ИЗВЕШТАВАЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

Никола Богуновић,¹ Момир Јањић,² Христо Анђелски,³ Јасмина Савић Јоксимовић,⁴
Здравко Ждрале,⁵ Жељко Керкез,⁶ Јасмина Радојловић⁷

REPORTING ON HEALTH STATUS OF SERBIAN POPULATION

Nikola Bogunović, Momir Janjić, Hristo Anđelski, Jasmina Savić Joksimović,
Zdravko Ždrale, Željko Kerkez, Jasmina Radojlović

*„Дилетанти су добошари нове моде. Они не доносе ништа ново, изузев заноса своје убеђености.“
В. М. Дилман*

Сажетак

Извештаји о морбидитету и морталитету становништва у Србији, поред осталог, основа су за стручну процену здравственог стања. Она треба да буде подлога за израду одговарајуће здравствене политике и следствено усмеравање финансијских средстава.

За процену здравственог стања становништва користи се неколико група показатеља који се односе на: демографска кретања, хигијенско-епидемиолошке прилике, морбидитет, морталитет, здравствену делатност.

Проценом здравственог стања баве се лекари специјалисти (социјалне медицине, хигијене, епидемиологије) уз помоћ демографа, статистичара, еколога, економиста, правника и др. За стручну процену је потребно искуство, дуже време проучавања и већи простор. Сви наведени стручњаци се налазе углавном у заводима и институтима за јавно здравље, заводима за статистику и органима управе, где се подаци прикупљају, обрађују и објављују.

Summary

Reports of morbidity and mortality in Serbia, among other things, the basis for the expert assessment of health status. It should be a basis for the development of appropriate health policy and consequently directing funds.

To assess the health status of the population is used to group several indicators related to: demographics, sanitary and epidemiological conditions, morbidity, mortality, health activities.

Health assessments with the specialists (social medicine, hygiene, epidemiology) with the help of demographers, statisticians, ecologists, economists, lawyers and others. For a professional evaluation was necessary experience, more time studying and more space. All of the above experts are mainly in institutions and institutes of public health, statistical offices and government institutions, where the data is collected, processed and published.

The processed data allow the conclusion that the health of the population in Serbia convenient. Looking at all the indicators of morbidity, it can be seen that in the first place due to respiratory diseases (42% of all diseases) and diseases of the heart and blood vessels (9%) in second place.

¹ Прим. докторант сц. мед. Никола Богуновић, Лекарска комора Србије, Београд.

² Проф. др сц. мед. Момир Јањић, Српско лекарско друштво, Београд.

³ Доц. др сц. мед. Христо Анђелски, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Црнотравска 27.

⁴ Мр сц. мед. Јасмина Савић Јоксимовић, Клинички центар Србије, Београд.

⁵ Мр сц. мед. Здравко Ждрале, Институт за онкологију и радиологију, Клинички центар Србије, Београд.

⁶ Мр Жељко Керкез, дипл. инж., Београд.

⁷ Мр сц. Јасмина Радојловић, докторант, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, Црнотравска 27.

Обрађени подаци потврђују закључак да је здравствено стање становништва у Србији повољно. Сагледавајући све показатеље морбидитета, уочава се да су на првом месту болести дисајних органа (42% од укупног броја болести), док су болести срца и крвних судова (9%) на другом месту. Остале болести су константне у даљем редоследу учешћа.

С обзиром на то да је процена здравственог стања становништва озбиљан посао којим се баве професионалци, појединци у томе не треба да траже неку своју сатисфакцију.

Кључне речи: *здравствено стање становништва, извештавање, процена, професионалци.*

Other diseases are a constant in order to further participation. Since the assessment of public health a serious work performed by professionals, individuals that do not need and find the satisfaction.

Keywords: *health status of the population, reporting, assessment, professional.*

УВОД

Из хаоса незнања савремени човек се нашао у хаосу дезинформација, због тога ни њему није лако да се снађе. Овоме често доприносе дилетанти као „врсни“ познаваоци онога о чему говоре и пишу. Неретко се позивају на „слободу медија“ и „независно новинарство“.

Ови „добошари нове моде“ имају своје слушаоце и читаоце. То им омогућава све већи број јавних медија – новина, издавача и ТВ програма.

Није забрињавајуће ако је дилетант „болестан“, али је опасно ако ову болест пренесе на друге, па се појави „епидемија“. А увек је „боље спречити, него лечити“.

Повод за ово јавно реаговање јавио се код аутора овог текста пре више година, а нарочито у последњим месецима, када су учестали извештаји о морбидитету и морталитету становништва у Србији. Ево примера неких пропагандних порука: „Убише нас болештине“, „Поражавајући подаци о узроцима смрти у Србији“, „Сваки други Србин умире од болести срца, а сваки пети од рака“, „Највећи фактори ризика у смртности су пушење и алкохол“ итд.

