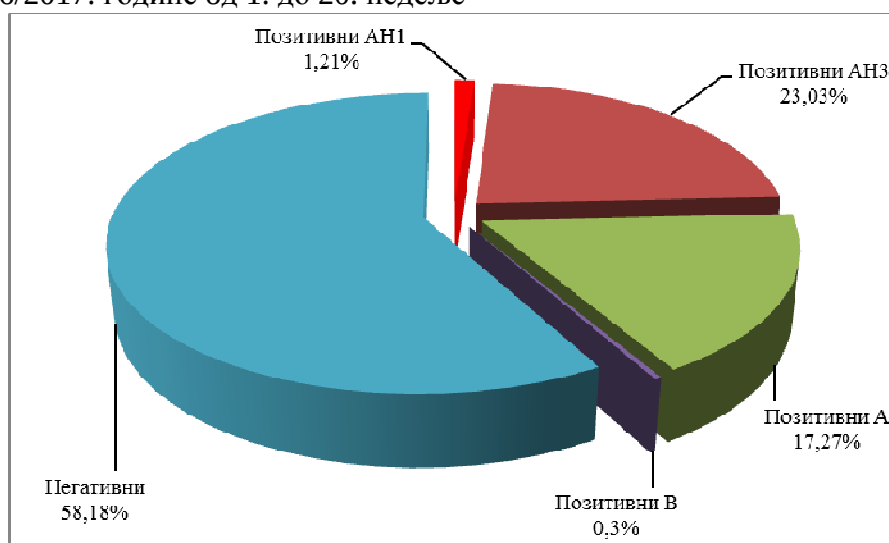
У 2017. години, у периоду од 1. до 20. извештајне недеље, сезона 2016/2017, путем овог вида надзора пријављено је 470 случајева тешке акутне респираторне инфекције. Од тога 330 (70%) случајева је лабораторијски тестирано, а 138 (42%) случајева је било лабораторијски позитивно на вирус грипа (графикон 45 и 46).

Графикон 45. Број пријављених, тестираних и лабораторијски потврђених SARI случајева у сезони 2016/2017.



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

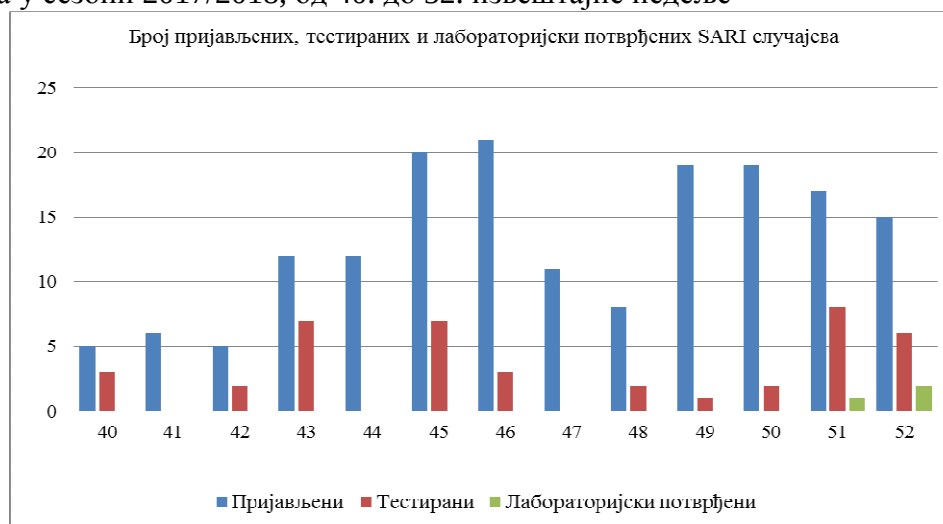
Графикон 46. Проценат позитивних и негативних узорака у односу на тестиране у сезони 2016/2017. године од 1. до 20. недеље



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

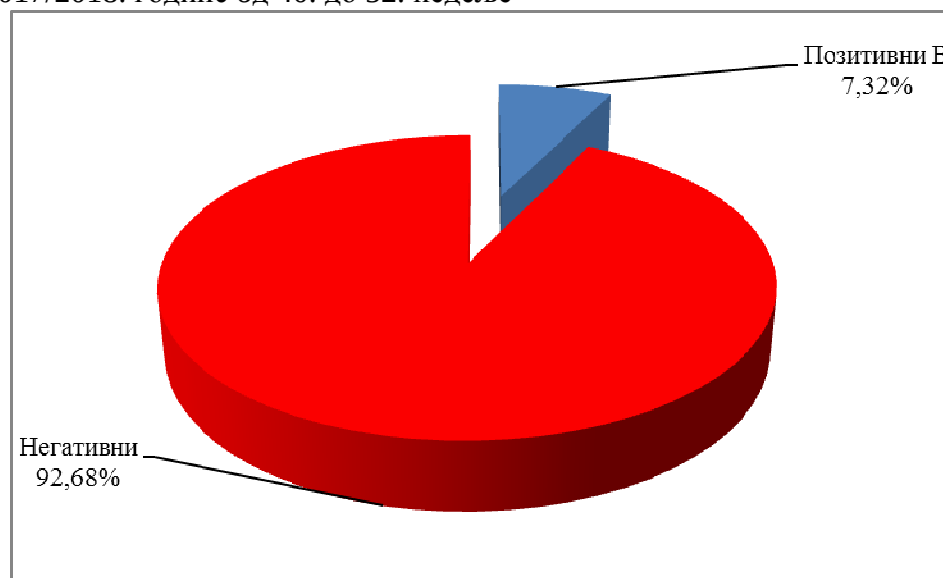
У 2017. години, у периоду од 40. до 52. извештајне недеље, сезона 2017/2018. путем овог вида надзора, пријављено је 170 случајева тешке акутне респираторне инфекције. Од тога 41 (24%) случај је лабораторијски тестиран, 3 (7%) случаја је било лабораторијски позитивно као вирус грипа (графикон 47 и 48).

Графикон 47. Број пријављених, тестираних и лабораторијски потврђених SARI случајева у сезони 2017/2018, од 40. до 52. извештајне недеље



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

Графикон 48. Проценат позитивних и негативних узорака у односу на тестиране у сезони 2017/2018. године од 40. до 52. недеље



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

У Републици Србији, у 2017. години је пријављено путем збирне пријаве 33.787 оболелих од грипа са инциденцијом 478,7/100.000. У периоду од 2011. до 2017. највећи број оболелих од грипа бележи се у 2011, првој сезони после пандемије, са бројем оболелих 97.699 и са инциденцијом 1339,91/100.000. У 2014. години региструје се најмањи број оболелих од грипа, што корелира са спровођењем надзора над грипом у складу са Стручно-методолошким упутством у Републици Србији, када није регистрован епидемијски период на националном нивоу. У циркулацији су потврђена током 2017. године сва три типа вируса В, А (Н3) и А (Н1) pdm09. Број оболелих од инфлуенце од 2011. до 2017. године је приказан у табели 12.

Табела 12. Инфлуенца у Републици Србији, у периоду од 2011. до 2017. године

Година	Број оболелих	Инциденција/ 100.000	Етиологија
2011.	97.699	1339,91	А (Н1)*v
2012.	42.993	598,21	А (Н3)
2013.	63.256	878,66	В и А (Н1 pdm09)
2014.	24.973	348,58	А (Н3)
2015.	40.845	572,7	В, А (Н3) и А (Н1) pdm09
2016.	44.131	622	А (Н1) pdm09, В, А (Н3)
2017.	33.787	478,7	А (Н3), В и А (Н1) pdm09

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

Туберкулоза

У периоду од 2013. до 2017. године забележен је тренд смањења броја оболелих од туберкулозе. Број оболелих кретао се од 1217 у 2013. години до 743 оболеле особе колико је регистровано у 2017. години.

Међу пријављеним случајевима оболевања, у периоду од 2013–2017. доминирају новооболели са 89–90%, док се проценат раније лечених кретао од 10 до 11%, осим 2016. године када је запажен нешто мањи проценат новооболелих (87,5%) и

већи проценат раније лечених случајева туберкулозе (12,5%). У периоду 2013–2016. година се одржава преминација учесталости плућног облика болести (89–90%), док је у 2017. години број плућних локализација нижи (85%) а ванплућних виши (15%). Бактериолошка потврђеност на култури се у периоду од 2013–2017. одржава у оквиру вредности 80–85%, као и бактериолошка потврђеност директном микроскопијом спутума (60–61%).

Међу ванплућним локализацијама туберкулозе одржава се највећа учесталост туберкулозе плеуре (38–46%) и екстраторакалних лимфних жлезда (17–32%).

Табела 13. Кретање одабраних показатеља утицаја и исхода Програма контроле туберкулозе, Србија, 2013–2017.

Назив показатеља	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Нотификациона стопа свих облика туберкулозе (на 100.000)	17	15	13	12	11
Стопа успеха лечења свих пријављених случајева туберкулозе (%)	79	78	58	80	
Стопа успеха лечења лабораторијски потврђених оболелих од мултирезистентне туберкулозе (%)	77	54	80		

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

Запажа се стабилан тренд смањења стопе морталитета од туберкулозе (у 2017. години за 10% у односу на 2016. годину, а за 46% у односу на 2013. годину).

У периоду од 2013. до 2017. године смањује се број оболелих од мултирезистентне туберкулозе (MDR TB), при чему се годишње региструје од 6 до 12 оболелих особа. Обухват тестирањем резистенције на антитуберкулотске лекове прве линије кретао се од 87% у 2013. до 93% у 2014. години, док се у последње две године запажа пад вредности на 73% и 69% у 2016. и 2017. години. У истом периоду бележи се континуиран пад учесталости оболевања од туберкулозе у заводима за извршење кривичних санкција. У периоду од 2013. до 2016. године пријављено је 11–20 оболелих

на годишњем нивоу, док је 2017. године пријављено 8 особа, што чини стопу од 27/100.000 и представља најмању учесталост оболевања у последњих 13 година.

Међу особама које живе са HIV-ом у периоду од 2013. до 2016. године пријављивано је од 5 до 17 оболелих од туберкулозе, док је 2017. године пријављено 8 случајева. Обухват тестирањем на HIV међу оболелима од туберкулозе је јако низак и у периоду од 2013-2017. године се кретао 10–13%.

Анализом појединачних узрока смрти, уочава се да је највећи број умрлих од сепсе (78), ентероколитиса изазваног *Cl. difficile* (45), грипа (28), пнеумоније (42), туберкулозе (18) и бактеријског менингитиса (22).

У току 2017. године, на територији Републике Србије регистроване су 204 епидемије заразних болести, са 39.455 оболелих особа. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину нижи за 28,4%.

У 2017. години, у епидемијама заразних болести је умрло 12 лица – 7 лица у епидемијама грипа, три особе у болничкој епидемији сепсе и две особе у болничкој епидемији ентероколитиса узрокованог бактеријом *Clostridium difficile*.

Према путу ширења узрочника, најбројније су биле алиментарне епидемије (64 или 31,37%), ваздушно-капљичне (59 или 28,92%), контактне епидемије (54 или 26,47%) и епидемије код којих није утврђен пут преноса (26 или 12,74%). Најређе су биле епидемије са хидричним путем преноса (1 или 0,38%).

Од болести које се могу превенирати вакцинама у 2017. години, према расположивим подацима, оболеле су 1022 особе (у 2016. години пријављено је 204 оболелих), са учешћем од 0,49% у укупном оболевању од заразних болести (у 2016. години учешће је износило 0,08%). Морбили су обољење са највећим учешћем у овој групи (67,8%) што је последица епидемијског јављања болести.

