



ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА АП ВОЈВОДИНЕ

2012. године



ИНСТИТУТ ЗА
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ
ВОЈВОДИНЕ

ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА АП ВОЈВОДИНЕ 2012. ГОДИНЕ

Издавач

Институт за јавно здравље Војводине

Нови Сад, Футошка 121

Главни и одговорни уредник

Др Владимир Петровић, доцент

Уређивачки одбор:

Др Вера Грујић, редовни професор

Др Зора Јелесић, редовни професор

Др Младен Петровић

Др Милка Поповић, асистент

Др Миодраг Арсић

Др Оља Нићифоровић Шурковић, асистент

Техничка обрада:

Дипл. инж. Зоран Топалов

Издавач:
ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ

Нови Сад, Футошка 121
Тел: 021/422-255; 021/4897-800
E-mail: izjzv@izjzv.org.rs
www.izjzv.org.rs

**ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА
АП ВОЈВОДИНЕ**

2012. године

Главни и одговорни уредник:
Доц. др Владимир Петровић

НОВИ САД 2013. година

АУТОРИ ПУБЛИКАЦИЈЕ:

Арсић Миодраг, лекар специјалиста социјалне медицине

Ач Николић Ержебет, лекар специјалиста социјалне медицине,
ванредни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Балаћ Драгана, лекар специјалиста хигијене

Бијеловић Сања, лекар специјалиста хигијене,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Бјелановић Јелена, лекар специјалиста хигијене,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Велички Радмила, доктор медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Грујић Вера, лекар специјалиста социјалне медицине,
редовни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Ђурић Предраг, лекар специјалиста епидемиологије,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Живадиновић Емил, лекар специјалиста хигијене

Илић Светлана, лекар специјалиста епидемиологије, примаријус

Ињац Драгица, лекар специјалиста епидемиологије

Јелесић Зора, лекар специјалиста микробиологије,
редовни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Јевтић Марија, лекар специјалиста хигијене,
ванредни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Квргић Светлана, лекар специјалиста социјалне медицине,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Мartiнов Цвејин Мирјана, лекар специјалиста социјалне медицине,
редовни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Медић Деана, лекар специјалиста микробиологије,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Мијатовић Јовановић Весна, лекар специјалиста социјалне медицине,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Михајловић Укропина Мира, лекар специјалиста микробиологије,
ванредни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Милосављевић Биљана, лекар специјалиста микробиологије

Нићифоровић Шурковић Оља, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Поповић Виолета, виша медицинска сестра

Петровић Младен, лекар специјалиста епидемиологије

Петровић Владимир, лекар специјалиста епидемиологије,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Поповић Милка, лекар специјалиста хигијене,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Радић Ивана, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Радосављевић Биљана, лекар специјалиста микробиологије

Рајчевић Смиљана, доктор медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Ристић Миољуб, лекар специјалиста епидемиологије,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Трајковић Павловић Љиљана, лекар специјалиста хигијене,
ванредни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Ћосић Горана, лекар специјалиста епидемиологије,
доцент Медицинског факултета у Новом Саду

Укропина Снежана, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Хархаји Сања, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Чанковић Душан, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Чанковић Соња, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

Шегуљев Зорица, лекар специјалиста епидемиологије,
редовни професор Медицинског факултета у Новом Саду

Шушњевић Соња, лекар специјалиста социјалне медицине,
асистент Медицинског факултета у Новом Саду

САДРЖАЈ

1. ЗАКЉУЧЦИ.....	1
2. ПРЕПОРУКЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА	8
3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА ВОЈВОДИНЕ	12
3.1. ВИТАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА	12
3.1.1 Број и структура становништва	12
3.1.2.Природно кретање становништва.....	14
3.1.3 Закључени и разведени бракови	19
3.2 СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОКАЗАТЕЉИ	20
3.3 МОРБИДИТЕТ.....	24
3.3.1 Ванболнички морбидитет	24
3.3.2 Болнички морбидитет	28
3.3.3 Масовне незаразне болести.....	30
3.3.4 Заразне болести	32
3.4 ПОНАШАЊЕ ПОВЕЗАНО СА ЗДРАВЉЕМ	49
3.4.1 Раширеност пушења, употребе алкохола и дрога међу адолесцентима	49
3.4.2 Истраживање о уносу соли одрасле популације Новог Сада	52
3.5 ЖИВОТНА СРЕДИНА.....	54
3.5.1 Контрола безбедности хране намењене јавној потрошњи	54
3.5.2 Контрола здравствене исправности предмета опште употребе	55
3.5.3 Контрола зооноза и узрочника зооноза преносивих храном	55
3.5.4 Контрола садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце прешколског узраста	56
3.5.5 Контрола квалитета ваздуха животне средине	58
3.5.6. Контрола здравствене исправности/безбедности воде за пиће и воде за рекреацију	61
3.6 РЕЗИСТЕНЦИЈА БАКТЕРИЈА НА АНТИМИКРОБНЕ ЛЕКОВЕ У ВОЈВОДИНИ У 2012. ГОДИНИ.....	67
3.7 ОРГАНИЗАЦИЈА И РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ У ВОЈВОДИНИ	70
3.7.1. Мрежа здравствених установа и запослени у здравственим установама Војводине	70
3.7.2. Коришћење ванболничке здравствене заштите	71
3.7.3 Промоција здравља и здравствено васпитање	77
3.7.4 Рад и коришћење болница	79

1. ЗАКЉУЧЦИ

ВИТАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА

- Према попису из 2011. године у Војводини живи 1.931.809 становника, односно за око 100.000 становника мање у односу на попис из 2002. године.
- Очекивано трајање живота је више за жене (76,6 година) него за мушкарце (71,1 година) и ниже је у односу Београдски регион, Србију-југ и земље Европског региона
- Изражено је старење становништва, односно просечна старост становништва је 41 година, а свака шеста особа је старија од 65 година.
- Стопа наталитета је неповољна (рађа се 9 деце на 1.000 становника).
- Старост жена које рађају помера се према старијим добним групама.
- Просечна старост мајке при рођењу детета је 28,6 година.
- Војводина има високу општу стопу морталитета (14,3‰).
- Водећи узроци смрти су хроничне незаразне болести, односно кардиоваскуларне болести (54,3%), малигне (22,5%) и болести дисајног система (4,7%).
- Стопа смртности одојчади је износила 5,5‰ и има повољне вредности.
- У 2012. години регистрована су два смртна случај жена због компликације трудноће, порођаја или бабиња (стопа матерналног морталитета је 11,2).
- Потенцијално изгубљене године живота су значајан индикатор превремене смртности. Становништво Војводине има већи број потенцијално изгубљених година живота због превремене смртности од становништва Централне Србије.
- Природни прираштај је неповољан и има негативну вредност (-5,0‰).
- У 2012. години је склопљено 9.501 брак, а разведено 2.378 бракова.
- Сви посматрани социјално-економски показатељи у Војводини су неповољнији у односу на земље Европске уније и Европског региона.

МОРБИДИТЕТ - БОЛЕВАЊЕ

- У најзначајније узроке ванболничког и болничког морбидитета становништва Војводине спадају масовне незаразне болести (кардиоваскуларне болести, малигна оболења, хроничне болести органа за дисање, повреде и др.) као и група болести мишићно - коштаног система и везивног ткива као значајни узроци одсуствовања са посла и инвалидитета. У морбидитету одраслог становништва у првих пет водећих група болести налази се група душевни поремећаји и поремећаји понашања.
- Водећи узроци обољевања деце предшколског и школског узраста су болести система за дисање. У морбидитету предшколске деце значајно место заузимају заразне и паразитарне болести, док се код школске деце запажају се повреде, тровања и последице деловања спољних фактора.
- У ванболничком морбидитету жена посебан значај имају тумори који се налазе на петом месту. Најчешће дијагнозе у оквиру ове групе су тумори глатког мишића материце, доброћудни тумори јајника и доброћудни тумори дојке.
- У болничком морбидитету доминирају тумори (21,0%), болести система крвотока (13,3%) и болести система за варење (9,6%). Посматрано према дијагнозама болести регистрованих у стационарним установама Војводине, у 2012. години на првом месту по учесталости је злоћудни тумор дојке, док су на другом и трећем месту злоћудни тумор душника и плућа и инфаркт мозга.
- Водећи узроци болничког морталитета су болести система крвотока, тумори, болести органа за дисање.
- У водеће узроке оболевања и умирања становништва Војводине спадају масовне незаразне болести (МНБ). У основи ових болести су ризична понашања и штетне навике (неправилна исхрана, физичка неактивност, пушење, гојазност, хипертензија и др.) који се могу ставити под контролу интензивирањем промотивно-превентивних мера и активности и јасним делегирањем задатака за спровођење стратегија са нагласком на мултисекторску сарадњу.

ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

- У погледу већег броја заразних болести епидемиолошка ситуација у АП Војводини је остала уобичајена за ово подручје а стопа смртности од заразних болести је остала ниска.
- Епидемиолошку ситуацију у 2012. години карактерише епидемијско ширење мумпса на широј територији Покрајине и дијагностиковање обољења која до

сада нису била регистрована у нашој Покрајини, као и у читавој земљи (грозница западног Нила).

- Застој у централизованом снабдевању вакцинама у земљи, узроковао је прекиде у спровођењу обавезне систематске имунизације једном или више обавезних вакцина, а што се негативно одразило на остварени обухват у 2012. години.
- Територијалне и популационе разлике у оствареном обухвату представљају ризик да импортовање болести, које се могу превенирати вакцинама, доведе до епидемијског ширења.
- Обухват имунизацијом по клиничким индикацијама (вакцина против грипа, пнеумококних инфекција) остао је низак и недовољан да се овом мером успешније утиче на смањење оболевања и умирања.

ПОНАШАЊЕ ПОВЕЗАНО СА ЗДРАВЉЕМ

- Институт за јавно здравље Војводине је први пут 2012. године спровео истраживање о раширености употребе дувана, алкохола и дрога по методологији „Европског школског истраживања о употреби алкохола и других дрога међу младима“ (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD*) и утврдио да је код шеснаестогодишњака у Новом Саду преваленција употребе све три врсте психоактивних супстанци током живота висока – дувана 37,7%, алкохолних пића 87,6%, а илегалних дрога 9%.
- Истраживање о уносу соли одрасле популације Новог Сада је показало да је просечан дневни унос соли висок и да износи више од 12 грама; код мушкараца значајно више у односу на жене (просечно 14,2 г код мушкараца у односу на просечних 10 г код жена).
- Превелики унос соли, чинилац ризика за развој повишеног крвног притиска, кардиоваскуларних болести, можданог удара, отока, смањене густине костију, хроничне бубрежне слабости, карцинома желуца и других хроничних незаразних болести, утврђен је код готово свих испитаника (97,3%) обухваћених истраживањем.
- Иако половина одраслог становништва због повишеног крвног притиска има потребу за додатним смањењем уноса соли (1,5-3 грама), истраживањем је утврђено да ни један испитаник не уноси количине соли које се препоручују за нефармаколошко лечење повишеног крвног притиска.

ЖИВОТНА СРЕДИНА

Чиниоци животне средине (ваздух, вода, храна, бука, предмети опште употребе и др.) могу имати повољан али и неповољан утицај на здравље становништва. У процени утицаја чиниоца животне средине на здравље становништва АП Војводине потребне су додатне програмске активности института/завода за јавно здравље, као и интегрисани програми са осталим надлежним ресорима како би се добили релевантни подаци.

- Институт и заводи за јавно здравље на територији АП Војводине укључени су у надзор над безбедношћу хране у делу који се односи на спровођење програма мониторинга безбедности дијететских производа, соли за људску употребу, адитива за прехранбену индустрију и минералне и изворске воде. Контрола безбедности осталих врста хране је у надлежности министарства надлежног за пољопривреду;
- У групи контролисаних намирница, најчешћи разлог неисправности је неодговарајуће истицање здравствених и нутритивних изјава на декларацијама дијететских производа што потрошаче може довести у заблуду у погледу својстава и намене производа;
- Имплементацијом једногодишњег интегрисаног програма контроле зооноза преносивих храном утврђено је да на нивоу земље, као и на нивоу Покрајине, не постоји хармонизован програм прикупљања, обраде и анализе података о кретању зооноза и узрочника зооноза преносивих храном у хуманој популацији и популацији животиња које се гаје за производњу хране који би омогућио добијање података потребних за превенцију ове групе обољења;
- Контрола садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце предшколског узраста на територији АП Војводине показала је да садржај соли у три obroка (доручак, ручак и ужина) превазилази препоруке за целодневни унос у распону од 10% до 80%. Деца у поподневним часовима конзумирају храну која садржи одређену количину соли чиме се већ превелики унос додатно увећава;
- Министарство здравља РС током 2012. године није спровело програм мониторинга предмета опште употребе (ПОУ). Контрола здравствене исправности предмета опште употребе при увозу и ПОУ које су доставили произвођачи и прометници ових средстава је показала да је око 5% узорака било неисправно. Најчешћи узроци неисправности били су микробиолошка контаминација средстава за одржавање личне хигијене из увоза. Укупан број контролисаних узорака (25) током 2012. године недовољан је за доношење релевантних закључака о процени ризика за здравље становништва. Број контролисаних узорака (8) дечијих играчака и других предмета намењених за употребу од стране одојчади и деце током 2012. године недовољан је за доношење закључака.
- Загађеном ваздуху је највише изложено становништво Новог Сада, Зрењанина, Елемира, Кикинде и Суботице.

- Могућност да користе здравствено исправну пречишћену хлорисану воду за пиће, исправну у 89% контролисаних узорака, има становништво Града Новог Сада, Бечеја, Бачке Паланке, Беочина, Ирига, Панчева и Ковина.
- Становништво општина Суботица, Бачка Топола, Врбас, Сомбор, Сремска Митровица, Рума и Опово, изложено је ризику по здравље због присуства нитрита и арсена у пречишћеној хлорисаној води.
- Непречишћена вода, без обзира да ли се пре употребе дезинфикује или не, представља ризик по здравље људи у АП Војводини јер се у просеку у 1/5 до 1/6 контролисаних узорака утврђује присуство микроорганизама показатеља фекалног загађења (*Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*) и присуство хемијских опасности по здравље људи, као што су повећана концентрација арсена и нитрита.
- Непречишћена вода за пиће на територији АП Војводине се одликује високим садржајем органских материја, повећаном концентрацијом амонијака, гвожђа и мангана, те последично измењеним сензорним особинама (боја, мирис), које нису опасне по здравље људи, али оправдано условљавају одбијање употребе од стране потрошача и представљају проблем за техничко-технолошке процесе пречишћавања воде.
- Вода за пиће из јавних бунара на територији АП Војводине је у 86% узорака здравствено неисправна, што представља ризик по здравље људи, посебно имајући у виду да велики проценат становника Војводине има навику и потребу да, због здравствене неисправности воде за пиће из водоводне мреже, користи воду за пиће пореклом из јавних бунара.
- На територији АП Војводине изграђене су "еко-чесме" као алтернативни извори водоснабдевања становништва у насељима где у систему јавног водоснабдевања не постоји здравствено исправна вода за пиће. Међутим, свега 2/3 контролисаних узорака воде за пиће са "еко-чесми" је погодно за људску употребу, те је редовно техничко одржавање алтернативних извора водоснабдевања услов постизања и одржавања здравствене исправности воде за пиће;
- У Републици Србији не постоји законска основа и јединствена методологија за утврђивање и оцену здравствене безбедности воде базена.
- Половина контролисаних узорака воде јавних купалишта била је у складу са прописаном класом квалитета, односно еколошким и хемијским статусом површинске воде намењене купању и рекреацији становништва.