Ово непрофесионално и нетачно извештавање прате и активности и кампање по трговима великих градова и ТВ емисије „здравственог преваспитавања“. Сви већ знају за „забрањено пушење“, „забрањено точење алкохола“, „правилну дијеталну исхрану“, „разне кухиње и кухињице“, „вежбе духа и тела“ и др. Добар део ових пропагандиста се „иза завесе“ понаша супротно, јер ни сами не верују у оно што препоручују другима. Другачије се не понашају ни наше колеге – доктори медицине.

Оваква ситуација је довела до погрешне здравствене политике и преусмеравања средстава (нпр., „40% буџета фонда здравственог осигурања се издваја за лечење болести срца“). Средства из других извора (донација, добротвора и др.) све више се усмеравају на развој тзв. врхунске медицине и трансплантације срца и других органа.

Скоро сви министри здравља у дужем периоду су клиничари, чије су специјалности везане за болеснике (који болују, или умиру!). Сви они обећавају „реформе здравства“, „укидање чекања на прегледе и операције“, „сузбијање корупције у здравству“, „преусмеравање средстава“, и сл.

Наравно да то није могуће, јер се медицина и даље сматра вештином (по Хипократу), а не науком о здрављу.

Етику врлине заменила је етика утилитарности (корисности), што одговара данашњим лекарима, нарочито у либералном друштву, које се пропагира све више и код нас у Србији. Ова етика се односи и на оне који пружају здравствене услуге.

ПРОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА

За процену здравственог стања становништва једног подручја (нпр. Србије) користи се неколико група показатеља у областима: демографска кретања, хигијенско-епидемиолошке прилике, морбидитет, морталитет, здравствена делатност.

Проценом здравственог стања баве се лекари специјалисти (социјалне медицине, хигијене, епидемиологије) уз помоћ демографа, статистичара, еколога, економиста, правника и др. За ове процене је потребно искуство, дуже време проучавања и већи простор. Сви ови стручњаци се налазе у заводима и институтима за јавно здравље, заводима за статистику и органима управе, где се подаци прикупљају, обрађују и објављују.

У ширем смислу схваћено, на здравствено стање народа утичу и неке друге појаве и околности, као што су: здравље, демографско стање, исхрана и намирнице, образовање и просвећеност, радни услови, запосленост, потрошња и штедња, саобраћај и везе, становање, одевање, одмор и разонода, социјално старање и слобода народа (Декларација УН о правима човека).

Здравље је стављено на прво место, а сви остали елементи су у директној међузависности са нивоом здравља, или здравственим стањем становништва у његовом ширем значењу.

ДЕМОГРАФСКА КРЕТАЊА

Подаци о кретању становништва добијају се на основу пописа становништва и статистичких истраживања утврђених законом.

Пописи становништва у Србији вршени су 1869, 1921, 1931, 1948, 1953, 1961, 1971, 1981, 1991, 2002. и 2012. године. Ови пописи се прикупљају и обрађују у државним заводима за статистику.

За процену здравственог стања значајни су: број и густина насељености, структура становништва (по полу, годинама старости, активности, занимању, осигурању, образовању, националности и вероисповести), биолошки тип становништва (прогресиван, стационаран, регресиван) и пирамида старости.

Природно кретање становништва (витални догађаји) прати се свакодневно у здравственим установама и матичарским службама, а објављује годишње.

Овде су од значаја: наталитет (рађање), морталитет (умирање), природни прираштај, фертилитет (плодност), стопе репродукције, нупцијалитет (бракови) и диворцијалитет (разводи).

Механичко кретање становништва (миграције) прати се у органима унутрашњих послова (пријаве и одјаве боравка), а објављује повремено.

Овде су од значаја: досељавања (имиграције) и исељавања (емиграције).

Демографска истраживања су од великог значаја за процену здравственог стања становништва. Овим проценама треба да се баве заводи и институти за јавно здравље, а не дилетанти, који су понекад и „политички обојени“.

ХИГИЈЕНСКО-ЕПИДЕМИОЛОШКЕ ПРИЛИКЕ

Услови природне средине под којима становништво живи и ради имају директан утицај на здравље становништва. Природна средина трајно окружује човека и чини са њиме целину. Због тога многи штетни биолошки, хемијски и физички агенси, који загађују ваздух, воду, храну и земљиште могу да угрозе биљке, животиње и човека.

Савремен човек веома брзим темпом загађује природну средину, а веома мало чини да контролише то загађење и сведе га на толерантну меру, која није, или је мање, штетна по здравље. У том смислу, хигијенизација животне средине је приоритетан здравствени проблем.

Утицај неорганске средине

Неорганска (нежива) средина једног подручја умногоме опредељује услове за живот и развој биљног света, животиња и човека. То је сасвим разумљиво када се има у виду да се сав живот одвија на земљи, у делу Земљине коре којој припада основна улога у човековој активности. Због тога су утицаји неорганске средине и њених фактора на живот и здравље човека непосредни и јаки (М. Коматина).

Разградња минерала и стена на површини земље омогућава ослобађање штетних метала, пре свега средњетешких и тешких, што помаже да они пређу у хидросферу и биосферу. Тако неорганска природа опредељује живот и здравље биљака, животиња и човека кроз своје негативне утицаје.