У 2017. години регистрована су 693 случаја морбила у Републици (стопа инциденције 9,8/100.000), без територије српских енклава на Косову и Метохији у којима је регистровано 269 случајева. Укупно је лабораторијски потврђено 286 случајева. Из узорака брисева случајева са територија српских енклава Косова и Метохије и Расинског округа идентификован је генотип БЗ у Регионалној референтној лабораторији у Луксембургу. У односу на територијалну дистрибуцију највећи број случајева у епидемијском јављању од октобра 2017. године пријављен је у граду Београду (33%), а потом Рашком (30%) и Нишавском округу (23%), док је у Војводини регистровано 26 случајева.

Већина оболелих особа (91%) је била невакцинисана, непотпуно вакцинисана или са непознатим вакциналним статусом.

Од укупног броја оболелих, 240 (34%) је било хоспитализовано, а упала плућа је регистрована код 91 особе.

Крајем децембра пријављен је један смртни исход (Lt 0,14%), код особе узраста 30 година из Београда, која није била вакцинисана, а у клиничком току је дошло до развоја пнеумоније. То је први смртни исход од морбила регистрован у Србији после периода од 20 година.

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.

Од осталих болести превентабилних вакцинама у 2017. години пријављено је 285 случајева пертусиса, 37 случајева мумпса, пет рубеле и два случаја тетануса. Није било пријављених смртних исхода од ових болести.

Пријављивање болести које се могу превенирати вакцинама у 2017. години, као и претходних година, пратили су одређени проблеми. На првом месту одсуство лабораторијске потврде дијагнозе, тако да су се одређене болести пријављивале само на основу клиничке слике (нпр. пертусис, паротитис, рубела итд.), односно парцијално доступна дијагностика за поједине делове Републике (програмско финансирање). Такво стање ће бити значајан проблем у процесу елиминације болести. Тешко да ће програми СЗО моћи да се реализују ако се не омогући лабораторијска потврда болести (у референтној или мрежи лабораторија по стандардним процедурама), нарочито када су у питању мале богиње, рубела, синдром конгениталне рубеле, као и пертусис.

Планирана имунизација у Републици Србији (без Косова и Метохије) против дифтерије, тетануса и великог кашља комбинованом петовалентном вакцином (DtaP) у 2017. години спроведена је са обухватом од 95,1%, а против дечије парализе (IPV) са обухватом од 95,2%. Обухват ревакцинацијом против дифтерије, тетануса и великог кашља деце у другој години живота износио је 86,8%, а против дечије парализе 87,1%, што је знатно испод циљних вредности обухвата овим вакцинама од 95%. Ревакцинација предшколске деце против дифтерије и тетануса обављена је са обухватом од 93,2%, док је обухват ревакцинацијом против полиомијелитиса био 92,5%. Обухват ревакцинацијом школске деце против ових болести износио је 91,9% против дифтерије и тетануса, односно 91,3% против полиомијелитиса. Обухват вакцинацијом и ревакцинацијом против дифтерије, тетануса, великог кашља и полиомијелитиса у свим узрасним групама био је виши у односу на 2016. годину, изузев ревакцинације против полиомијелитиса у другој години живота када је био на нивоу из 2016. године.

Обухват вакцинацијом против морбила, рубеле и паротитиса (MMR) у другој години живота износио је 85,2%, што је виша вредност у односу на 2016. годину када

је вакцинацијом обухваћено 81% обвезника. Обухват ревакцинацијом ММР вакцином у седмој години живота бележи вредност од 91,6%, што је више од регистрованог обухвата у 2016. години (91,1%).

У 2017. години бележи се обухват вакцинацијом против хепатитиса Б у првој години живота од 92,4%, што је више од оног забележеног у 2016. години (90,5%). Обухват вакцинацијом у 12. години износио је свега 69,2%, иако је виши од обухвата постигнутог у 2016. години (63,6%).

Обухват вакцинацијом против обољења изазваних Хемофилусом инфлуенце тип б у 2017. години износио је 95,2% што је више него у 2016. години када је обухват овом вакцином износио 93,7%.

Табела 14. Резултати спроведених имунизација (%), Србија, 2007–2017.

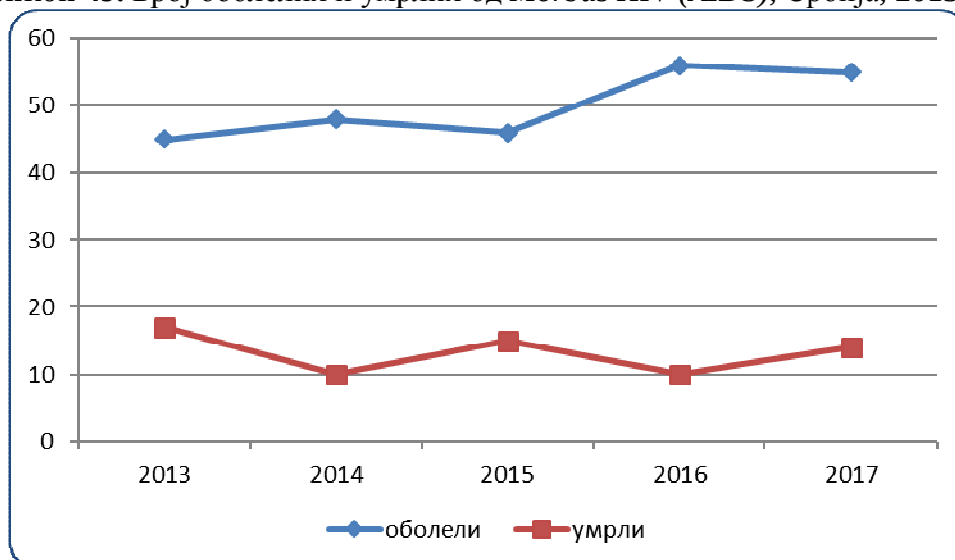
Спроведена имунизација	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DTP3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	98	98	97	97	98	96	97	95	95	94	95
OPV3/DTaP/IPV/Hib вакцинација	98	98	97	97	98	94	97	95	95	94	95
MMR вакцинација	97	96	96	96	97	90	93	86	84	81	85
НВ вакцинација 1. г.	94	94	95	95	96	93	93	94	92	91	92
НВ вакцинација 12. г.	80	78	62	76	87	83	74	78	73	64	69
Hib/DTaP/IPV/Hib вакцинација	91	97	96	97	97	91	95	95	94	94	95

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

У 2017. достигнуте су циљне вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације осим за ММР вакцину, а годину је обележио почетак највеће епидемије малих богиња у последњих 25 година. Она је последица ниског обухвата вакцинацијом у претходним годинама односно пада колективног имунитета чиме су створени услови за нагомилавање осетљиве популације, оболевање, и епидемијско јављање ове болести.

Од 2013. до 2017. године забележен је тренд пораста броја особа оболелих, односно тренд опадања умрлих од синдрома стеченог имунолошког дефицита (AIDS, сида) узрокованог HIV-ом. У 2017. години регистрована инциденција AIDS-а је била слична као и 2016. године (55, односно 56 оболелих особа), при чему је број оболелих од AIDS-а у 2017. години био за 22% већи него 2013. године, када је регистровано најмање оболелих особа. С друге стране, број умрлих особа у 2017. је сличан морталитету од AIDS-а регистрованом 2015. године, односно морталитет у 2017. години је био за 40% виши него претходне године (графикон 49).

Графикон 49. Број оболелих и умрлих од *Morbus HIV (AIDS)*, Србија, 2013–2017.



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

3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ И КОРИШЋЕЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

3.1 Здравствено стање деце

Здравствено стање одојчади и деце предшколског узраста је од изузетног значаја за целокупно друштво. Заштити здравља ових популационих група посвећује се посебна пажња не само због повећане осетљивости на дејство различитих фактора који могу угрозити њихово здравље, већ и због чињенице да лоше здравље и нездрави стилови живота у детињству могу имати за последицу лоше здравље током читавог живота.

Учешће популације деце узраста од 0 до 6 година у укупном броју становника се није мењало у периоду од 2013. до 2017. године и износи 6,5%. Одојчад (деца старости 0–365 дана) чинила су приближно 0,9% укупног становништва у посматраном периоду.

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

Здравствену заштиту предшколској деци 2017. године пружало је 690 доктора медицине, од чега су 87,5% лекари специјалисти. Однос броја лекара и здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом у 2017. години је износио 1,5 (табела 15).

Просечан број деце узраста 0–6 година на једног доктора у служби за здравствену заштиту деце у посматраном периоду варира у опсегу од 626 колико је износио 2012. године до 664 у 2017. години (графикон 50), што је боља обезбеђеност од предвиђене стандардом (850 деце на једног педијатра).

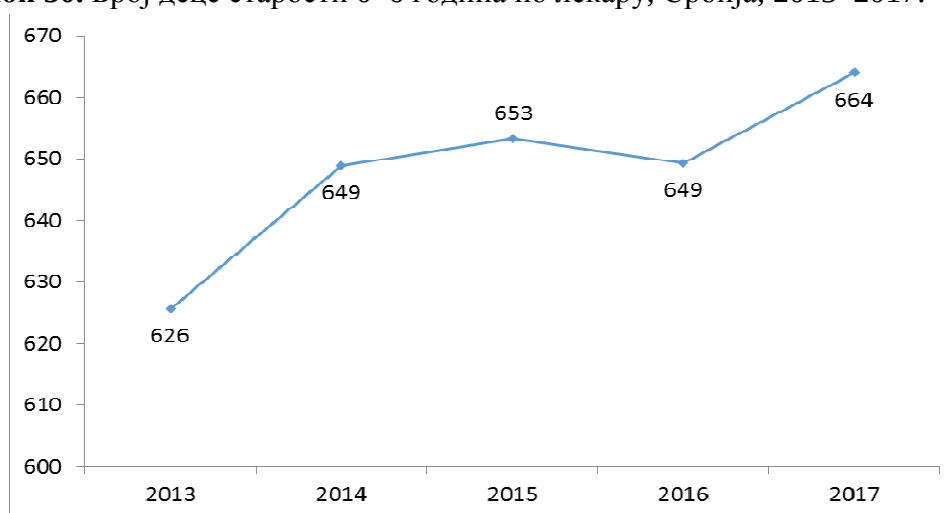
Табела 15. Показатељи оптерећености и обезбеђености примарне здравствене заштите деце, Србија, 2013–2017.

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
2013	743	1116	1,5	5.930,7	9,5	63,4%
2014	714	1076	1,5	6.143,3	9,5	63,4%
2015	708	1068	1,5	6.139,5	9,4	64,0%
2016	709	1062	1,5	5.921,8	9,1	65,7%
2017	690	1045	1,5	6.535,3	9,8	56,3%

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

У служби за здравствену заштиту деце 2017. године регистровано је укупно 4.509.379 посета деце узраста од 0 до 6 година код лекара, а учешће првих посета у укупном броју посета се у посматраном периоду кретало од 56,3% до 65,7%. Просечан годишњи број посета по лекару у 2017. години износио је 6535.

Графикон 50. Број деце старости 0–6 година по лекару, Србија, 2013–2017.