ОРГАНИЗАЦИЈА И РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

- На територији Војводине здравствену заштиту становништву обезбеђују 93 здравствене установе: 44 дома здравља, 10 апотека и 3 завода (Завод за здравствену заштиту радника, студената, хитну медицинску помоћ), 9 општинских болница, 11 специјалних болница, 1 Војномедицински центар Нови Сад, Клинички центар Војводине, Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине и институти у Сремској Каменици: Институт за онкологију Војводине, Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Институт за плућне болести Војводине и 6 Завода за јавно здравље и 1 Институт за јавно здравље Војводине, Завод за антирабичну заштиту Нови Сад, Завод за трансфузију крви Војводине.
- Укупан број запослених је 27.735 радника, 20.485 су здравствени, а 7.250 нездравствени радници. Лекара је било 4.889 (од тога 3.251 специјалиста), зубних лекара 555 и фармацеута 522.
- Кадровска обезбеђеност становништва здравственим радницима и приступачност ванболничке здравствене заштите је добра у свим службама, осим у служби поливалентне патронаже где постоји недостатак кадра.
- Мрежу стационара на подручју Војводине чине 30 здравствених установа са укупно 10.824 постеља, чиме је обезбеђен задовољавајући постељни фонд од 5,6 постеља на 1000 становника. Обезбеђеност становништва постељама у општинским болницама је различита, при чему је најмања у Сремском округу (1,6 постеља/1000 становника, а највећа у Западнобачком округу (3,8 постеља/1000 становника).
- У стационарним установама запослено је 1927 лекара и 6433 радника са вишом и средњом стручном спремом, при чему специјалисти чине 78,8% запослених лекара. Обезбеђеност лекарама и медицинским сестрама у општинским болницама у Војводини је различита, и произилази из разлика у структури болничких капацитета. Број лекара се креће од 13 до 30 на 100 постеља, док се број медицинских сестара креће од 50 до 98 на 100 постеља.
- У 2012. години стационарну здравствену заштиту је користио 239.105 пацијената, са просечном дужином лечења од 11,1 дан. Заузетост постељних капацитета у 2012. години на нивоу Војводине, као и округа је била ниска, а посматрано по болничким установама веома различита, с тим да је генерално је већа у специјалним болницама у односу на опште болнице.
- У ванболничкој здравственој заштити обухват превентивним прегледима трудница, новорођенчади, одојчади, мале и предшколске деце је одговарајући, док је остварење систематских прегледа ученика основних и средњих школа, студената као и одраслог становништва мање од потребног.

- Спроведене су укупно 32 здравствено-промотивне кампање у оквиру којих је организованим активностима непосредно обухваћено преко 80.000 становника свих популационих група;
- Стручњаци института/завода за јавно здравље на територији Војводине су креирали 41.650 примерака штампаних и електронских здравствено-васпитних и здравствено-промотивних средстава;
- Институт/заводи за јавно здравље на територији Војводине организовали су укупно 197 едукативних састанка и семинара којима је присуствовало више од 49.000 учесника;
- У сарадњи са медијским партнерима, у Војводини је реализовано више од 2300 медијских садржаја.

2. ПРЕПОРУКЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА

ВИТАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА

- Због неповољне витално-демографске ситуације потребно је и даље имплементирати мере пронаталитетне политике и радити на њиховом даљем унапређењу и развијању.
- Један од веома неповољних показатеља здравственог стања становништва је и изражено старење становништва, које такође захтева разраду програмских активности заштите здравља старих особа.

МОРБИДИТЕТ - БОЛЕВАЊЕ

- У водеће узроке оболевања и умирања становништва Војводине спадају масовне незаразне болести (МНБ). У основи ових болести су ризична понашања и штетне навике (неправилна исхрана, физичка неактивност, пушење, гојазност, хипертензија и др.) који се могу ставити под контролу интензивирањем промотивно-превентивних мера и активности и јасним делегирањем задатака за спровођење стратегија са нагласком на мултисекторску сарадњу.

ЗАРАЗНЕ БОЛЕСТИ

- Наставити са програмима унапређења епидемиолошког надзора, уједначавањем критеријума и квалитета пријављивања заразних болести, проширивањем дијагностичког спектра и имплементацијом других, активних облика надзора;
- Убрзати проток информација путем електронског сервиса за пријављивање заразних болести;
- Обезбедити континуирано снабдевање свим обавезним вакцинама и имуноглобулинима;
- Спроводити систематску вакцинацију са високим обухватом деце, без територијалних и популационих разлика и повећати обухват одраслог становништва вакцинацијом против грипа, тетануса и пнеумокока;
- Увести електронски имунизациони регистар.

ЖИВОТНА СРЕДИНА

- Заједно са надлежним институцијама из области пољопривреде успоставити интегрисани програм размене података о контроли хране на присуство остатака хемијских контаминената као што су одређени микотоксини, тешки метали и др;
- Заједно са надлежним институцијама ветеринарске медицине успоставити интегрисани програм размене података из мониторинга микробиолошке контаминације хране у малопродајним објектима;
- Заједно са надлежним институцијама из области ветеринарске медицине успоставити интегрисани програм контроле антимикробне резистенције микроорганизама преносивих храном укључујући и пробиотске културе;
- Заједно са надлежним институцијама ветеринарске медицине успоставити интегрисани програм праћења кретања зооноза преносивих храном у хуманој популацији и у популацији животиња које се гаје за производњу хране;
- Повећати број узорак дијететских производа који би били контролисани у погледу текста декларација, односно нутритивних и здравствених изјава, посебно оних који садрже пробиотске културе и делове и екстракте биљака;
- Поново успоставити спровођење мониторинга безбедности предмета опште употребе из промета, посебно дечијих играчака и средстава за одржавање личне хигијене и улепшавање.
- Наставити програм контроле садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце предшколског узраста;
- Предузети хитне акције друштва у целини за смањење превеликог уноса соли, значајног чиниоца ризика за развој повишеног крвног притиска и других хроничних незаразних болести.
- Израдити стратешка документа за управљање квалитетом ваздуха, посебно у домену процене изложености становништва као и праћење квалитета ваздуха животне средине;
- Обезбедити довољне количине здравствено исправне воде за пиће свом становништву Војводине;
- Израдити стратешка документа за управљање квалитетом воде за рекреацију;
- Успоставити јединствену методологију контроле, анализе и извештавања о здравственој исправности воде за пиће и воде за рекреацију, безбедности водних објеката и простора јавних купалишта;
- Подићи нивоа знања становништва АП Војводине на тему безбедности воде за пиће, воде за рекреацију, квалитета ваздуха животне средине,

поштовања основних хигијенских принципа одржавања личне хигијене и придржавања прописаног реда на базенима, односно јавним купалиштима.

- Изградити стратешка документа за управљање буком у животној средини.

КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

- Службу за поливалентну патронажу као посебно значајну у превентивном раду са свим вулнерабилним категоријама потребно је кадровски ојачати.
- И поред генерално добре кадровске обезбеђености примарном здравственом заштитом становништва Војводине, како би се одржао и унапређивао квалитет здравствене заштите неопходно је радити на ојачању свих ресурса, почевши од едукације кадрова, обезбеђивања нове и замене дотрајале опреме па до увођења нових здравствених технологија. Такође, неопходно је ојачати и подстицати партнерство унутра свих нивоа здравствене заштите као и са локалном заједницом.
- Неопходно је повећати одазив становништва на систематске прегледе као значајне мере у откривању болести и поремећаја у здрављу свих категорија становништва (деце, жена, радно активног становништва, старих) интензивирањем превентивног рада изабраног лекара, едукацијом едукатора (породице, васпитаче предшколских установа, наставнике и др), укључивањем средстава јавног информисања и др.
- Мрежа болничких установа у Војводини са постојећим постељним капацитетима и кадровима се највећим делом могу сматрати задовољавајућим и стварају предуслове за квалитетну здравствену заштиту.
- У складу са савременим трендовима болничке здравствене заштите, неопходне су даље структурне и организационе промене у смислу смањења или прерасподеле постојећих постеља у складу са потребама у свим установама и на одељењима која немају оптималну заузетост. Смањење дана хоспитализације треба да буде у складу са орјентацијом на амбулатни рад и рад дневних болница. Ове промене морају бити усклађене са одговарајућом организационом и кадровском структуром, као и опремљеношћу установа.
- Обезбеђење функционалне повезаности и међусобне сарадње болничких установа као и сарадње са другим установама система здравствене заштите а пре свега примарне здравствене заштите је такође неопходно за ефикасно функционисање система здравствене заштите и унапређење квалитета.
- У циљу очувања и унапређења здравља становништва, развоја здравих окружења и афирмације здравих стилова живота, потребно је даље унапређење активности промоције здравља и здравственог васпитања, нарочито активности које су усмерене на осетљиве популационе групе и