Међутим, неорганска природа може вршити и позитивну улогу. При том, два најважнија ресурса геолошке средине – земља и вода, представљају кључне карике које повезују живу и неживу природу, јер пружају низ хранљивих материја биљкама, а оне кроз ланац исхране животињама и људима.

Утицај спољне средине

Спољна средина, према најновијим истраживањима, учествује са 50–55% у очувању здравља, око 15–17% наследни (генетски) фактори, 14–18% обичаји и навике и 15–16% здравствена делатност. Према томе, природна (спољна) средина глобално утиче са око 70% у формирању квалитета живота, а генетика и здравствена делатност око 30% могуће заштите.

У већини земаља људском делатношћу, а нарочито са развојем технике и технологије, дошло је до загађивања животне средине. У развијеним земљама то је највећим делом резултат индустријализације и неконтролисане употребе хемијских средстава у већини људских делатности, а у неразвијеним земљама то је последица увоза „прљавих технологија» и недостатка средстава за општу заштиту. Примера за претходне констатације има на претек.

У неразвијеним земљама, па и код нас, у политици здравствене заштите доминира као циљ: „**Борба против заразних болести**”, а у развијеним земљама два су основна циља: „**Заштита животне средине и подизање квалитета живљења**”. Имајући на уму да у Србији постоји преко 70% територије са „нетакнутом природом», као и велике разлике у техничко-технолошком развоју, морају се уважавати сва три претходно дефинисана циља.

Утицај радне средине

Радна средина, као и спољна средина, могу угрозити здравље, често и знатно више, јер услови на радним местима могу бити лошији него у природи.

Већи део свога живота човек проводи на радном месту. Услови на радним местима на нашем подручју су врло различити. Иако је ситуација све повољнија, због постојања старих навика и нових штетности, ови услови бивају угрожени.

Употреба разних токсичних и алерго-гених материја у технолошким процесима

(димови, гасови, паре, хемијске активне супстанце, индустријска прашина, вуна, кожа, синтетика и др.) условљавају појаву огромног броја акутних и хроничних болести свих органа и ткива. Посебно место имају вентилација, грејање, осветљење, санитарни уређаји, рекреација, положај човека при послу, као и организација рада и радног времена. Ако се овоме додају и навике у исхрани, пушење, пијење и др., може се закључити шта све треба чинити да би се избегле болести, трауматизам и инвалидност, који су присутни.

Ризичне територије Србије

Ризичне територије на подручју Србије за биљке, животиње и човека стварају штетне хемијске, радиолошке и биолошке материје и честице, врло често голим оком невидљиве. Ове материје потичу из прљавих технологија, разних хаварија и намерних и случајних загађења.

Хемијски загађивачи су:

- Хемијска индустрија (Београд, Панчево, Нови Сад, Шабац, Лозница, Прахово, Бор, Мајданпек, Косово и др.);
- Производња угља (Обреновац, Лазаревац, Костолац, Ковин, Косово);
- Ложишта угља и моторна возила (сви већи градови и магистрални путеви);
- Отпадне воде и материје (реке, потоци и стајаће воде);
- Адитиви и друге штетне материје у храни („нова мода“ – брза храна).

Радиолошка контаминација везана је за:

- Цезијум и стронцијум – Чернобил, 1986. године (источна Србија и северна Војводина);
- Уранијум – НАТО бомбе, 1999. године (Косово и Метохија, Београд, Панчево, Нови Сад, Крагујевац, Чачак, Краљево, Ниш, Врање);
- Природну радиоактивност у води (радијум, радон, уранијум).

Стронцијум и цезијум су главни антагонисти калцијума и калијума, са полувеком распада око тридесет година. Ремете кости, ћелије и генетски потенцијал.

Уранијум има полувек распада више милиона година, тако да представља сталну опасност. У нашем организму ствара врло сложене биохемијске и биолошке процесе, који се компликовано и различито одражавају на стање и функције појединих ткива, органа и организма у целини.

Природна радиоактивност је регистрована у више наших вода и бања на подручју Србије (види књиге о лековитим водама и бањама Србије).

Биолошка загађења, која угрожавају не само људе већ и животиње и биљке, јесу стална (жаришта) и повремена. Данас су посебно значајна имуно-биолошка и генетска испитивања на биљкама и животињама, чиме су добијене и нове врсте, али и створене додатне опасности за угрожавање човека.

Све ово утиче на здравље, нарушавајући његов квалитет, угрожавајући и скраћујући живот. У развијеним земљама просечно трајање живота је продужено и траје 70 до 80 година, највише захваљујући искорењивању заразних болести, порасту стандарда и здравственој заштити. У овим земљама дошло је и до пораста хроничних дегенеративних болести (срца и крвних судова, рака, опструктивних плућних болести, шећерне болести, алкохолизма, наркоманије и др.). Насупрот овоме на Кавказу се живи и 140 до 150 година, а у неразвијеним земљама 40 до 50 година.