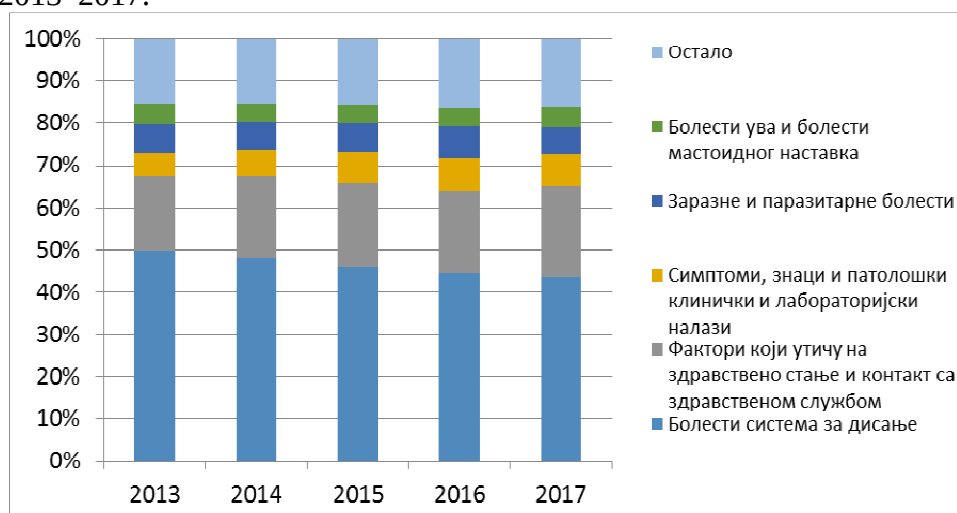
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета код лекара по детету узраста од 0 до 6 година у посматраном периоду се креће од 9,1 колико је износио 2016. године до 9,8 у 2017. години. У 2017. години свако дете је просечно било 9,8 пута код лекара.

У службама за здравствену заштиту деце, укупан број регистрованих обољења и стања 2017. године је износио 2.653.362. Стопа оболевања у 2017. години је 5790,9 на 1000 деце узраста од 0 до 6 година (или 5,8 по детету), што је најнижа вредност у посматраном периоду јер се ова стопа кретала од 5815,0 у 2015. години до вредности од 6522,4 у 2016. години.

У структури регистрованог ванболничког морбидитета код деце предшколског узраста, међу пет најчешћих група болести биле су болести система за дисање (X група МКБ-10), фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (XX група МКБ-10), симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (XVIII група МКБ-10), заразне и паразитарне болести (I група МКБ-10) и болести ува и мастоидног наставка (VIII група МКБ-10). Процентуално учешће најчешћих група болести у посматраном периоду је приказано на графикону 51.

Графикон 51. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби за здравствену заштиту предшколске деце, Србија, 2013–2017.



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.

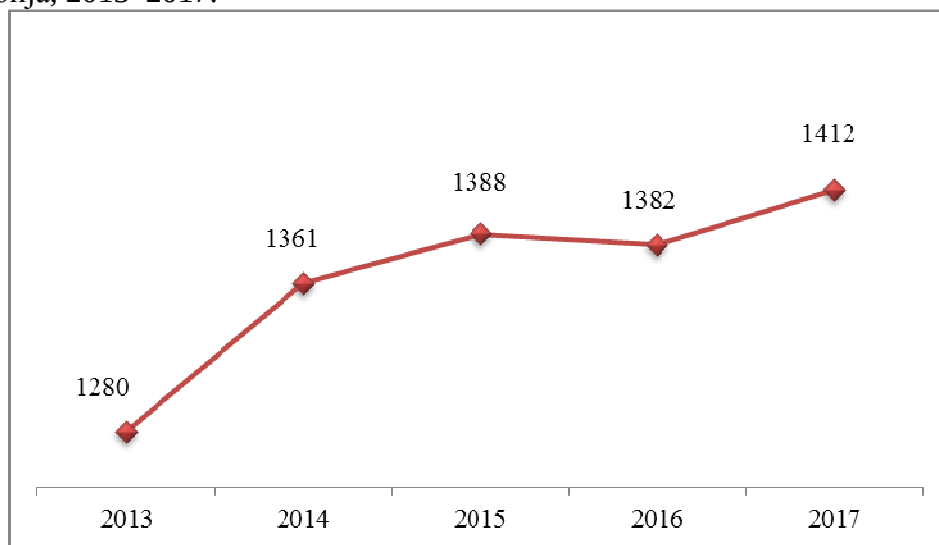
У Републици Србији у 2017. години школска деца и адолесценти су били заступљени са 12,8% у укупној популацији (укупно 901.152). У 2016. години број деце и омладине узраста 7–19 година је био већи (909.623), а њихово учешће у укупном броју становника је без значајне промене.

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 2017. години пружало је 638 доктора медицине, од чега 427 специјалиста педијатрије (67%) и 85 лекара на специјализацији. Укупан број лекара у односу на претходну годину је мањи за 20, а проценат специјалиста је за један процентни поен већи. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара је 1,12 и без промене у односу на претходну годину (табела 16).

Просечан број школске деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце 2017. године у Републици Србији износио је 1412 (графикон 52). 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 52. Број школске деце по лекару у служби за здравствену заштиту школске деце, Србија, 2013–2017.



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

У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији 2017. године регистровано је укупно 4.117.158 посета, од чега 3.138.091 (76%) код лекара и 24% посета код других медицинских радника. Укупан број посета овој служби је мањи за 458.693 у односу на претходну годину (укупно 4.575.851 посета 2016. године). У

просеку, свако дете (7–19 година) је у 2017. години посетило свог лекара 3,5 пута (табела 16).

Табела 16. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите школске деце, Србија, 2013–2017.

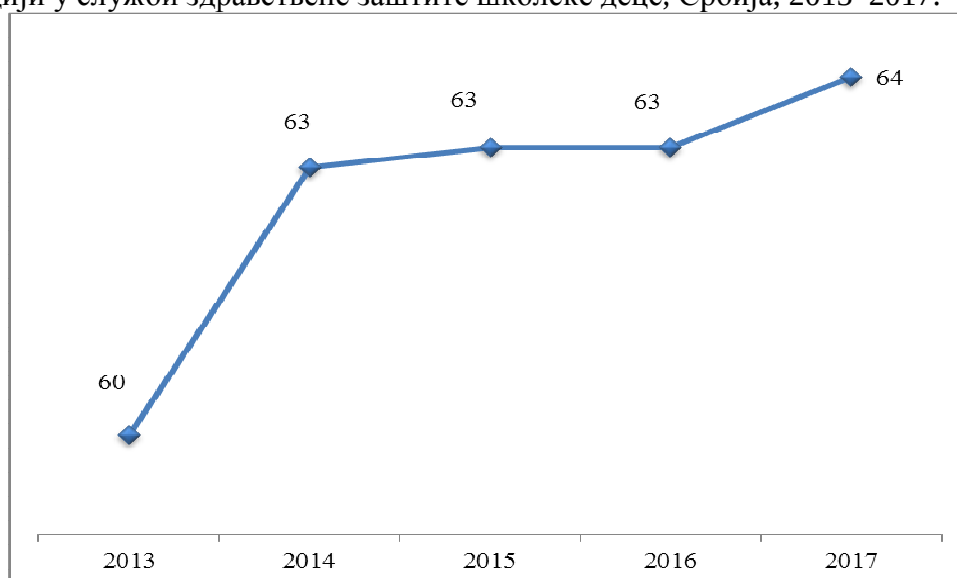
Година	Број лекара	Процент специјалиста од укупног броја лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС	Број школске деце на једног лекара	Просечан годишњи број посета по лекару	Број посета по детету	Учешће првих посета у укупним посетама код лекара у ординацији (%)
2013	743	62,7	922	1,2	1280	4984	3,9	60,0
2014	688	62,6	791	1,0	1361	5049	3,7	62,7
2015	664	64,5	776	1,2	1388	5045	3,6	62,9
2016	658	65,5	737	1,1	1382	5316	3,8	62,9
2017	638	67,0	720	1,1	1412	4919	3,5	63,6

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

Лекари у овој служби су у просеку имали по 4919 посета, односно за око 8% мање у односу на 2016. годину (табела 16). Од укупног броја посета лекару у ординацији, учешће првих посета у 2017. години је 63,6% (графикон 53).

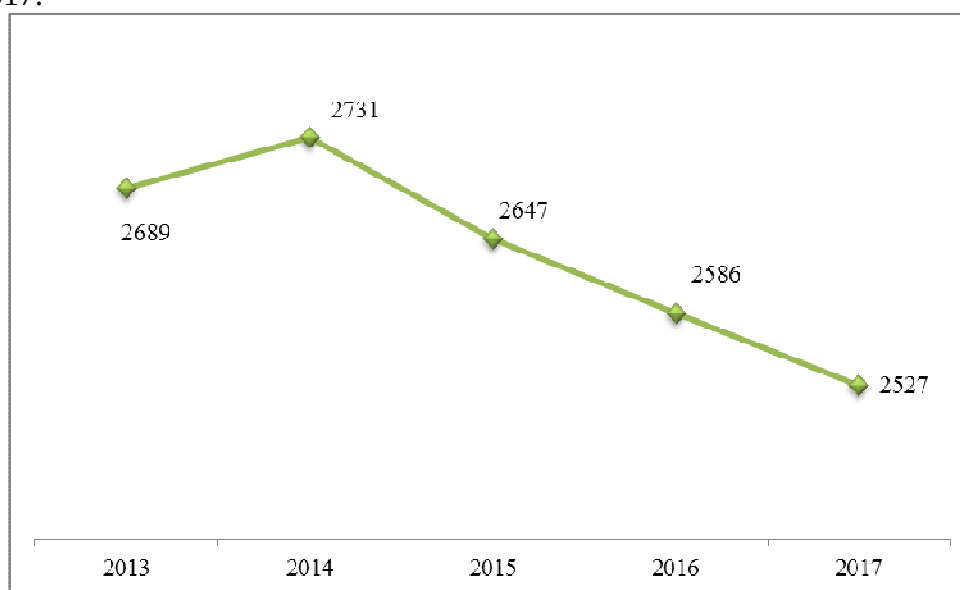
У службама за здравствену заштиту школске деце у Републици Србији, укупан број регистрованих обољења, стања и повреда у групи од 7 до 19 година, 2017. године је износио 2.278.606, а стопа оболевања 2527 на 1000 деце узраста од 7 до 19 година (2,5 по детету). Број регистрованих обољења у односу на претходну годину је нижи за око 74.190, а стопа оболевања на 1000 деце је за 59 нижа у односу на 2016. годину (графикон 54).

Графикон 53. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2013–2017.



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

Графикон 54. Утврђена обољења и стања код школске деце (стопа на 1000), Србија, 2013–2017.