здравствене проблеме који највише доприносе оптерећењу болестима становништва Војводине. Активности треба реализовати обезбеђењем здравствено-васпитних средстава, едукацијом едукатора, кроз тимски рад, мултисекторски и мултидисциплинарни приступ и партнерске односе са системом образовања, социјалне заштите, локалном заједницом, радним организацијама, средствима информисања и невладиним организацијама. Посебан изазов представља одржавање постигнутих резултата као и планирање нових реалистичних циљева у актуелним друштвеним околностима.

3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА ВОЈВОДИНЕ

3.1. ВИТАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА

3.1.1 Број и структура становништва

Број становника је један од основних демографских показатеља. Према попису из 2011. године број становника у Војводини је износио **1.931.809** што је за око 100.000 становника мање у односу на попис из 2002. године (2.031.992). Процењује се да је у Војводини средином 2012. године живело 1.922.017 становника.

Маскулинитет представља број мушкараца на 1.000 жена и говори о структури становништва. Уколико су вредности мање од 1.000 тумачи се као негативан, при чему ниже вредности маскулинитета говоре у прилог бољег здравственог стања становништва. У Војводини је 2012. године био негативан, односно мањи од 1.000 (**948 мушкараца на 1.000 жена**).

Један од најбољих показатеља здравственог стања становништва је **очекивано трајање живота** које је у Војводини износило **76,6 године за жене, а 71,1 година** за мушкарце, што је ниже него у Београдском региону и Јужној Србији (табела бр. 1). У Европском региону очекивано трајање живота је достигло вредност 71 година за мушкарце и 79 година за жене у 2009. години.

Табела бр. 1 Очекивано трајање живота (2010-2012. година)

Територија	Очекивано трајање живота (године)	
	мушкарци	жене
Војводина ¹	71,1	76,6
Београдски регион ¹	73,1	78,3
Србија - југ ¹	72,4	77,2
Европски регион (2009.) ²	71,0	79,0

Извор података: ¹ Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

² World Health Organization. World health statistics 2011. Geneva: World Press, 2011.

За процену старосне структуре користи се више индикатора. **Биолошки тип** становништва се одређује на основу учешћа појединих старосних категорија (0-14, 15-49, 50 и више година) у укупном броју становника. Становништво Војводине спада у **регресивни тип** становништва за који је карактеристичан висок удео становништва 50 и више година (39,5%) и мало учешће млађих од 15 година (14,4%) (табела бр.2).

Табела бр. 2 Биолошки тип становништва Војводине, 2012. година

Старост	Становништво према процени из 2012. године	
	Број	%
0 - 14 година	276.492	14,4
15 - 49 година	886.825	46,1
50 и више година	758.700	39,5
Укупно	1.922.017	100,0

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије. Процена броја становника у 2012. години

Просечна старост је још један показатељ који говори о старосној структури становништва чија вредност изнад 30 година указује на старо становништво. У Војводини је према пописним подацима у 2011. години износила **41,8 година**, односно **41,3** према процени за 2012. годину, што говори да је на овом подручју већ одавно почео процес старења. Просечна старост жена је већа него мушкараца за око 3 године (табела бр.3). Становништво Војводине је старије од становништва Европског региона у коме је просечна старост 2009. године износила 38 година.

Табела бр. 3 Просечна старост становништва 2011. године

Територија	Просечна старост мушкараца (године)	Просечна старост жена (године)	Просечна старост становништва - укупно (године) -
Војводина	40,2	43,3	41,8
Београдски регион	40,3	43,2	41,1
Србија - југ	41,5	43,9	42,7

Извор података: Републички завод за статистику Републике Србије. Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији, 2012.

Индекс старости представља однос старих 60 и више година и особа старости 0-19 година. Уколико је овај однос већи од 0,4 тада постоји процес демографског старења. У Војводини је индекс старости у 2012. години износио **1,3**.

Зрелост становништва говори о процентуалном учешћу особа старих 65 и више година у укупној популацији и уколико је већа од 10% становништво је врло старо. Свака шеста особа у Војводини је старија од 65 година, односно **16,6%** становништва је старости 65 и више година.

Старосна пирамида (дрво живота) је графички приказ полне и старосне структуре становништва. Изглед графикона са узаном базом која представља најмлађе категорије становништва и најширим делом у средишњем делу графикона указује на старење становништва Војводине. Према процени становништва у 2012. години у категоријама до 44. године старости је већи број

особа мушког пола, да би након тога у свим старосним категоријама био већи број особа женског пола (прилог бр.3.1-1).

3.1.2. Природно кретање становништва

3.1.2.1 Наталитет

Један од често коришћених показатеља природног кретања становништва је **наталитет** (рађање) који представља број живорођене деце на одређеној територији у току календарске године. У току 2012. године у Војводини је живорођено укупно **17.932 деце**. **Стопа наталитета** представља број живорођене деце на 1.000 становника. У Војводини је износила **9,3‰** и има неповољну вредност (повољне стопе наталитета су од 13 до 20‰). Слична ситуација је и у Београдском региону и региону Србија - југ (табела бр. 4).

Табела бр. 4 Број живорођене деце и стопе наталитета у 2012. години

Територија	Број живорођене деце	Стопа наталитета (‰)
Војводина	17.932	9,3
Београдски регион	18.362	11,0
Србија – југ	30.963	8,6

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2011.

3.1.2.2 Фертилитет

Фертилитет је позитивна компонента природног кретања становништва и најчешће се употребљава **општа стопа фертилитета** (однос броја живорођених на 1.000 жена фертилне доби (15-49 година), на одређеном подручју у току једне године). Уколико је стопа нижа од 50‰ сматра се да је фертилитет јако низак. У Војводини општа стопа фертилитета у 2012. години је износила **41,1‰**.

Специфичне стопе фертилитета представљају број живорођене деце коју су родиле жене одређене старости исказан на 1.000 жена те старости. Највиша стопа је код жена старости 25-29 година, а на одлагање рађања указује и податак да је стопа фертилитета код жена старости 30-34 године била виша него у категорији старости 20-24 године (прилог бр.3.1-2). Специфична стопа фертилитета жена 15-19 година је износила 20,5‰ и нижа је од стопе у Европском региону која је за период 2000-2008. године износила 24‰. Просечна старост мајке при рођењу детета у Војводини (28,6 година) је била нижа је у односу на старост мајки у Београдском региону (30,6 године) и тек нешто виша у односу на Србију-југ (28,0 година).

Стопа укупног фертилитета представља број живорођене деце на 1 жену фертилног доба. Уколико су вредности ниже од 2 долази до смањења броја становника и старења популације. У Војводини је у 2012. години износила **1,4** и

нижа је у односу на стопу укупног фертилитета у Европском региону у ком је износила 1,6 (2009. година).

3.1.2.3 Морталитет - смртност

Један од значајних индикатора здравственог стања је **општа стопа морталитета** која представља број умрлих на једној територији на 1.000 становника. Вредности изнад 12‰ се сматрају високим, а у Војводини је ова стопа износила **14,3‰** (табела бр. 5).