У Европи је познато да дужи живот имају Скандинавци и планинци, а у нашој земљи, такође, планинско и сеоско становништво. Ово је свакако резултат деловања природних фактора, а нарочито здраве хране.

Институт за јавно здравље Србије сваке године врши истраживања хигијенско-епидемиолошких прилика на територији Србије, која су основ за процену хигијенско-епидемиолошке ситуације и могућег утицаја на здравствено стање становништва.

МОРБИДИТЕТ

Највећи значај за оцену здравственог стања становништва имају показатељи морбидитета, посебно у нашим условима, чије је праћење обезбеђено преко обавезне медицинске документације (здравствени картон, историја болести, протоколи), где се региструје практично сваки случај који затражи здравствену заштиту.

Званично регистровани морбидитет, међутим, не пружа најкомплетнију информацију о оболевању становништва, с обзиром на то да обухвата само онај део становништва који затражи здравствену заштиту и да у знатној мери зависи од степена развијености здравствене службе посматраног подручја. Но, без обзира на извесне недостатке, регистровани морбидитет, како у целини, тако и унутар структуре, пружа поуздане податке за реалну оцену здравственог стања.

Извор података за праћење и проучавање морбидитета представљају у првом реду: извештаји о обољењима и стањима у ванболничкој служби, извештаји о хоспитализацији, извештаји о трајању привремене неспособности за рад, извештаји о болестима од већег социјално-медицинског значаја и пријаве о кретању заразних болести. Сви ови извештаји се попуњавају у матичној здравственој служби и обрађују највећим делом у службама статистике при заводима за јавно здравље.

Детаљна анализа са подручја Србије показује да морбидитет на овом подручју квантитативно опада, а по структури, слично морталитету, приближава се постепено морбидитету у развијеним земљама (веће учешће болести срца и крвних судова, дијабета, неоплазми, повреда и менталних поремећаја).

Поред анализе основних карактеристика морбидитета у ванболничкој и болничкој здравственој заштити, дати су и други показатељи оболевања, како би се што адекватније могло проценити здравствено

стање становништва. Посебно место је дато кретању акутних заразних болести, неких болести од већег социјално-медицинског значаја и повреда (на основу студија), као најбољих индикатора за процењивање здравственог стања становништва.

Ванболнички морбидитет

Морбидитет регистрован у службама опште медицине, заштите деце и жена, медицине рада, стоматолошкој и другим службама примарне здравствене заштите представља најшири и најобухватнији део морбидитета, јер је регистрован у првом степену и код највећег дела популације. Основни подаци су дати у Табели 1.

Табела 1. Утврђена обољења и стања у амбулантно-диспанзерским установама Србије.

Година	Укупно у хиљадама	Стопа на 1.000	Базни индекс
1983.	20.639	2.069,5	94,1
1986.	22.429	2.200,0	100,0
1987.	21.663	2.184,6	99,3
1988.	22.318	2.095,5	95,2
1989.	21.567	2.143,9	97,4
1990.	20.811	2.058,1	93,5
1991.	18.325	1.986,0	90,3
1992.	17.112	611,7	73,2
1993.	14.707	1.376,4	62,6
1994.	14.787	1.375,3	62,5
1995.	16.582	1532,6	73,9

Према овим показатељима, у Србији, 1986. године, општа стопа морбидитета је била 2.200 на 1.000 становника (2,2 дијагнозе по лицу). Од тог периода до 1991. године забележен је благ пад ових стопа (око 2 дијагнозе по становнику), а од 1992. до 1995. године нагли пад ових стопа (око 40% 1994/1986). На ово су искључиво деловале санкције, а делимично и подрегистрација морбидитета (Косово и Метохија и приватна лекарска пракса).

У Србији су ове стопе пале са 2.144,0 у 1989. години на 1.568,0 у 2010. години.

За исти период (централна Србија са 2.251,0 на 1.649,2; Војводина са 2.388,0 на 1.702,7; Косово и Метохија са 1.729,0 на 369,6). Према томе, најстабилније кретање ових стопа је у Војводини, а драстичан пад је забележен на Косову и Метохији (некоришћење здравствене заштите у друштвеним службама).

Поред општег пада стопа морбидитета, важно је посматрање процента учешћа појединих група болести у структури свих регистрованих обољења, које се не мења битно у дужем временском периоду.

Према овим показатељима, у структури ванболничког морбидитета:

- на првом месту су болести респираторног система са 42,4% (41,6%, 41,5%, 42,4%),
- на другом месту су болести срца и крвних судова са тенденцијом раста (8,6%, 8,8%, 9,3%),
- треће место заузимају болести генито-уринарног система, које су до 1990. године имале тенденцију пораста учешћа (8,4%, 8,0%, 8,3%),
- четврто место припада болестима дигестивног система (7,1%, 7,2%, 6,4%),
- на петом месту су болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, са тенденцијом пораста учешћа (5,8%, 6,1%, 6,0%),
- шесто место заузимају болести нервног система и чула са сталним учешћем 5,8–5,9% у структури целокупног ванболничког морбидитета,
- на седмом месту су болести коже и поткожног ткива, са тенденцијом пада са 5,6% на 5,4%,
- на осмом месту су душевни поремећаји са учешћем 4,1–4,2%,
- заразне и паразитарне болести, на деветом месту, имале су тенденцију пада учешћа 3,6–3,3%,
- десето место припада повредама, које су до 1990. године имале тенденцију

благог раста (3,3%), а у време санкција и криза (смањен саобраћај и производња) већу тенденцију пада учешћа (2,7%).