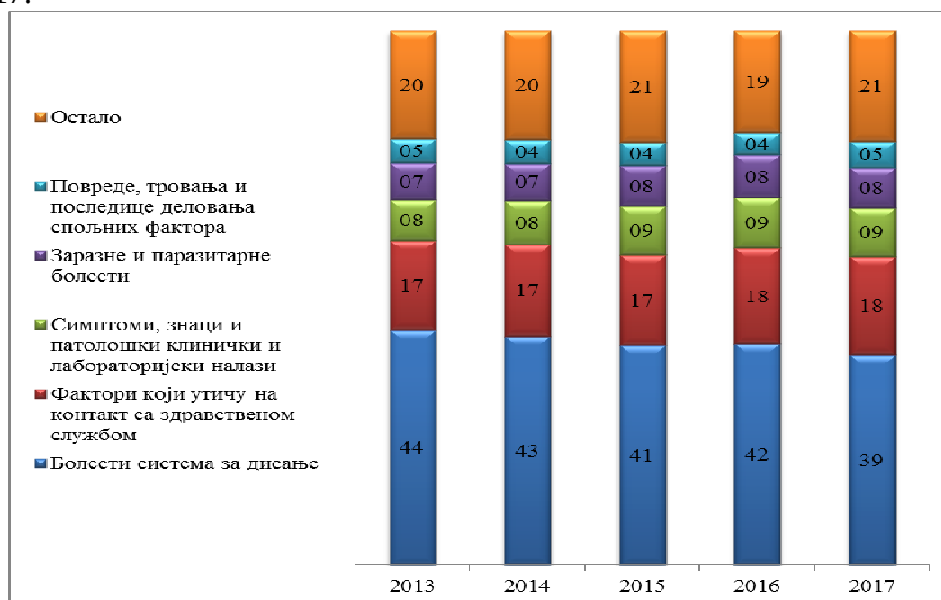


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања школске деце у периоду од 2013. до 2017. 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 55). Током посматраног петогодишњег периода на нивоу Републике Србије није било промена у рангу ових пет најчешћих група болести. Ипак, запажа се смањење учешћа болести система за дисање, а пораст заразних и паразитарних болести у петогодишњем периоду.

Графикон 55. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите школске деце, Србија, 2013–2017.



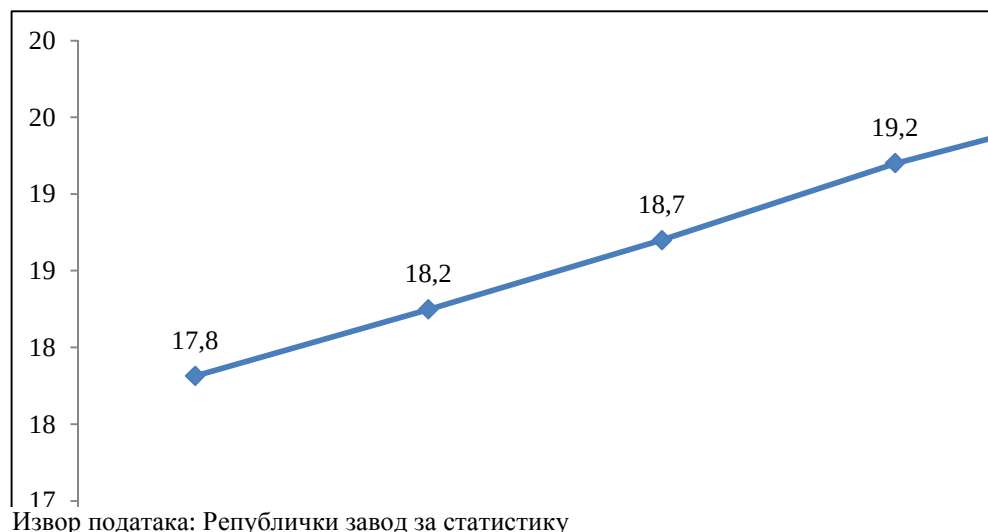
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

3.3 Здравствено стање одраслог становништва

Одрасло становништво (20 година и старије) је најбројнија групација становништва у Републици Србији. Ова групација је у 2013. години учествовала са 80,2% у укупном становништву. У 2017. тај проценат износи 80,6%. Пропорција старих особа (65 и више година) у укупном становништву од 2013. се константно повећава. До 2017. године повећао се за 1,8 процентних поена (графикон 56). Проценат особа

старости од 20 до 64 године у укупној популацији се у 2017. години износи 61% и смањено се у односу на 2016, када је износио 61,4%.

Графикон 56. Пропорција старих особа (од 65 и више година) у укупном становништву, Србија, 2013–2017.



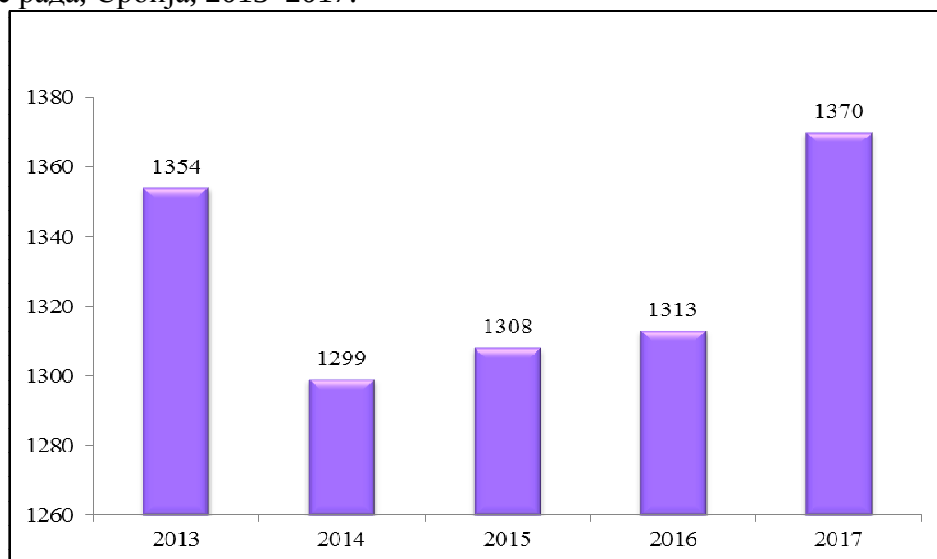
Структура одраслог становништва по полу већ је годинама непромењена и износи: 51,3% жена и 48,7% мушкараца.

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 специфичну здравствену заштиту радника и ванболничку примарну здравствену заштиту радноактивном становништву.

Здравствену заштиту у службама опште медицине и медицине рада у 2017. години пружало је 4132 доктора медицине. Од тог броја 1928 (47%) су били специјалисти. Однос броја здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и броја лекара у посматраном периоду износи 1,5. Просечан број одраслих становника на једног лекара у службама опште медицине и медицине рада 2014. године је опао за 55, али се од тада константно повећавао и у 2017. износи 1370 (графикон 57).

У ординацијама опште медицине и медицине рада 2017. години регистровано је укупно 29.170.187 посета, од чега 66,3% код лекара и 33,7% код осталих медицинских радника. Просечан број посета лекару по једном одраслом становнику је у 2017. години порастао 5,1 (табела 17).

Графикон 57. Број одраслих становника по лекару у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2013–2017.



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

Од укупног броја посета лекару у ординацији, удео првих из године у годину се одржава на нивоу од 33%, колики је био у 2017. до 35% у 2015. години (графикон 58).

Табела 18. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите одраслог становништва, Србија, 2013–2017.

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
2013	4245	47	6333	1,5	1354	6576	4,8	33,7
2014	4412	46	6408	1,4	1299	6401	4,9	34,3
2015	4367	46	6525	1,5	1308	6567	5,0	34,9
2016	4332	47	6514	1,5	1313	6660	5,0	34,1
2017	4132	47	6140	1,5	1370	7060	5,1	33,1

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

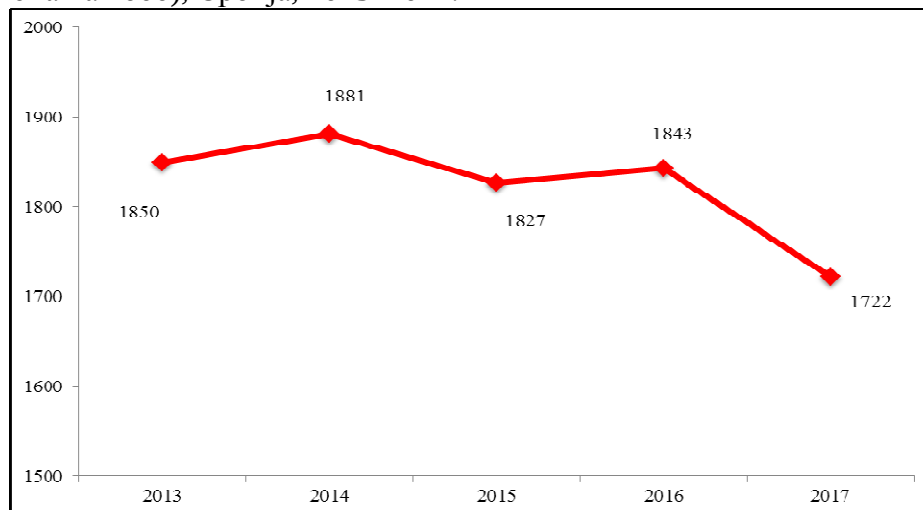
Графикон 58. Процентуално учешће првих посета у укупним посетама лекару у ординацији у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2013–2017.



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

Број и стопе евидентираног морбидитета код одраслог становништва од 2013. имају тренд смањења: од 1850 колико су износиле у 2013. години, спале су на 1722 на 1000 становника (графикон 59).

Графикон 59. Утврђена обољења и стања код одраслог становништва од 20 и више година (стопа на 1000), Србија, 2013–2017.

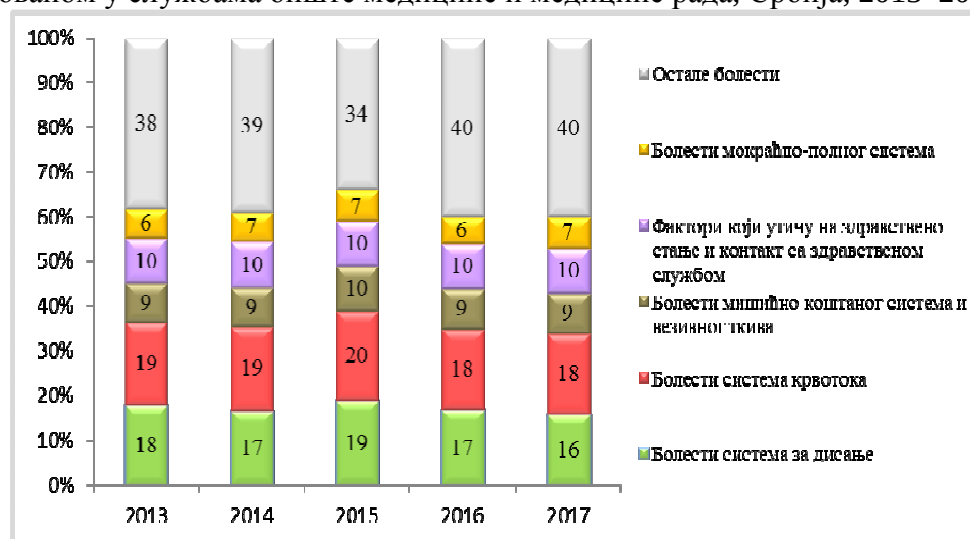


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

У структури разболевања одраслог становништва у периоду од 2013. до 2017. године доминирају болести система крвотока и система за дисање. С тим да се удео

болести система за дисање у укупном морбидитету смањено у 2017. години за 3 процентна поена у односу на 2015. На трећем месту су болести коштаног мишићног система и везивног ткива. Значајно велико учешће у структури оболевања имају недефинисани фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом – 10% (графикон 60).

Графикон 60. Процентуално учешће најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у службама опште медицине и медицине рада, Србија, 2013–2017.



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 2017. години 532 лекара, што је на за 6% мање него претходне године. Број здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом такође је смањен, тако да је њихов међусобни однос остао непромењен у односу на претходну годину и износио је 1,4 (табела 19).

Табела 19. Показатељи обезбеђености, оптерећености и коришћења примарне здравствене заштите жена, Србија, 2013–2017.