Табела бр. 5 Број умрлих и опште стопе морталитета у 2012. години

Територија	Број умрлих	Општа стопа морталитета (‰)
Војводина	27.470	14,3
Београдски регион	20.725	12,5
Србија – југ	54.205	15,0

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

Опште стопе морталитета су у свим окрузима Војводине имале високе вредности, при чему је најнижу вредност имао Јужнобачки округ (12,6‰), а највишу Западнобачки округ (16,2‰) (прилог бр. 3.1- 3).

За прецизнију анализу морталитета користе се специфичне стопе морталитета и најчешће се изражавају према полу и старости. **Специфична стопа морталитета мушкараца (14,7‰)** је била виша од **специфичне стопе морталитета жена (13,9‰)**. У првим годинама живота стопе морталитета су ниске и остају ниске до 54-те године за мушкарце, односно 64-те године за жене, када почињу значајније да расту (прилог бр. 3.1- 4).

Просечна старост умрлих лица у 2012. години била је **72,9 године** и већа је код жена (75,9 година) него код мушкараца (69,9 година). Нешто виша је била просечна старост умрлих забележена је у Београдском региону и региону Србија - југ (табела бр. 6).

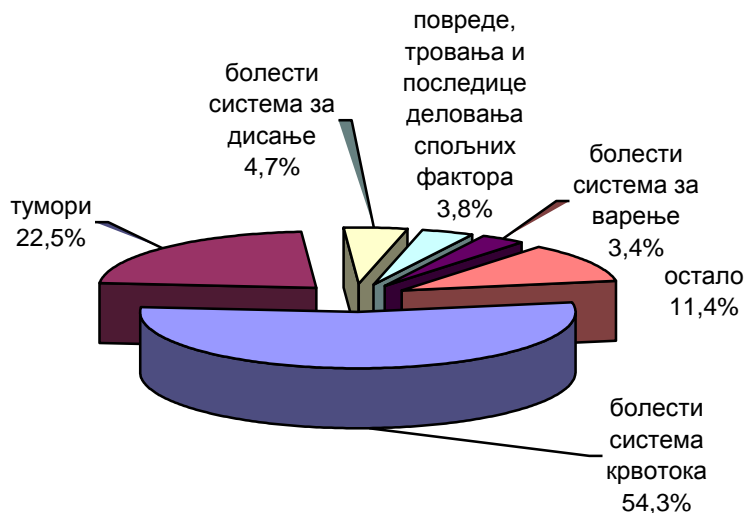
Табела бр. 6 Просечна старост умрлих према полу у 2012. години

Територија	Просечна старост умрлих, укупно (године)	Просечна старост умрлих мушкараца (године)	Просечна старост умрлих жена (године)
Војводина	72,9	69,9	75,9
Београдски регион	73,9	71,5	76,2
Србија - југ	74,4	72,1	76,7

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

Структура узрока смрти представља процентуално учешће појединих узрока смрти у односу на укупан број умрлих. Водећи узроци смрти становништва Војводине су масовне незаразне болести које чине више од 80% узрока смрти, што је карактеристично за развијене земље. Најчешћи узрок смрти су кардиоваскуларне болести („Болести система крвотока“) од којих је умрла свака друга особа (54,3%), а затим следе тумори (22,5%), болести система за дисање (4,7%), болести органа за варење (3,4%) и повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (3,8%) и последице деловања спољних фактора (3,8%) и (графикон бр. 1).

Графикон бр. 1 Водећи узроци смртности становништва Војводине у 2012. години



Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

Међу болестима система крвотока најзаступљенији узрок смрти су биле болести крвних судова мозга (21,8%) и исхемијске болести срца (19,4%). Најучесталији малигни тумори код мушкараца су били малигни тумори душника и плућа (32,6%) и малигни тумори дебелог црева и завршног црева (12,7%), док су код жена били малигни тумори дојке (18,3%) и малигни тумори душника и плућа (14,6%). Унутар групе „Болести система за дисање“ више од половине узрока смрти су биле хроничне болести доњих дисајних путева (58,4%), а затим по учесталости следе пнеумоније (23,1%). Услед повреда, тровања и последица

деловања спољних фактора умрле су 1.032 особе, што чини 3,8% свих узрока смрти. Скоро свака друга насилна смрт је била самоубиство (42,5%). Стопа самоубиства у Војводини је износила 22,8 на 100.000 становника и била је виша у односу на Београдски регион (11,5) и Србију-југ (17,0). Према подацима Светске здравствене организације стопа самоубиства је у Европском региону је износила 12,7 на 100.000 становника у 2010. години, док је у Европској унији била 10,3.

Веома значајан и осетљив индикатор здравственог стања становништва представља **стопа смртности одојчади** (број умрле одојчади на 1.000 живорођене деце у једној години). Циљ СЗО за европски регион је да до 2020. године смртност одојчади буде испод 20‰, а у земљама у којима је тај циљ достигнут тежити стопи од 10‰ и мање. У Војводини (**5,5‰**), Београдском региону (5,9‰) и Србији-југ (6,7‰) тај циљ је већ постигнут (табела бр. 7). У Европском региону смртност одојчади у 2009. години је износила 12‰.

Табела бр. 7 Смртност одојчади у 2012. години

Територија	Број умрле одојчади	Стопа смртности (‰)
Војводина	99	5,5
Београдски регион	108	5,9
Србија - југ	208	6,7

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

Матернални морталитет је један од најзначајнијих показатеља здравственог стања становништва. Искazuje се стопом која представља број умрлих жена услед компликација трудноће, порођаја и пуерперијума на 100.000 живорођене деце. Национални миленијумски циљ развоја у Републици Србији је смањити стопу матерналне смртности испод 5. Према подацима Републичког завода за статистику у Војводини у 2012. години **умрле су две жене** услед компликације трудноће, порођаја и пуерперијума (табела бр.8). У Европском региону стопа матерналног морталитета је у 2008. години износила 21/100.000 живорођених .

Табела бр. 8 Број умрлих жена услед компликација трудноће, порођаја и бабиња и стопе матерналног mortalитета 2012. години

Територија	Број умрлих жена	Стопа матерналног mortalитета
Војводина	2	11,2
Београдски регион	4	21,8
Србија - југ	4	12,9

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

3.1.2.4 Потенцијално изгубљене године живота

Још један од индикатора који се заснива на подацима о mortalитету су **потенцијално изгубљене године живота**. У Војводини је у 2012. години изгубљено 118.190 година због превремене смрти, односно 29,8% од укупно потенцијално изгубљених година у целој Србији (397.135 године). Релативно већи губитак година живота је у Војводини у којој је стопа потенцијално изгубљених година живота износила 69,6 година на 1000 становника, док је у Централној Србији ова стопа у истој години износила 60,7 година на 1000 становника због свих узрока смрти (прилог бр. 3.1- 5).

Број потенцијално изгубљених година живота на 1000 становника већи је у Војводини него у Централној Србији и то код оба пола. Разлика код женског пола у ове две регије је 5,7 година на 1000 жена, а код мушкараца 12 година/1000 мушкараца.

Највећи губитак услед преране смрти настаје због тумора (22,5 година) и већи је од броја изгубљених година живота услед болести система крвотока (19,3) и повреда и тровања (10,5 година). Број изгубљених година живота због тумора, болести система крвотока и повреда и тровања већи је у Војводини у односу на Централну Србију и то код оба пола (прилог бр. 3.1- 6).

3.1.2.5 Природни прираштај

За процену природног кретања становништва користи се и **стопа природног прираштаја**, која представља разлику између рађања и умирања изражену на 1.000 становника. Уколико у једној години више особа умре него што се роди природни прираштај има негативну вредност. Негативне вредности природног прираштаја указују на смањење броја становника, што се назива денаталитет или депопулација. Војводина (-5,0‰) али и остали делови Србије су у 2012. години имали неповољну вредност природног прираштаја (табела бр. 9). Посматрано по окрузима у Војводини, стопа природног прираштаја је у свим окрузима имала негативне вредности, а кретала се у распону од -8,8‰ (Западнобачки округ) до -1,8‰ (Јужнобачки округ) (прилог бр. 3.1-7).