Кретање осталих обољења и стања, према упоредним показатељима, нема значајнијих одступања.

Болнички морбидитет

Болнички морбидитет представља најсложенији вид морбидитета, како по тежини, тако и структури, јер има највеће негативне последице на биолошки, радни и економски потенцијал друштва. Инвалидитет и смртност се често не могу спречити, али се у сваком случају, добро организовано здравственом службом и њеним деловањем, могу ублажити и избећи.

Болнички морбидитет, како по броју, тако и по структури, не мења се из године у годину. Промене које се дешавају у њему настају постепено и могу се уочавати након пет, десет и више година. Због тога је овај морбидитет посматран у 1983–1988, 1993–1998. и 2003–2010. години, како би се могле пратити промене – стопа и структура учешћа појединих група болести. Подаци о кретању болничког морбидитета дати су у наредној анализи.

У структури лечених болесника по гранама болести доминирају:

- компликације трудноће и порођаја са 14,3% учешћа и тенденцијом наглог смањивања учешћа (1979. године 19%);
- болести кардиоваскуларног система са 10,7% учешћа и тенденцијом пораста (1979. године 9,8%);
- неоплазме са 9,8% учешћа и тенденцијом благог пораста;
- болести респираторног система са 8,8% учешћа и тенденцијом смањивања учешћа (1979. године 10,5%);
- болести генито-уринарног система са 8,5% са константним учешћем;
- остале дијагнозе (радио и хемотерапија, специјална испитивања, нега) са 7,3%

учешћа и тенденцијом наглог пораста (1979. године 2,7%);

- болести дигестивног система са 6,9% и тенденцијом наглог смањивања учешћа (1979. године 9,7%);
- болести мишићно-коштаног система са 6,6% и тенденцијом наглог пораста учешћа (1979. године 4,3%);
- болести нервног система и чула са 5,8% и тенденцијом пораста; и
- повреде са 4,6% и константним учешћем, без великих осцилација.

Смањује се учешће болничког лечења заразних и кожних болести и болести перинаталног периода, повећава учешће душевних поремећаја, док остале болести имају константно учешће.

Просечна дужина лечења према групама болести указује да се најдуже лече стања у перинаталном периоду (37,5 дана) и душевни поремећаји (37,4 дана), а потом болести коштаног-мишићног ткива (25 дана), повреде (24,5 дана), заразне болести (23 дана), неоплазме (20,2 дана), болести нервног система и чула (19,6 дана) и конгениталне аномалије (19,4 дана).

За посматрани десетогодишњи период највећи пад просечног броја дана лечења бележе заразне болести (са 34 на 23 дана), душевни поремећаји (са 55,3 на 37,4 дана), болести нервног система и чула (са 29 на 19,6 дана) и конгениталне аномалије (са 39,7 на 19,4 дана), што је свакако резултат ефикасније дијагностике и терапије. Компликације трудноће и порођаји практично су на истом нивоу (од 7 до 7,5 дана), што је доња граница и повреде (од 23 до 24 дана), што је горња граница, иако расте тежина повреда.

Морбидитет код најчешћих хроничних масовних обољења

У различитим условима, срединама и времену различити су проблеми патологије становништва. Акутне заразне болести, венеричне болести и туберкулоза, у

прошлости, биле су најраспрострањеније масовне болести на овим просторима, а данас су се задржале искључиво као наслеђе прошлости и у економски неразвијеним срединама. Иако у савременим условима социјално-медицински значај неких заразних болести није значајно умањен, посебан проблем данас представљају хроничне дегенеративне и социјалне болести.

Класичну групу масовних болести, као што је познато, сачињавају: туберкулоза, заразне болести, кожне болести, реуматске болести, алкохолизам и др., а у новије време: кардиоваскуларна обољења, опструктивна плућна обољења, малигне неоплазме, душевни поремећаји, шећерна болест, зубни каријес, повреде, наркоманија и пушење.

Избор поменутих болести у анализи је учињен на основу социјално-медицинског значаја у здравственом стању становништва наше земље.

Распрострањеност хроничних масовних обољења у Србији и њихов удео у општем морбидитету становништва се може сагледати из Табеле 2.

Табела 2. Хроничне масовне болести у Србији регистроване у служби опште медицине.