Година	Број лекара	Број здравствених радника са ВШС и ССС	Однос здравствених радника са ВШС и ССС и лекара	Просечан годишњи број посета на једног лекара	Просечан годишњи број посета на једну жену 15+	Учешће првих у укупном броју посета код лекара у ординацији
2013	576	794	1,4	3329,3	0,60	45,49%
2014	565	775	1,4	3374,3	0,60	46,17%
2015	568	758	1,3	3246,0	0,59	45,31%
2016	567	766	1,4	3389,8	0,61	47,51%
2017	532	738	1,4	3293,5	0,56	46,70%

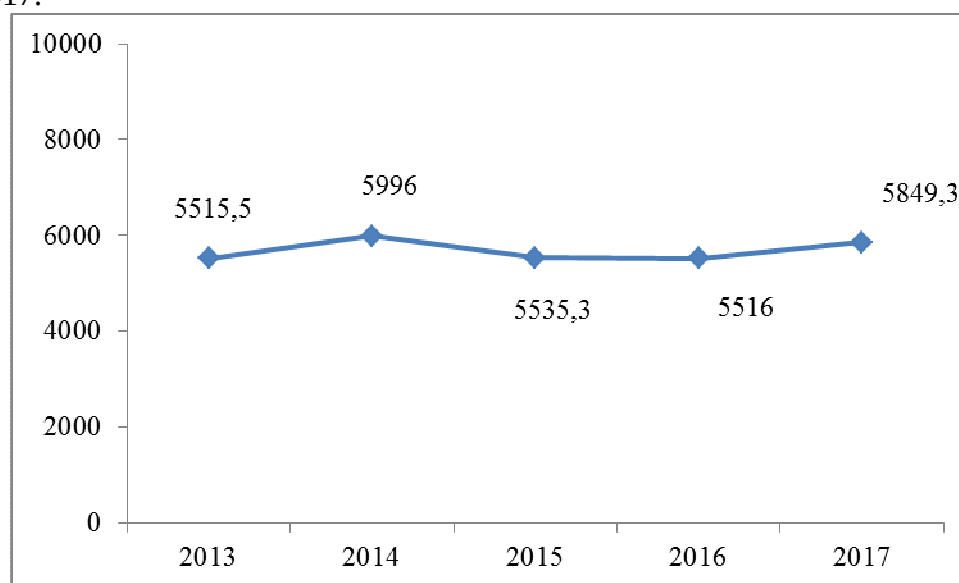
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Просечан годишњи број посета по једном лекару у посматраном периоду кретао се у интервалу од 3246,00 у 2015. до 3389,8 у 2016. години. Када је реч о просечном годишњем броју посета по једној жени старости 15 и више година, највећи број регистрован је 2016. године, а најмањи у 2017. години (табела 19).

Од укупног броја посета лекару у ординацији више од две петине су чиниле прве посете и тај проценат у посматраном периоду бележи тренд пораста, са незнатним смањењем регистрованим у 2017. години.

Када је реч о обезбеђености жена лекарима у службама здравствене заштите жена, примећујемо да се она у периоду 2013–2017. година кретала у распону од 5500 до 6000 жена старих 15 и више година на једног лекара, са најнижем обезбеђеношћу забележеном у 2014. и највишом у 2015. и 2016. години (графикон 61).

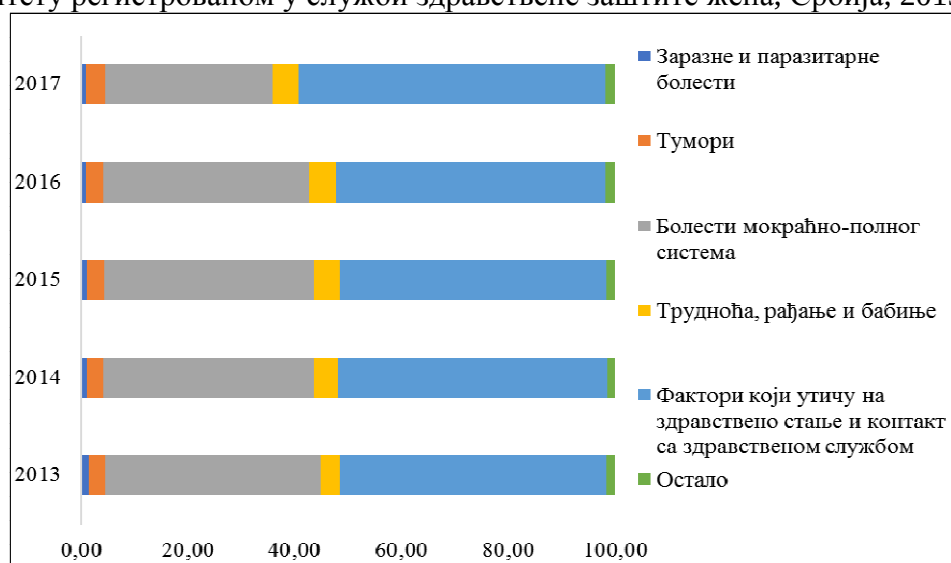
Графикон 61. Број жена 15+ по лекару у служби здравствене заштите жена, Србија, 2013–2017.



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

У структури оболевања жена у 2017. година примећене су промене у односу на претходни период. Забележено је повећање учешћа фактора који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом са 50%, колико је износило у 2013. години на 57,41% у 2017. години. У исто време регистровано је смањење учешћа у укупном морбидитету болести мокраћно-полног система, са заступљеношћу од 40,47% у 2013. години на 31,48% у 2017. години. Поред наведених, 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. Код ових група болести није дошло до значајних промена у посматраном петогодишњем периоду. Пет најчешћих група болести заједно су чиниле преко 98% учешћа у укупном морбидитету у свим посматраним годинама (графикон 62).

Графикон 62. Процентуално учешће пет најчешћих група болести у укупном морбидитету регистрованом у служби здравствене заштите жена, Србија, 2013–2017.



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

3.5 Стоматолошка здравствена заштита

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

3.5.1 Стоматолошка здравствена заштита деце

Број посета предшколске деце стоматологу је веома значајан показатељ имајући у виду да ову популациону групу није лако обухватити, а веома је важна за спровођење превентивних стоматолошких мера и усвајање адекватног понашања у односу на здравље уста и зуба. У периоду од 2013. до 2017. године просечан број посета стоматологу на једно предшколско дете варирао је између 1,20 у 2016. и 1,31 у 2013. години (табела 20).

У истом периоду просечан број посета на једног стоматолога бележи смањење у 2014. у односу на 2013. годину, да би у наредне три посматране године дошло до његовог повећања (табела 20). Услед смањења броја деце овог узраста, у 2014. се у односу на 2013. годину повећала обезбеђеност предшколске деце стоматологом, али је у 2015. години, услед смањења броја стоматолога, овај тренд заустављен, да би у 2017. години била забележена најнеповољнија вредност. У односу на важећи Правилник* који предвиђа једног доктора стоматологије специјалисту дечје и превентивне стоматологије на 1500 деце старости до 18 година, овај број је недовољан.

Табела 20. Показатељи стоматолошке здравствене заштите предшколске деце, Србија, 2013–2017.

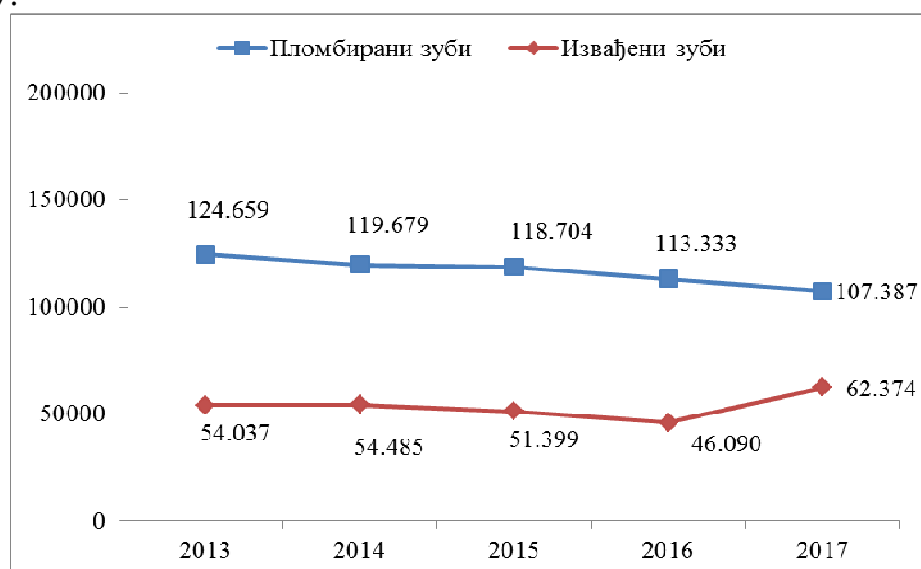
Година	Број извађених у односу на број пломбираних зуба	Просечан број посета на једног стоматолога	Број деце на једног стоматолога	Просечан број посета на једно предшколско дете
2013	0,43	2222,1	1703	1,31
2014	0,46	2079,7	1673	1,24
2015	0,43	2242,7	1786	1,25
2016	0,41	2292,6	1918	1,20
2017	0,58	2471,8	2046	1,21

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 2017. години је на сваки пломбиран зуб са лечењем било више од три пломбирана зуба без лечења (3,5). Код односа укупно свих пломбираних и извађених зуба постоји изражен неповољан тренд (графикон 63). 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. У 2016. години долази до благог побољшања овог показатеља, па је број пломбираних у односу на број извађених зуба износио 2,5, да би у 2017. дошло до значајног погоршања, када је овај показатељ забележио најнижу вредност од 1,7.

Графикон 63. Терапија каријеса и екстракције зуба код предшколске деце, Србија, 2013–2017.



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, показујући

тренд смањења. У складу са тим, обезбеђеност школске деце стоматологом била је најповољнија у 2013. години, а најнеповољнија у 2016. и 2017. години (табела 21). У периоду 2013–2015. оптерећеност стоматолога била је релативно уједначена и кретала се око 3000 посета на једног стоматолога, да би се ова вредност у 2016. и 2017. години повећала за 10% и износила преко 3300 посета по стоматологу, што је последица смањеног броја стоматолога у наведеним годинама.

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

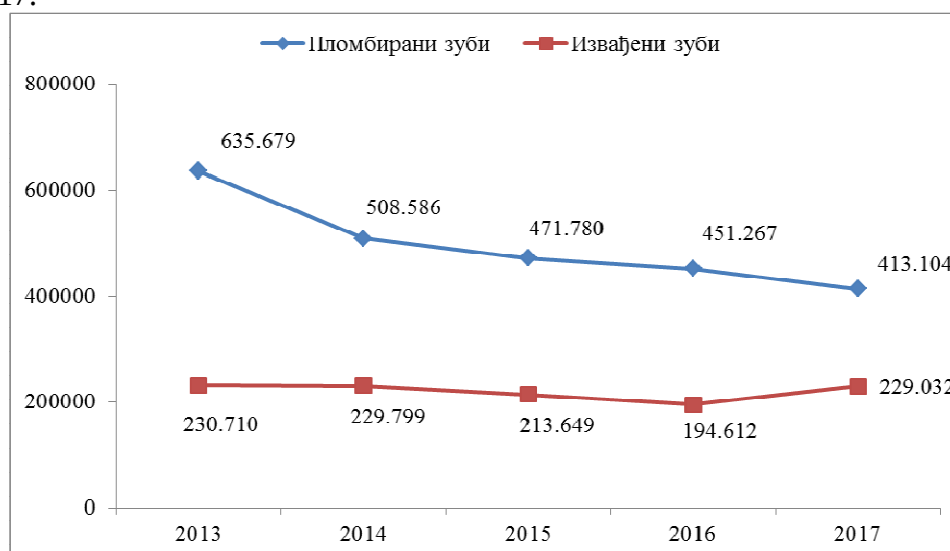
Табела 21. Показатељи стоматолошке здравствене заштите школске деце, Србија, 2013–2017.