Табела бр. 9 Стопе природног прираштаја и витални индекс у 2012. години

Територија	Стопа природног прираштаја (‰)	Витални индекс (%)
Војводина	-5,0	65,3
Београдски регион	-1,4	88,6
Србија – југ	-6,4	57,1

Извор података: Републички завод за статистику Србије. Саопштење СН40, Статистика становништва, Витални догађаји у Републици Србији, 2012.

3.1.3 Закључени и разведени бракови

У Војводини у 2012. години закључен је 9.501 брак, а стопа нупцијалитета (број закључених бракова на 1.000 становника) је била **4,9‰**. Исте године је разведено 2.378 бракова, а **стопа диворцијалитета** (број разведених бракова на 1.000 становника) је износила **1,2‰**. **Стопа разведених на 1.000 закључених бракова** у Војводини је износила **250,3‰**, односно сваки четврти брак се завршио разводом. Стопе нупцијалитета и диворцијалитета су више у односу на регион Србија-југ (прилог бр. 3.1- 8).

3.2 СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОКАЗАТЕЉИ

Социјално-економски услови и здравље становништва су нераскидиво повезани и снажно међусобно зависни. Негативни ефекти опште економске кризе, пад бруто домаћег производа, плата и пензија и велика незапосленост се снажно одражавају како на животни стандард тако и на здравље становништва Војводине.

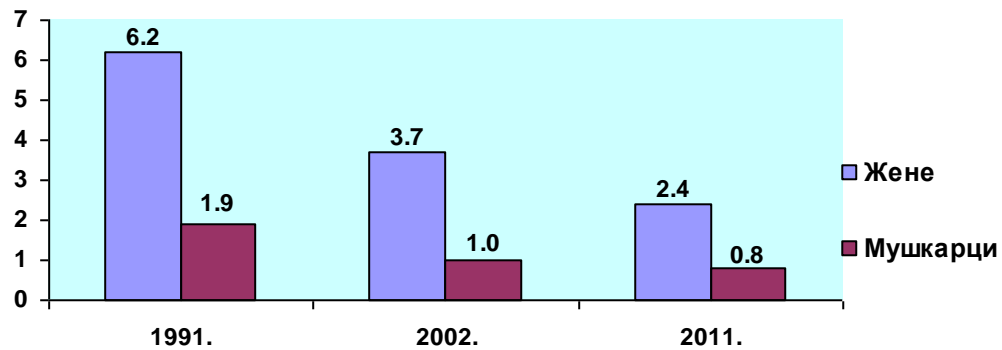
Бруто домаћи производ (БДП) као најважнији индикатор економског развоја, након пада 2009. године, поново бележи раст и у 2011. износи 4290 Еу по глави становника. **Просечна зарада** у Војводини у децембру 2012. године је 67.065 динара (48.266 без пореза и доприноса), што је виша вредност у односу на просек на нивоу Републике који је износио 65.165 динара (46.923 без пореза и доприноса). **Учешће укупних расхода за здравствену заштиту** у БДП у 2010. години је износило 10,4% (6,4% од стране Републичког фонда за здравствено осигурање). Номинално посматрано, укупни расходи за здравствену заштиту у 2010. години износе 412 Еу, односно 546 \$ по глави становника, при чему је учешће од стране РФЗО 240 Еу по глави становника. Проценат издвајања за здравствену заштиту од БДП у 2010. години (10,4%) је изнад просека Европске уније (9,88%) међутим, посматрано у апсолутном износу издвајање за здравство је ниског нивоа, што је последица ниског БДП.

Образовање

Два основна индикатора образовне структуре становништва, писменост и школска спрема показатељи су како нивоа образованости становништва, тако и достигнутог степена друштвено-економског развоја земље. Један од основних узрока сиромаштва је низак образовни ниво становништва. Ниво образовања има нарочито важан утицај на здравље јер одређује стил живота, избор понашања, здравствену културу а тиме утиче и на морбидитет и морталитет.

Писменост као образовна карактеристика становништва је основни предуслов за равноправно учешће појединца у економском животу друштва, за његову социјалну интеграцију и за унапређење здравља. Према последњем попису становништва из 2011. године (без података за АП Косово и Метохију) удео неписменог становништва старог 10 и више година у Војводини износи 1,59% и нешто је мањи у односу на проценат на нивоу Републике Србије (1,96%). Иако се број неписмених континуирано смањује, удео неписмених жена и даље је значајно већи у односу на мушки пол у Војводини (2,34% жене и 0,79% мушкарци) као и целој Србији (3,12% жене и 0,72% мушкарци) (Графикон бр.). Удео неписмених у Војводини је такође већи у ванградским местима у односу на градска (2,40% према 1,04%). Број неписменог становништва у Војводини и Србији је већи у односу на већину Европских земља (просек на нивоу ЕУ износи 1,3% а на нивоу Европског региона 2,0%).

Графикон бр. 2 Учешће неписмених у становништву узраста 10 и више година према полу у Војводини 1991, 2002, и 2011. година (%)



Извор: Статистички годишњак Р. Србије 1995. година, Попис становништва у Р Србији 2002. и 2011. година, Републички завод за статистику

Удео становништва по нивоима образовања је важан индикатор техничког образовања, квалификованости радне снаге, општег образовања и културе, али и неопходан предуслов за остварење бољег здравственог стања.

У Војводини највећи број становништва старости 15 и више година има завршену средњу школу (50,91%), међутим 13,0% нема основно школско образовање. Проценат више и високо образованих (14,1%) је још увек нижи у односу на ниво Републике (16,24%) и сврстава нас у земље са најнижим процентом високо образованог становништва у Европи (просек за високо образовано становништво старије од 25 година на нивоу ЕУ износи 24,65%) (табела бр 10).

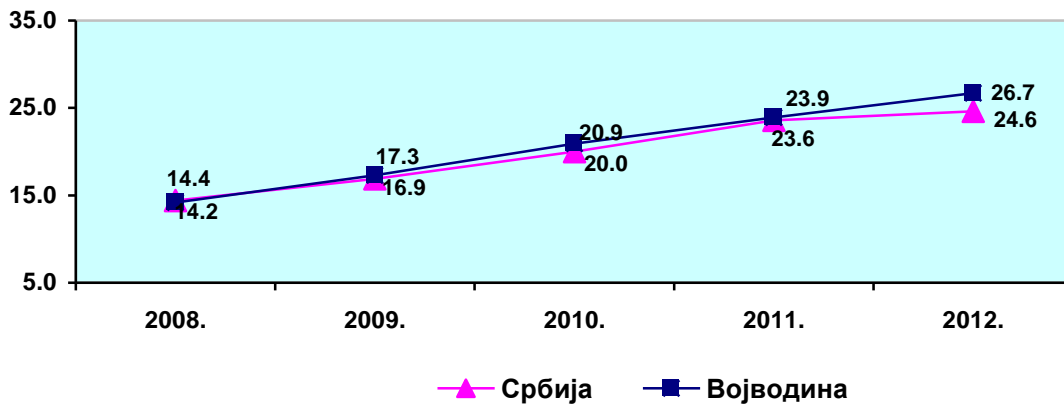
Табела бр. 10 Структура становништва према образовном нивоу (популација 15+)

СТЕПЕН ОБРАЗОВАЊА	ВОЈВОДИНА					СРБИЈА
	Пол		Тип насеља		Укупно	
	мушки	женски	урбана	остала		
Без школске спреме	1,14	3,43	1,58	3,41	2,33	2,68
Непотпуно основно образовање	7,44	13,70	7,16	15,83	10,68	11,0
Основно образовање	20,51	22,90	17,77	27,54	21,75	20,76
Средње образовање	57,08	45,16	54,08	46,28	50,91	48,93
Више образовање	4,85	4,95	6,18	3,02	4,90	5,65
Високо образовање	8,75	9,57	12,94	3,69	9,18	10,59
Непознато	0,23	0,29	0,29	0,23	0,26	0,40
Укупно	100,00%					

Извор: Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији. Републички завод за статистику

Незапосленост¹ представља један од највећих економских и социјалних проблема у свакој земљи, јер је повезана са сиромаштвом и ниским животним стандардом. Према Анкети о радној снази (АРС)² стопа незапослености у Војводини у 2012. износи 26,7%, што представља највишу стопу незапослености становништва у поређењу са Европском унијом (9,81%), земљама Европског региона (8,83%) и земљама у окружењу (осим Македоније и Босне и Херцеговине) (графикон бр.3).