Обољења и стања	1986		1990		1995	
	Број	%	Број	%	Број	%
Хипертензија	806.944	52,5	789.893	54,2	739.654	54,7
Бронхитис, емфизем и астма	257.243	16,7	207.767	14,3	175.365	13,0
Улкус желуца и дуоденума	125.330	8,2	116.143	8,0	114.201	8,4
Дијабетес мелитус	58.126	3,8	70.611	4,8	90.295	6,7
Исхемична обољења срца	82.334	5,4	80.855	5,5	78.856	5,8
Холелитијаза и холециститис	68.584	4,4	66.595	4,6	52.443	3,9
Реуматоидни артритис	80.584	5,2	61.797	4,2	43.710	3,2
Психозе	36.491	2,4	41.289	2,8	37.765	2,8
Малигне неоплазме	20.346	1,3	20.894	1,4	20.29	1,5
УКУПНО	1.535.803	100,0	1.455.844	100,0	1.352.585	100,0

Иако су стопе општег морбидитета смањене за око 30%, стопе посматраних хроничних масовних болести у служби опште медицине, за исти период су смањене за око 15%. У структури учешћа појединих масовних обољења, према укупно регистрованом морбидитету, расте учешће малигну неоплазми (1,3%–1,5%),

шећерне болести (3,8%–6,7%), психоза (2,4%–2,8%), хипертензије (52,5%–54,7%) и исхемичних обољења срца (5,4%–5,8%). Порасло је учешће и улкуса желуца и дуоденума (8,0%–8,4%). У 1995. години у односу на 1986. годину смањено је учешће опструктивних плућних обољења (16,7%–13,0%), холелитијазе (4,4%–3,9%) и реуматоидног артритиса (5,2%–3,2%).

Према светским студијама, главне болести у овој групи су гојазност, артериосклероза, хроничне плућне болести и малигне неоплазме. Све остале болести (хипертензија, инфаркт, шлог, дијабет и др.) последице су постојеће четири болести.

МОРТАЛИТЕТ

Овај показатељ је пре више десетина година коришћен као најзначајнији параметар за процењивање здравственог стања становништва. Међутим, данас постоје, поред негативних, и позитивни индикатори за процену, тако да је морталитет постао груб показатељ за процењивање здравственог стања становништва и користи се у процени само са другим индикаторима.

Општи морталитет

До 1990. године морталитет је имао тенденцију пада на 9,3 промила, а од тада до 2011. године тенденцију раста преко 10 промила.

Просечна старост умрлих у Србији је повећана од 39 година 1950. на 67 година 1988, 68 година 1993. (м = 65,5; ж = 70,5 година) и 74 године 2011. (м = 72; ж = 76 година). Приближно исте стопе морталитета имају Италија и Португал.

У здравственим установама, пре смрти, лечено је око 91%.

Контингент умрлих преко 65 година

Проценат умрлих у старости преко 65 година у Србији се стално увећава, што је повољно. Данас износи преко 66% (овај контингент је мањи код мушкараца и износи око 60%, а већи код жена, где износи преко 73%).

Специфичне стопе морталитета

Укупна специфична стопа морталитета код мушких до 1990. године је смањивана до 10 промила, а од 1991. (10,7) до 2010. (преко 11 промила) значајно је повећана. Код жена ова стопа је смањена на 8,5 промила у 1990. години, а од 1991. до 2010. године у сталном порасту са 8,8 на 10 промила.

Специфичне стопе морталитета од 1955. до 2010. године су код важнијих контингената кретале се на следећи начин:

- одојчад (0 година) са 24% на 3% у структури свих умрлих;
- предшколска деца (0–6 година) са 34% на 3,5%;
- школска деца (7–19 година) са 2,5% на 0,7%;
- радно активно становништво (20–64 године) са 29% на 22%, и
- старије становништво (преко 65 година) са 34% на 66%.

На основу кретања стопа специфичне смртности може се закључити да се здравствено стање у последње четири деценије значајно поправило. Наиме, учешће смртности одојчади у укупном броју умрлих је смањено за око 8 пута, предшколске деце око 10 пута, школске деце и омладине за 3,5 пута, радно активног становништва је мање (са 29% на 22%), док је контингент умрлих преко 65 година повећан за око 2 пута.

Умрли према узроку смрти

Ово је један од поузданих показатеља за процењивање здравственог стања и у последњим деценијама се запажају значајне промене (подаци су дати у Табели 3).

Табела 3. Структура умрлих у процентима у Србији.

Ред. бр.	Узрок смрти	1975	1985	1990	2005
1.	Болести кардиоваскуларног система	42,7	54,7	54,4	56,9
2.	Неоплазме	12,0	13,5	16,1	15,9
3.	Болести респираторног система	7,1	5,9	5,1	4,0
4.	Повреде	5,9	4,6	5,2	4,4
5.	Болести дигестивног система	2,5	2,7	2,7	2,8
6.	Инфективне болести	2,3	1,2	0,9	1,2
7.	Болести генито-уринарног система	1,9	2,0	1,7	1,6
8.	Ендокрине болести	0,8	1,4	2,3	1,9
9.	Недефинисана стања	20,1	10,0	8,0	6,0

Према показатељима, водеће учешће у структури умрлих имају болести срца и крвних судова. Од 1985. до 1990. године ово учешће је било око 54,5%, а од 1991. до 2005. око 57%.