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
2013	0,36	2931,9	1154	2,54
2014	0,45	3080,3	1212	2,54
2015	0,45	3003,7	1174	2,56
2016	0,43	3307,8	1276	2,59
2017	0,55	3323,8	1276	2,53

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 на нивоу Републике, а да се смањује укупан број терапијских стоматолошких услуга конзервативног збрињавања каријеса (графикон 64).

Графикон 64. Терапија каријеса и екстракције зуба код школске деце, Србија, 2013–2017.



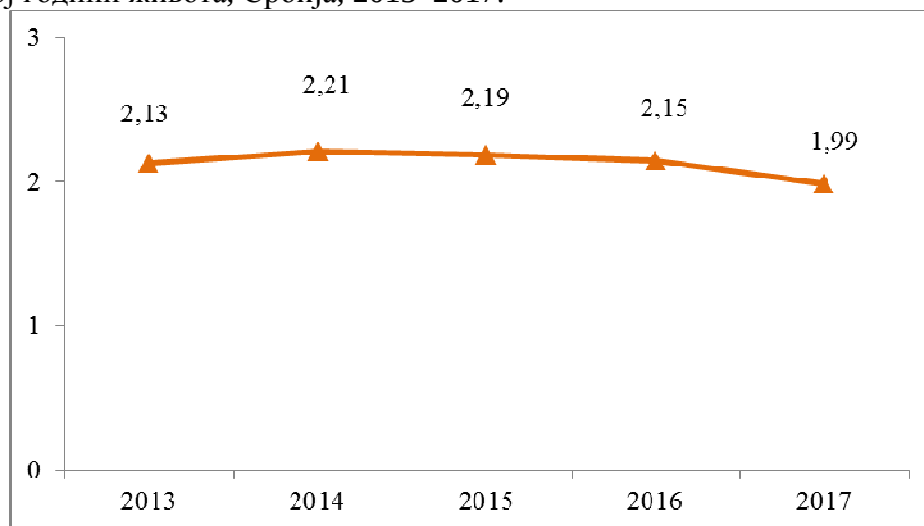
Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Посматрано појединачно, санација каријеса у једној посети се благо смањује, а број извађених зуба у посматраном периоду континуирано опада до 2016. године да би у 2017. години дошло до значајног повећања. Однос извађених зуба и пломбираних зуба у посматраном периоду кретао се од 2,8 у 2013. до 1,8 у 2017. години, што је последица великог повећања броја извађених зуба у последњој посматраној години (графикон 64). 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 2017. години износио 1,99 што је најнижа забележана вредност

(графикон 65). Ова вредност је нижа у односу на земље у окружењу, али уколико се поредимо са развијеним земљама Европе, вредност овог показатеља је и даље висока.

Графикон 65. Каријесни, екстрахирани и пломбирани зуби (КЕП) код деце у дванаестој години живота, Србија, 2013–2017.



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.

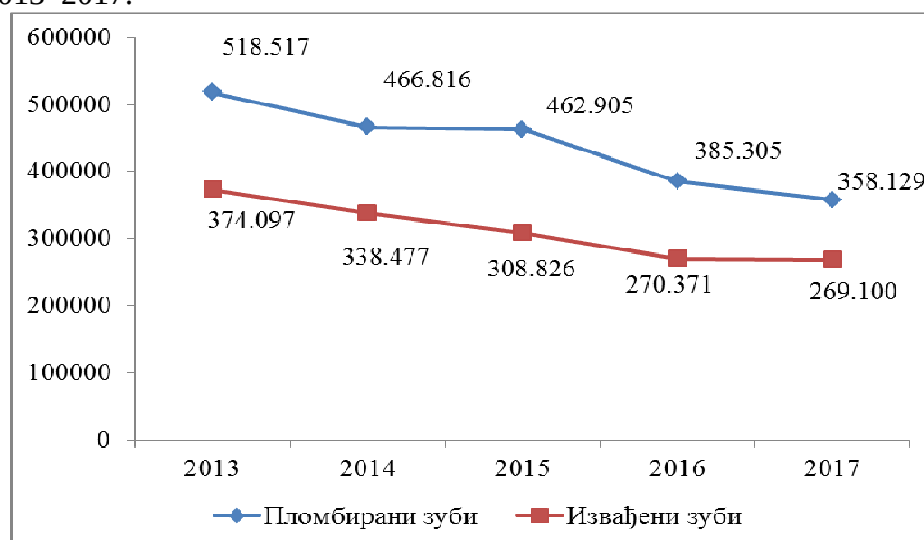
Табела 22. Показатељи стоматолошке здравствене заштите одрасле популације, Србија, 2013–2017.

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
2013	0,72	1661,4	4810	0,35
2014	0,73	1816,6	5692	0,32
2015	0,67	1793,4	5840	0,31
2016	0,70	1890,4	6902	0,27
2017	0,75	1763,1	6800	0,26

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

Однос извађених и пломбираних зуба у посматраном периоду креће се око 0,7, са најнижом вредношћу (0,67) забележеном у 2015. години, а највишом (0,75) у 2017. години (табела 22).

Графикон 66. Терапија каријеса и екстракције зуба код одрасле популације, Србија, 2013–2017.

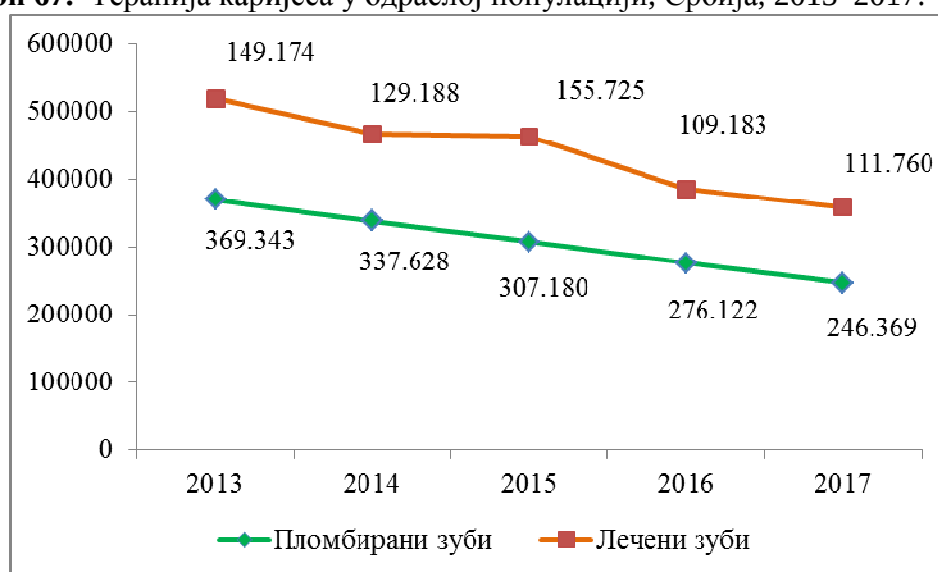


Извор података: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Показатељи коришћења стоматолошке здравствене заштите показују тренд погоршања и најнеповољнији су у 2017. години, када је у просеку било 0,26 посета стоматологу по једном одраслом становнику, мада ни у осталим посматраним годинама ситуација није била много боља. Када је реч о односу пломбираних и извађених зуба у посматраном периоду у просеку је на 1,4 пломбирана зуба долазио 1

извађен зуб, са највишом вредношћу у 2015. години када је овај однос износио 1,5:1 и најнижом у 2017. години – 1,3:1 (графикон 66). Од 2013. године трендови указују на смањење броја санираних зуба током једне посете, тј. пломбираних без лечења. Број лечених зуба такође бележи тренд смањења мада су вредности неуједначене током година. 2015. године забележена је највиша вредност од 155.725 лечених зуба, док је у 2016. години овај број био најнижи и износио је 109.183 (графикон 67).

Графикон 67. Терапија каријеса у одраслој популацији, Србија, 2013–2017.



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

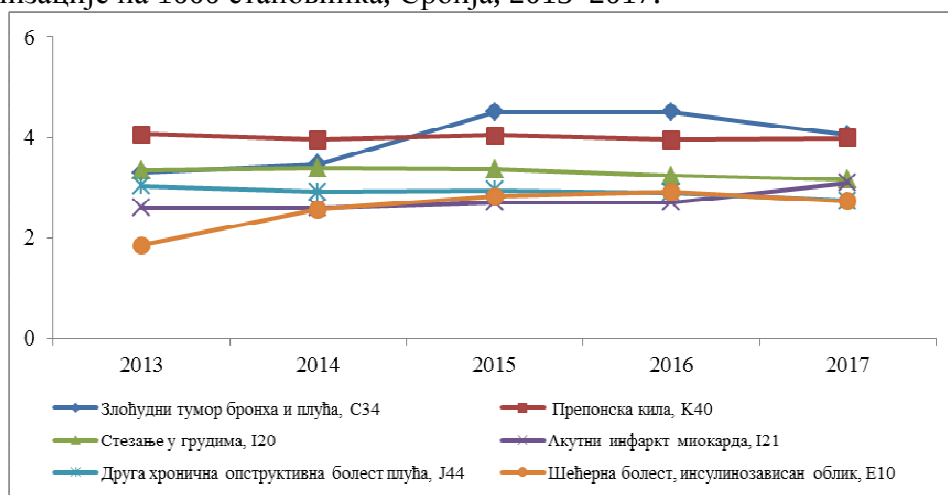
4. БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ И КОРИШЋЕЊЕ БОЛНИЧКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

4.1 Морбидитет регистрован у стационарним здравственим установама

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

Посматрано према појединачним дијагнозама најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2017. години био је злоћудни тумор бронхија и плућа (МКБ10: С34). Други најчешћи узрок хоспитализације мушкараца била је препонска кила (МКБ10: К40), трећи стезање у грудима (МКБ10: I20), а затим следе акутни инфаркт миокарда (МКБ10: I21), друга хронична опструктивна болест плућа (МКБ10: J44) и шећерна болест, инсулинозависан облик (МКБ10: E10) (графикон 68).

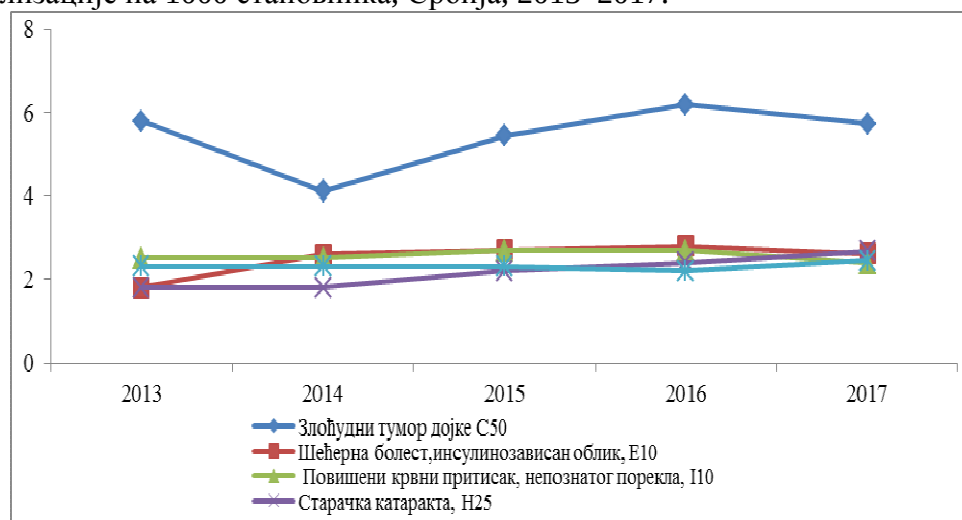
Графикон 68. Стопа хоспитализације мушкараца од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2013–2017.