Графикон бр. 3 Стопа незапослености у Републици Србији и Војводини у периоду 2008- 2012. година (%)



Стопа незапослености је у сталном расту а од 2009. године показује више вредности у односу на просек на нивоу Републике, да би у 2012. години Војводина имала највишу стопу незапослености (26,7%) у односу на све остале регионе у Србији (Београдски регион 21,6%, Шумадија и Западне Србија 23,7% и Југоисточна и Источна Србија 26,2%). Посматрано по окрузима Војводине, највише незапослених је у Јужнобачком округу (30,6%), док је најмање у Сремском округу (21,5%) (табела бр. 11).

Табела бр. 11 Стопа незапослености у Војводини у 2012. години (%)

Укупно	Пол		Округ						
	Мушки	Женски	Севернобачки	Средњебанатски	Севернобанатски	Јужнобанатски	Западнобачки	Јужнобачки	Сремски
26,7	26,6	26,9	23,8	23,7	24,8	24,5	30,4	30,6	21,5

Извор: Републички завод за статистику Србије, Анкета о радној снази 2012. година

¹ Стопа незапослености се рачуна као проценат незапослених од укупног броја активног становништва радног узраста (15-64 године).

² Анкету о радној снази сваке године спроводи Републички завод за статистику према методологији EUROSTAT-a (Statistical Office of the European Communities).

Према подацима Националне службе за запошљавање (НСЗ) у Војводини у децембру 2012. године је 200.956 лица било евидентирано као незапослено. Подаци о незапосленима према НСЗ се разликују од података АРС јер укључују сва лица евидентирана у овој служби без обзира да ли раде неформалне послове, при чему је велики број незапослених пријављен НСЗ због остваривања права за здравствено осигурање и новчану надокнаду, а истовремено ради неформалне послове (табела бр. 12).

Табела бр. 12 Незапослена лица у Војводини у децембру 2012. године

Укупно	Пол		Округ						
	Мушки	Женски	Севернобачки	Средњебанатски	Севернобанатски	Јужнобанатски	Западнобачки	Јужнобачки	Сремски
200.956	99.963	100.993	17.241	18.535	13.871	34.399	21.562	66.395	28.953

Извор: Национална служба за запошљавање, Месечни статистички билтен, децембар 2012.

3.3 МОРБИДИТЕТ

3.3.1 Ванболнички морбидитет

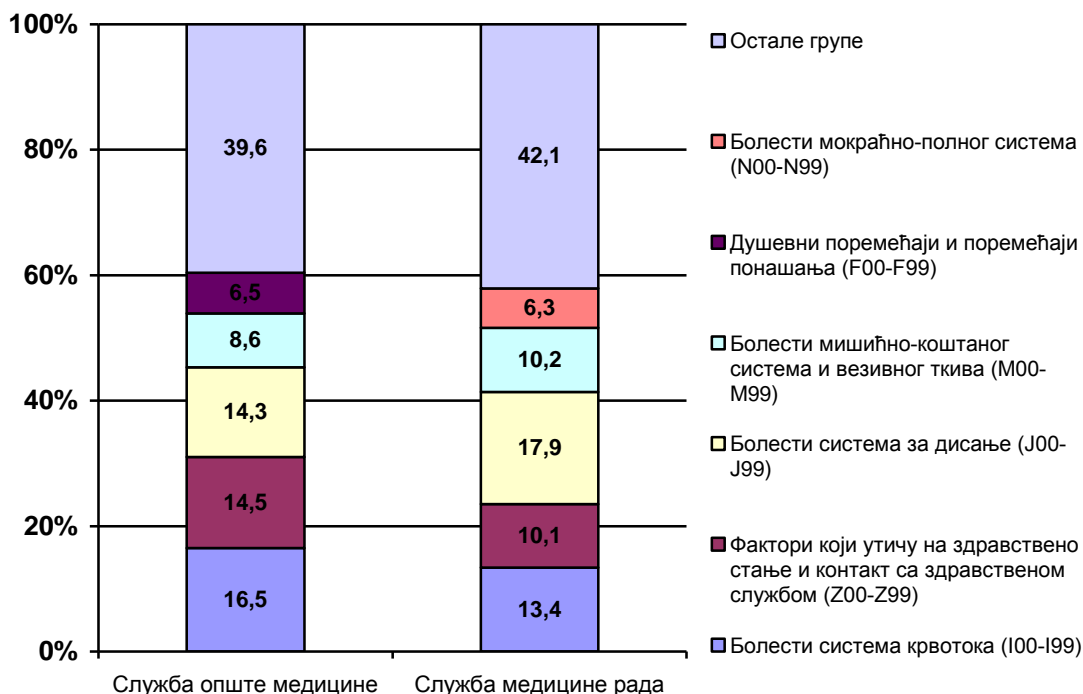
3.3.1.1 Служба опште медицине

У 2012. години у служби опште медицине укупан број регистрованих обољења је износио 2.760.080, а водеће групе болести су: болести система крвотока, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, болести система за дисање, болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, душевни поремећаји и поремећаји понашања (графикон бр. 2). Прва на лествици водећих дијагноза у укупном морбидитету је *повишен крвни притисак* (10,3%), следе је дијагнозе *лица у здравственим службама из других разлога* (7,2%) и *акутно запаљење ждрела и крајника* (6,3%) (прилог бр. 3.1- 9 и 10).

3.3.1.2 Служба медицине рада

Служба медицине рада пружа примарну здравствену заштиту запосленом становништву. Укупно регистрован морбидитет износио је 193.434, што је за 15% мање у односу на претходну годину. У водеће групе болести спадају болести система за дисање, болести система крвотока, болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и болести мокраћно-полног система (графикон бр. 4). Водећа дијагноза у овој служби је *повишен крвни притисак* (8,8%), следе је *акутно запаљење ждрела и крајника* (7,3%) и *лица која траже здравствене услуге ради прегледа и испитивања* (6,9%) (прилог бр. 3.1- 11 и 12).

**Графикон бр. 4 Водеће групе болести у службама опште медицине и
медицине рада у Војводини у 2012. години**



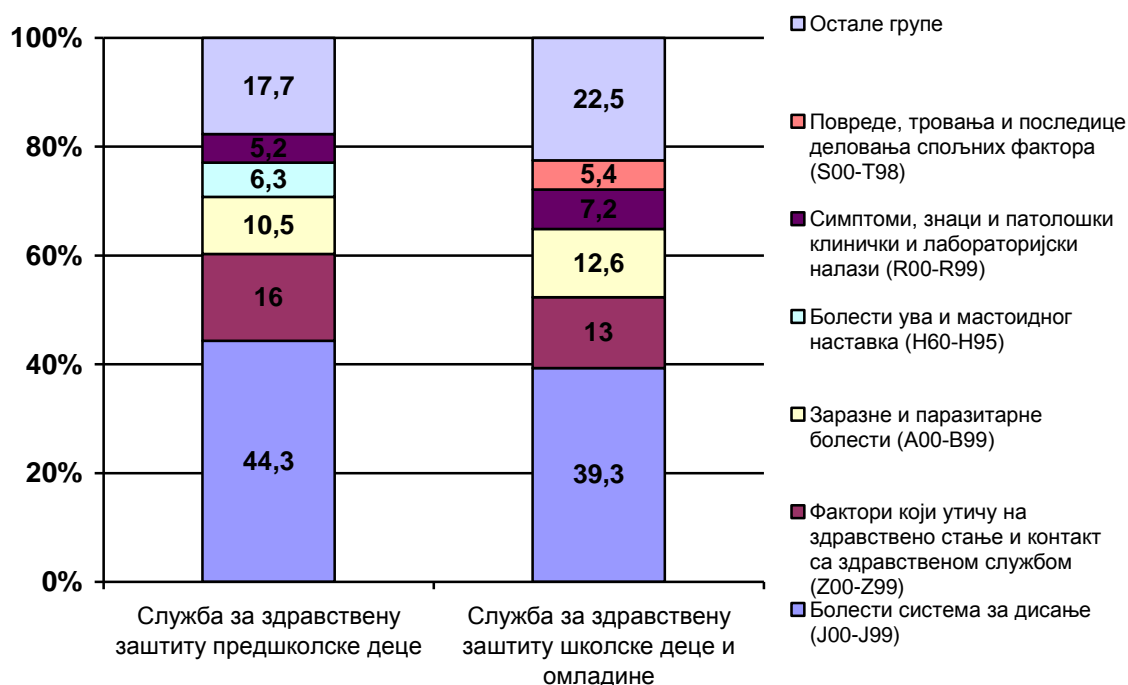
3.3.1.3 Служба за здравствену заштиту предшколске деце