Учешће малигних неоплазми у структури умрлих, које су на другом месту, повећава се и износи око 16%.

Повреде су на трећем месту са тенденцијом пада, изузев у периоду 1990–1992. година (5,2%, 5,8% и 5,4%), када су у порасту, а од 1993. до 2005. године имају даљу тенденцију пада учешћа у структури умрлих.

Болести респираторног система према узроцима умирања су на четвртм месту (пре двадесет година били су на трећем) са тенденцијом пада учешћа.

Болести дигестивног система (на петом месту) имају благу тенденцију пораста, а болести генито-уринарног система (шесто место) тенденцију пада учешћа. Ендокрине болести су имале велику тенденцију раста у структури умрлих до 1990. године, а од тада благог учешћа (санкције – исхрана), а инфективне болести већу тенденцију пада (испод 1%), да би у периоду санкција њихово учешће у структури умрлих порасло (до 1,2%).

Учешће недефинисаних стања у структури узрока смрти, иако у паду (од 20% на 6%) још је високо.

Учешће осталих обољења и стања (болести нервног система и чула, стања у перинаталном периоду) константно је, са благим порастом, или падом до 1990. године, а од тада са благим порастом учешћа.

У 2005. години у групи кардиоваскуларних узрока умирања подједнако су заступљени мушкарци и жене. Водећа су обољења пулмоналне циркулације (50%, однос мушких и женских 1:1), затим церебро-васкуларна обољења (25%, нешто више жене) и исхемично обољење срца (до 20%, 2:1 у корист мушкараца).

Од малигних неоплазми (око 17.000 умрлих годишње) више умиру мушкарци (58%), а у овој структури водеће су неоплазме дигестивних органа (5.300, 58% мушкарци), малигне неоплазме респираторних органа (4.200, 82% мушкарци), малигне неоплазме генито-уринарних органа (2.600, 59% жене), неоплазме костију и везивног ткива (1.800, 85% жене) и неоплазме лимфатичког ткива (око 900, 60% мушкарци).

Међу узроцима смрти због повреда и тровања (5.000–6.000 годишње) више су заступљени мушкарци (преко 70%).

ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

Пратећи рад здравствене службе и њено организовање, може се дати реалнија процена потреба и захтева становништва за здравственом заштитом, као и деловање друштва и појединца на унапређењу здравственог стања.

Здравствена заштита становништва, као саставни део друштвене репродукције, непосредно се спроводи преко мреже здравствених установа и битно је условљена развијеношћу организације и технологије рада.

Становништво Србије остварује здравствену заштиту преко низа организационих јединица здравствене службе, почев од месних јединица (амбулантне, здравствене станице, апотеке), у месним заједницама или радним организацијама, па преко општинских (домови здравља), међуопштинских и регионалних (здравствени центри, опште болнице, заводи), све до високоспецијализованих и високосложених републичких институција (специјалне болнице и заводи, институти, клинике, клиничко-болнички центри и клинички центри).

Примарну здравствену заштиту обезбеђује 181 дом здравља (84 самостални, ван здравствених центара). Од тога 116 је у централној Србији, 45 у Војводини и 20 на Косову и Метохији (сви подаци су из 2000. године).

Болничка здравствена заштита обезбеђује се кроз 47 општих болница (40 болница је у саставу здравствених центара). Од тога 33 болнице је у Централној Србији, 9 у Војводини и 5 на Косову и Метохији. Болничка заштита обезбеђује се и преко 16 специјалних болница (9+6+1), углавном бањских лечилишта.

Високо сложену здравствену делатност у Србији обезбеђују 4 клиничка центра (Београд, Нови Сад, Ниш и Крагујевац) и 5 клиничко-болничких центара (4 у Београду и 1 у Приштини). У оквиру ових центара постоји 39 института и 51 клиника.

Поред наведених, у Србији постоји и 17 самосталних института и 54 самостална завода са стационаром у државној својини.

Мрежа хигијенско-епидемиолошких и социјално-медицинских установа покрива територију Србије. Поред 4 института за јавно здравље (Србије, Војводине, Ниша и Крагујевца), постоји 20 завода за јавно здравље (12 у Централној Србији, 7 у Војводини, 1 на Косову и Метохији).

Апотекарска служба (781 апотека у друштвеном сектору) највећим делом је интегрисана кроз постојеће здравствене центре и стационарне здравствене установе (које преко ових, по правилу, врше и медицинско снабдевање).

Према подацима, може се закључити да је мрежа здравствених установа у друштвеном сектору веома богата, како по броју, тако и врстама делатности. У односу на становништво и територију, најразвијенију мрежу здравствених установа има Војводина (равномерно распоређена) и централна Србија (највећа концентрација у Београду), а слабије развијену Косово и Метохија (недовољни кадровски ресурси у већини области медицине).