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 2017. години био је злоћудни тумор дојке (МКБ10: C50). Ово обољење се у 2000. години није ни налазило на листи десет најчешћих узрока хоспитализације жена са стопом хоспитализације од 1,4 на 1000 становника. У 2008. години стопа хоспитализације од злодућног тумора дојке била је 3,6 на 1000 становника, а 2010. је порасла на 4,4 на 1000 становника, колико је износила и 2011. године, да би у 2013. години достигла највишу вредност од чак 5,8 на 1000 становника. С обзиром на то да је у 2014. години промењен образац за извештавање о хоспитализацијама, као и методологија извештавања, не може се тврдити да је смањење стопе хоспитализације због злоћудног тумора дојке у 2014. години последица смањене заступљености ове болести, посебно имајући у виду да се вредност ове стопе у периоду 2015–2017. година вратила на ниво из 2012. и 2013. године. Остали најчешћи узроци хоспитализације жена су: старачка катаракта (МКБ10: H25), шећерна болест – инсулинозависни облик (МКБ10: E10), прелом бутњаче (МКБ10: S72) и повишени крвни притисак непознатог порекла (МКБ10: I10) (графикон 69).

Графикон 69. Стопа хоспитализације жена од пет најчешћих узрока хоспитализације на 1000 становника, Србија, 2013–2017.



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

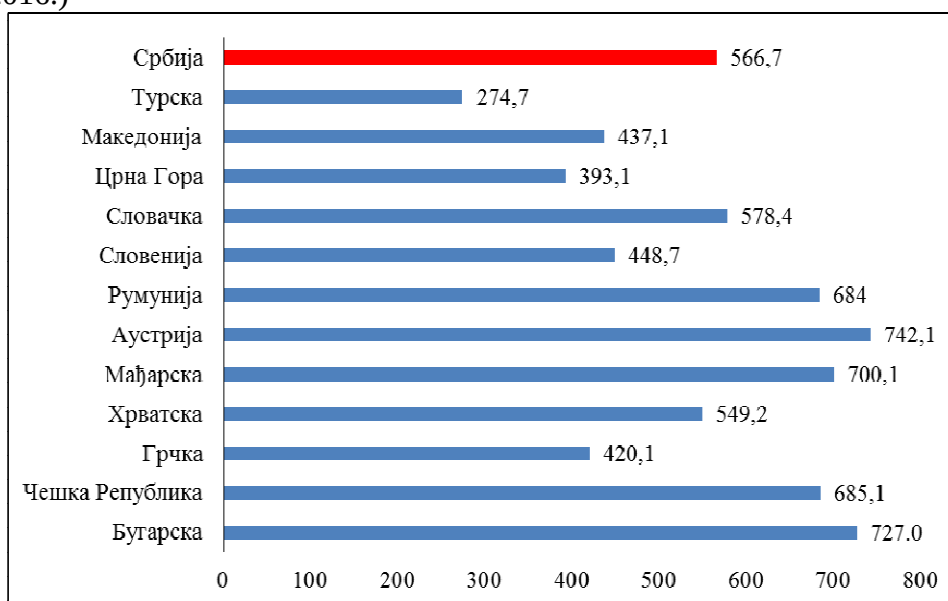
4.2 Коришћење болничке здравствене заштите

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 2017. години износио је 39.787 постеља (без постеља дневних болница) или 566,7 постеља на 100.000 становника. Укупан број постеља, који укључује и дневне болнице, износио је 41.654. Обезбеђеност постељама у Србији је мања од Аустрије, Мађарске, Чешке, Словачке, Румуније и Бугарске, а већа од Турске, Црне Горе, Словеније и Грчке (графикон 70).

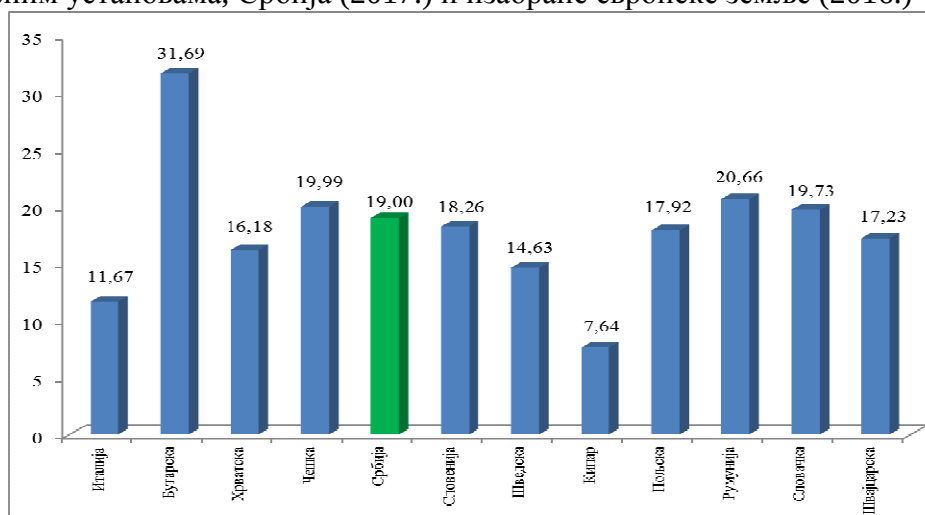
Графикон 70. Број постеља на 100.000 становника, Србија (2017) и изабране европске земље (2016.)



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

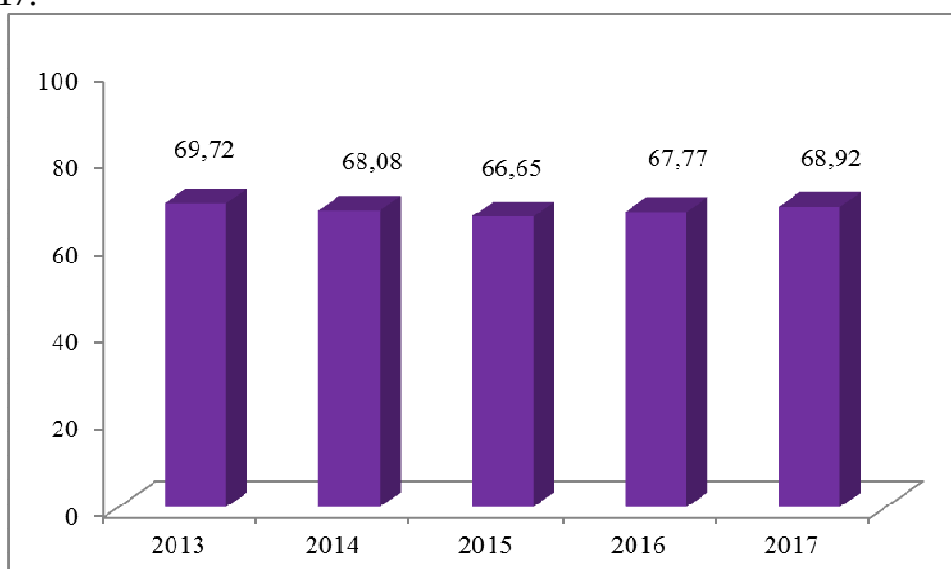
Стопа хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у 2017. години износила је 19 на 100 становника, што је нешто мање него претходне године. Ова вредност је нижа него у Бугарској, Чешкој, Румунији и Словачкој, док је виша у односу на остале посматране земље (графикон 71).

Графикон 71. Стопа хоспитализације на 100 становника у стационарним здравственим установама, Србија (2017.) и изабране европске земље (2016.)



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

Графикон 72. Заузетост постеља у стационарним здравственим установама, Србија, 2013–2017.

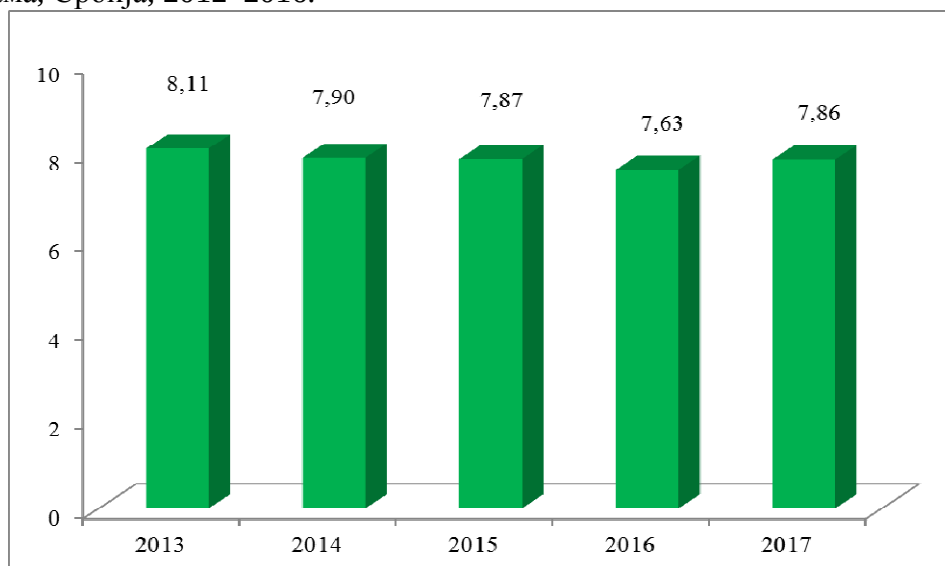


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут”

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

Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама у Републици Србији у посматраном петогодишњем периоду бележи константно смањење од 2013. до 2016. године, да би се у 2017. години вратила на вредност из 2015. године (графикон 73). Ови подаци се односе на укупну дужину хоспитализације, укључујући и дневне болнице. Уколико искључимо дневне болнице, просечна дужина хоспитализације износила је 8,51 дан.

Графикон 73. Просечна дужина хоспитализације у стационарним здравственим установама, Србија, 2012–2016.