У последњим годинама нагло се развија и мрежа приватних здравствених установа. Према непотпуним подацима, у 2000. години регистровано је 420 лекарских ординација, 267 стоматолошких ординација и 1.472 апотеке (2.159 приватних установа). Процењује се да тренутно има око 2.600 оваквих установа (према упису у судски регистар), мада се сваке године гаси 50 до 60, а отвара 80 до 100 приватних установа. У овим институцијама концентрисан је значајан кадровски и технички потенцијал, а у апотекама и значајан промет.

У здравственој служби Србије у 2000. години регистровано је 124.314 запослених, од чега 91.556 здравствених радника или 74%. У 1986. години било је запослено 124.800 радника, од чега 86.375 здравствених радника или 69,0%. На основу ових података се може закључити да је значајно побољшана структура запослених у здравству у корист здравствених радника, иако је укупан број запослених смањен за око 500 радника у протеклом десетогодишњем периоду.

У структури здравствених радника (91.556) има 28.545 са високом стручном спремом (1986. године 26.800), од чега око 21.985 лекара, 4.075 стоматолога, 2.016 фармацеута и 1.141 здравствених сарадника. За протекли десетогодишњи период, до 1990. године расте број запослених лекара, стоматолога и фармацеута, а од 1991. до 2000. године опада. Упоређујући 1995. са 2000. годином, број лекара је повећан за 2.185, стоматолога смањен за око 200, а фармацеута за 470.

Истовремено је порастао број здравствених сарадника са високом стручном спремом за 260 извршилаца.

У здравству Србије је запослено око 63.000 медицинских сестара (1986. је било 59.500), од чега 7.500 са вишом стручном спремом.

ЗАКЉУЧАК

За објективну процену здравственог стања становништва потребна је стручна анализа више показатеља у дужем периоду и на већем броју становника на широј територији. Овим анализама треба да се баве професионалци (лекари, демографи, статистичари и др.), а не аматери (дилетанти) као „добошари нове моде“.

У последњим деценијама у светским размерама, па и у Србији, дошло је до крупних промена у демографским кретањима, промени услова под којим становништво живи и ради, оболевању и умирању становништва и здравственој заштити становништва. Све ово је утицало на здравље и живот људи на овој планети – Земљи.

Посматрајући само територију Србије у последњим деценијама, може се закључити следеће:

- Демографска кретања су углавном неповољна: велике миграције, смањивање наталитета, негативни природни прираштај и повећана старост становништва. То је довело и до повећаног умирања, а природа се постарала да је „боље да умре стар и болестан, него млад и здрав“. Миграциона кретања ка Србији, из околних региона бивше Југославије, значајно су поправила неповољне ефекте на ова кретања у Србији.
- Услови у природној средини, иако наружени прљавим технологијама и загађењима, укључујући и намерну радиоактивну контаминацију, знатно су повољнији. Кризе и санкције су довеле

до престанка производње и штетних емисија, као и чистијих вода, ваздуха и земљишта.

- Морбидитет је значајно смањен код заразних болести (младе категорије) и ризичних група (труднице, повреде, социјалне категорије).
- Морталитет се померио на старија годишта (66 година у просеку). Једино је овде тачна констатација да у структури умрлих у Србији највише учествују болести срца и крвних судова (57%), следе малигне болести (16%), те болести респираторног система и повреде.
- Здравствена делатност значајно утиче на регистрацију морбидитета, па се добијају и апсурдни подаци, нпр. да је становништво Београда болесније и више умире (по месту догађаја). Концентрација здравствене службе је највећа у градовима, али то не значи да су здравији становници ових насеља.
- Здравије и дуже живи сеоско и планинско становништво у Србији.

На крају, може се закључити да је здравствено стање становништва у Србији повољно. Сагледавајући све показатеље морбидитета, прво место имају болести дисајних органа (42%), а болести срца и крвних судова (9%) на другом су месту. Остале болести су константне у даљем редоследу учешћа.

Процена здравственог стања становништва је озбиљан посао којим се баве професионалци, а не појединци који у свему траже неку своју сатисфакцију.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравствено-статистички систем (2009), Славко Станојевић, Христо Анђелски; Удружење за развој електронског пословања „eSrbija“, Београд (362 стране, ИСБН 978-86-913227-0-0)
2. Социјална медицина са здравственом статистиком и биоинформатиком (2008), Христо Анђелски, Гордана Арсић Комљеновић; Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд (104 стране, ИСБН 978-86-87639-00-3)
3. Здравствено законодавство (2004), Бранивоје Тимотић, Христо Анђелски; Elit – Medica, Београд (188 страна, ИСБН 86-7222-030-7)
4. Социјална медицина (1998), Момир Јањић, Медицински факултет, Крагујевац.
5. Основне новине у политици Светске здравствене организације „Здравље за све у 21. веку“ (1998), Верица Гбурчик, Мирјана Марковић, Христо Анђелски, Славољуб Станојевић, Никола Богуновић, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља, Београд (28 страна)
6. Велики биолошки часовници (1982), ВМ Диљман, Знание, Москва.
7. Социјална медицина (1978), Никола Богуновић; Будућност, Зрењанин.

Контакт: Прим. докторант сц. мед. Никола Богуновић, Лекарска комора Србије, Београд.