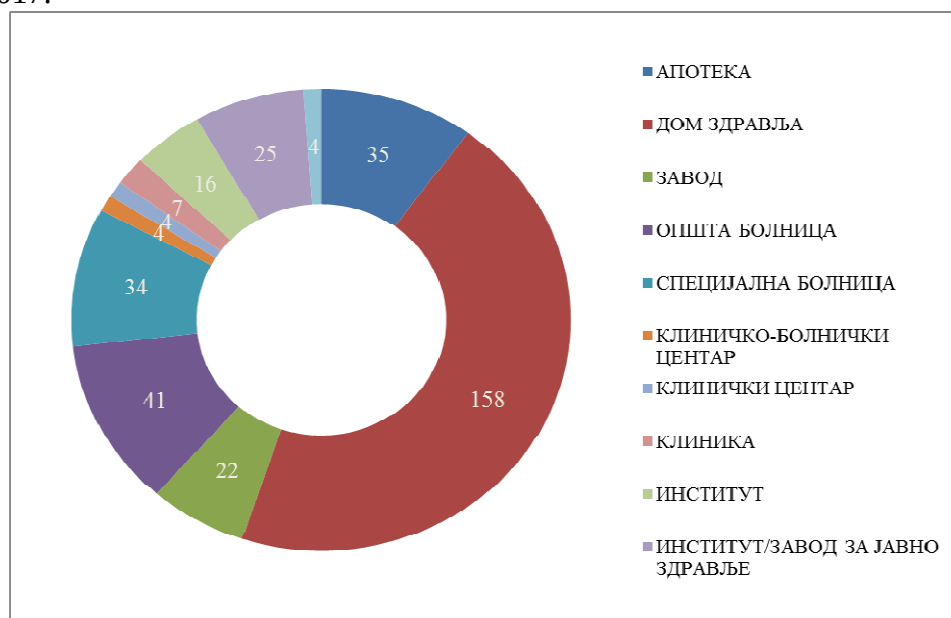


Извор података: Институт за јавно здравље Србије, „Др Милан Јовановић Батут”

5. ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ И КАДРОВИ

Здравствена заштита становништва непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и условљена је развијеношћу организације и технологије рада. Укупан број здравствених установа према Уредби о плану мреже здравствених установа („Сл. гласник РС”, бр. 42/06, 119/07, 84/08, 71 и 85/09, 24/10, 6 и 37/12, 8/2014, 92/2015, 111 и 114/2017) у 2017. години у Србији износио је 350 (графикон 74).

Графикон 74. Здравствене установе у Републици Србији (без установа са територије КиМ), 2017.



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

На дан 31.12.2017. године у здравственим установама из Плана мреже здравствених установа у Републици Србији је било запослено 101.853 радника. Од тог броја доктора медицине било је 20.008, односно 285 на 100.000 становника. Највећи број лекара у односу на број становника регистрован је у Нишавском округу (381 на 100.000), а најмањи у Сремском округу (180 на 100.000). Наведене вредности су ниже у односу на вредности у претходној години.

6. ЗАКЉУЧЦИ

- У Републици Србији је изражено старење становништва, уједначена стопа наталитета, као и стопа општег морталитета, смањење природног прираштаја и смањење опште стопе смртности одојчади.
- Током 2013. године долази до опоравка економске активности од рецесионих кретања у претходној години, уз релативно високу стопу привредног раста. Међутим 2014. године читава домаћа економска активност у великој мери је под утицајем негативних ефеката поплава које су у мају погодиле Србију, уз додатно отежавајуће ефекте ниже екстерне тражње. У 2015. годину привреда Србије улази са позитивним кретањима испољеним у последњем кварталу 2014. године, а током 2016. године долази до значајног убрзања привредног раста. На економски раст остварен током 2017. године кључни утицај имале су инвестиције и приватна потрошња домаћинстава.
- Лимитирајући фактори одрживог финансирања здравствене заштите су:
 1. Бруто домаћи производ по становнику у Србији је међу најнижим у Европи.
 2. Посматрано према конкурентности, Србија је у 2017. години поправила своју позицију у односу на претходну годину за чак 12 места, али је и даље рангирана ниже од свих земаља из окружења, са изузетком Босне и Херцеговине и Грчке.
 3. Иако је у 2017. години остварен први фискални суфицит након периода од 12 година, а јавни дуг значајно смањио своје учешће у бруто домаћем производу у односу на претходну годину, и даље је ниво јавног дуга знатно изнад границе дефинисане Законом о буџетском систему (при чему га карактерише и неповољна валутна структура).
 4. Дефицит текућег рачуна платног биланса повећан је у 2017. години у односу на претходну годину, захваљујући вишеструком повећању стопе раста увоза, уз незнатно повећање стопе раста извоза.

5. У поређењу са земљама из окружења, Србија и даље има највишу просечну годишњу стопу инфлације.
 6. Релативно ниске реалне зараде (и пензије), као основни финансијски приходи домаћинстава продукују ниску финалну потрошњу домаћинстава.
 7. Стопа сиромаштва указује на чињеницу да скоро пола милиона становника Србије није у стању да задовољи минималне егзистенцијалне потребе.
 8. Уако су у 2017. години присутна позитивна кретања на тржишту рада, а незапосленост у читавом посматраном периоду показује тренд опадања, незапосленост у Србији и даље представља велики привредни и друштвени проблем, с обзиром да је скоро двоструко виша у односу на просек Европске уније и знатно већа у односу на низ европских земаља.
 9. Вредност индекса хуманог развоја сврстава Србију на 67. место у свету. Србија има знатно нижу вредност HDI индекса у односу на низ европских земаља.
- Расходи за здравствену заштиту, посматрани према становнику у еврима, показују релативно благи пад до 2016. године и пораст у последњој посматраној години, 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. Учешће укупних расхода за здравствену заштиту у бруто домаћем производу показује благи пад, нарочито приметан од средине посматраног периода. За здравствену заштиту Република Србија, релативно посматрано, као проценат од БДП-а, издваја више од низа европских земаља. Међутим 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 2017. години, код 19,3% забележена је физичко-хемијска, а код 7% микробиолошка неисправност. У јавним водоводима градских насеља физичко-хемијска неисправност је забележена код 10,7%, а микробиолошка неисправност код 3,4% испитиваних узорака. Забележене вредности не показују велико одступање у односу на претходну годину.
- Временски тренд испитивања намирница на параметре здравствене исправности за период 2013–2017. година указује на пад броја узорака намирница домаћег порекла испитиваних на параметре физичко-хемијске исправности, али и на повећање броја узорака како домаћег порекла, тако и пореклом из увоза испитиваних на параметре микробиолошке исправности. Исти период обележило је повећање опште неисправности контролисаних намирница.
- Главни узроци урбаног аерозагађења у Републици Србији су погони енергетског сектора (термо-електране), рафинерије нафте, локалне топлане, кућна ложишта на течна и чврста фосилна горива, саобраћај, као и несанитарне депоније чврстог отпада.
- Незаразне болести представљају водеће узроке оболевања, одсуствовања са посла, инвалидности и умирања у Србији, са тенденцијом пораста. Само две групе обољења, болести срца и крвних судова и малигни тумори, чине три четвртине свих узрока смрти. Током последњих 20 година највећи пораст у умирању у Србији забележен је од малигнух тумора и компликација узрокованих дијабетесом.
- У току 2017. године на територији Републике Србије регистроване су 204 епидемије заразних болести, са 39.455 оболелих особа. Број пријављених епидемија је у односу на претходну годину нижи за 28,4%.
- У 2017. достигнуте су циљне вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације осим за ММР вакцину, а годину је обележио почетак највеће

епидемије малих богиња у последњих 25 година. Она је последица ниског обухвата вакцинацијом у претходним годинама односно пада колективног имунитета чиме су створени услови за нагомилавање осетљиве популације, оболевање и епидемијско јављање ове болести.

➤ Смањење оболевања и умирања од туберкулозе у Републици Србији се одржава и у периоду од 2013. до 2017. године захваљујући континуираној примени програма који су засновани на стратегијама Светске здравствене организације (СЗО), што резултира смањењем нотификационе стопе туберкулозе на 11/100.000 становника у 2017. години, чиме се Србија према оптерећењу овом болешћу одржава на нивоу земаља ЕУ/ЕЕА.

➤ Имајући у виду епидемиолошке карактеристике и значајан степен стигматизације, па и дискриминације особа инфицираних HIV-ом у друштву, постоји претпоставка да пријављени случајеви особа инфицираних HIV-ом, односно оболевања и умирања од AIDS-а у мањем обиму, не приказују реално стање, како због непознатог степена недијагностиковања, тако и због инсуфицијентног пријављивања клинички и лабораторијски потврђених случајева надлежним установама у складу са важећом законском и подзаконском регулативом.

➤ Мали број клијената у саветовалиштима за добровољно, поверљиво или анонимно саветовање и тестирање на HIV, посебно ван Београда, као и регистрована ниска стопа тестирања на HIV на нивоу Републике, доприносе незадовољавајућем обиму раног дијагностиковања особа инфицираних HIV-ом и/или оболелих особа, посебно особа са ризичним понашањем из кључних популација под повећаним ризиком, што даље онемогућава значајнију редукцију оболевања и умирања од AIDS-а, а индиректно доприноси даљем ширењу HIV инфекције у популацији, редукцију

оболевања и умирања од AIDS-а, а индиректно доприноси даљем ширењу HIV инфекције у популацији.

- У структури морбидитета деце доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести и болести ува и мастоидног наставка.
- У структури разболевања школске деце у периоду од 2013. до 2017. 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 2013. до 2017. године доминирају болести система крвотока и система за дисање. На трећем месту су болести коштаног-мишићног система и везивног ткива.
- У службама за здравствену заштиту жена, у структури оболевања жена у периоду 2013–2017. година забележено је повећање учешћа фактора који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, као и тумора. У исто време бележи се смањење учешћа болести мокраћно-полног система, као и заразних болести.
- У периоду 2013–2017. година у стоматолошкој здравственој заштити деце и школске деце, као и у стоматолошкој здравственој заштити одраслих однос извађених и пломбираних показује негативан тренд са најнеповољнијим вредностима у 2017. години.
- Најчешћи узрок хоспитализације мушкараца у 2017. години био је малигни тумор бронхија и плућа, а затим следе препонска кила, стезање у грудима, и акутни инфаркт миокарда.
- Најчешћи узрок хоспитализације жена у 2017. години, уколико се изузму хоспитализације због спонтаног порођаја, био је злоћудни тумор дојке. Остали

најчешћи узроци хоспитализације код жена су катаракта, шећерна болест (инсулинозависни облик) и прелом бутњаче.

➤ Вредности стопе хоспитализације (19,0 на 100 становника), заузетости болничких постеља (68,92%) и просечна дужина хоспитализације (7,86 дана) указују на недовољну искоришћеност болничких капацитета, као и претходних година.

➤ Просечан број лекара на 100.000 становника у 2017. години у Републици Србији износио је 285, што је на нивоу претходне године (284 на 100.000). Најнижа обезбеђеност регистрована је у Сремском округу (180 на 100.000), а највећа у Нишавском округу (381 на 100.000). Ове вредности су нешто ниже у односу на претходну годину.

7. ПРЕДЛОГ МЕРА

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

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

- Обезбедити ресурсе (инфраструктура, кадар, финансирање, интегрисани информациони систем) који обезбеђују већу доступност становништву.
- Унапредити превентивне услуге и менаџмент хроничних пацијената.
- Унапредити рад саветовалишта за хроничне пацијенте.
- Обезбедити континуитет у доступности свих вакцина према Правилнику о програму обавезне и препоручене имунизације становништва против одређених заразних болести (набавка за трогодишњи период) укључујући и предвиђених 25% залиха.
- Обезбедити лабораторијску подршку у оквиру надзора над вакцинама превентабилним болестима према дефиницији случаја, посебно када су у питању болести предвиђене за елиминацију и контролу.
- Обезбедити увођење електронског имунизационог регистра у циљу прецизнијег праћења обухвата вакцинацијом по кохортама и популационим групама, као и других веома важних показатеља када је област имунизације у питању.
- 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 збринути и амбулантно или у дневној болници);

- ✓ придржавањем и спровођењем дијагностичких и терапијских протокола (скраћивање времена боравка и избегавање непотребне дијагностике);
- ✓ планирањем отпуста и пријема пацијената у сврху што рационалнијег коришћења и што краћег интервала „празног хода” између два болесника и избегавањем или скраћивањем „листе чекања”;
- ✓ имплементирањем система дијагностички сродних група (ДСГ).