У служби за здравствену заштиту предшколске деце укупно регистровани морбидитет је 617.243. Нешто мање од половине регистрованих дијагноза је из групе болести система за дисање, следи их група фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и заразне и паразитарне болести (графикон бр. 5). Свака пета дијагноза регистрована у служби за здравствену заштиту предшколске деце је *акутно запаљење ждрела и крајника* (19,6%), што је уједно и водећа дијагноза. Следе, *инфекције горњих респираторних путева* и *лица која траже здравствене услуге ради прегледа и испитивања* (прилог бр. 3.1- 13 и 14).

3.3.1.4 Служба за здравствену заштиту школске деце

Служба за здравствену заштиту школске деце регистровала је 549.732 обољења. Највећи удео у регистрованом морбидитету има група болести система за дисање (39,3%), с тим што посебан значај у овој категорији имају повреде, тровања као последица деловања спољних фактора који су превентабилни (5,4%) (графикон бр. 5). Водеће дијагнозе су: *акутно запаљење ждрела и крајника*, *инфекције горњих респираторних путева*, *лица која траже здравствене услуге ради прегледа и испитивања* (прилог бр. 3.1- 15 и 16).

Графикон бр. 5 Водеће групе болести у службама за здравствену заштиту предшколске деце и службама за здравствену заштиту школске деце и омладине у Војводини у 2012. години

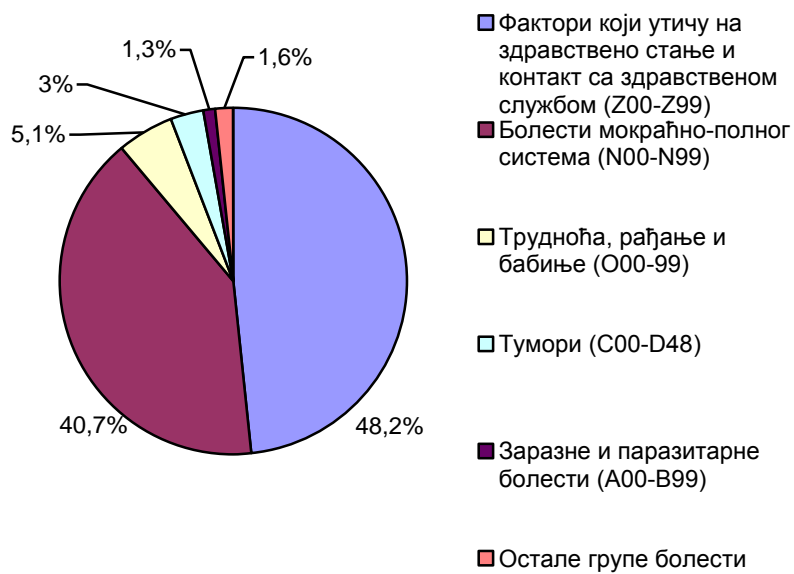


3.3.1.5 Служба за здравствену заштиту жена

У Војводини у 2012. години у овој служби регистровано је 236.345 дијагноза, а прве две водеће групе болести (фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом и болести мокраћно-полног система) чине скоро 90% регистрованог морбидитета (графикон бр. 6).

Прва на лествици водећих дијагноза у укупном морбидитету је *лица која траже здравствене услуге ради прегледа и испитивања*, следе је *друга запаљења женских карличних органа и препорођајни прегледи и друге контроле трудноће* (прилог бр. 3.1- 17 и 18).

Графикон бр. 6 Водеће групе болести у службама за здравствену заштиту жена у Војводини у 2012. години



3.3.2 Болнички морбидитет

На територији Војводине, према подацима за 2012. годину, у болничком морбидитету који се региструје у стационарним установама, најзаступљеније групе обољења су: тумори (21,0%), болести система крвотока (13,3%) и болести система за варење (9,6%), а затим следе болести мокраћно-полног система (9,0%) и болести система за дисање (7,7%) (графикон бр. 7).

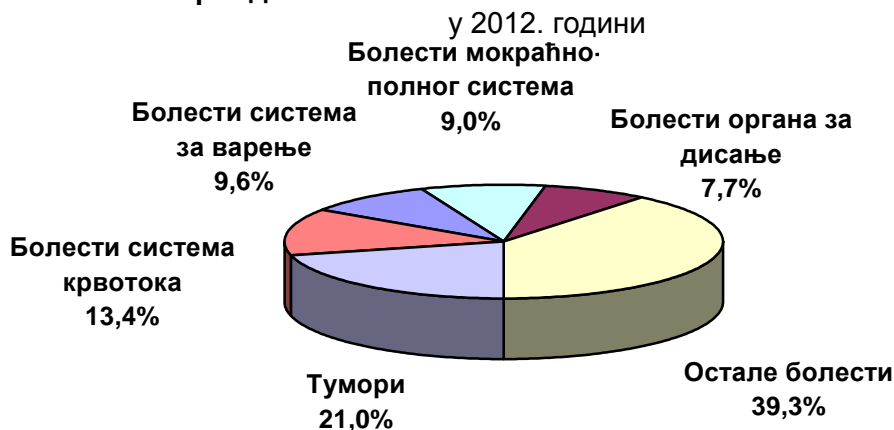
У структури болничког морбидитета у централној Србији доминирају болести система крвотока који учествују са 15,0%, а затим тумори (13,2%) и трудноћа, рађање и бабиње (9,0%), док се на четвтом и петом месту налазе болести система за варење (8,8%) и болести мокраћно-полног система (7,2%)³. С обзиром да болнички морбидитет није директан показатељ обољевања становништва већ говори више о коришћењу здравствене заштите, поменуте разлике у структури морбидитета произилазе из разлика у структури постојећих капацитета за стационарно лечење у Војводини и централној Србији као и разлика у доступности и другим факторима који утичу на коришћење здравствене заштите.

Као и претходних година, највећу просечну дужину лечења имају оболели од душевних поремећаја и поремећаја понашања (76,3 дана). На другом месту су стања у порођајном периоду (13,6 дана), док су на трећем месту болести нервног система (12,5 дана) и заразне и паразитарне болести (11,5 дана).

Од укупно 7.961 умрлих током 2012. године у стационарима Војводине, њих 3.166 (39,8%) је умрло од болести система крвотока, 1.733 (21,8%) од тумора, а 718 (9,0%) од болести система за дисање, док су болести система за варење са 627 умрлих (7,9%) на четвртом месту.

Леталитет који представља број умрлих на 100 лечених пацијената, у 2012. години као и у претходној години је највећи код болести система крвотока (11,0). На другом месту су симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (5,0), док су на трећем болести система за дисање (4,4).

Графикон бр. 7 Најчешће групе обољења у структури болничког морбидитета



³ Извор: Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2011. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" ИССН 2217- 3714. Београд 2012.

У укупном болничком морбидитету, посматрано према дијагнозама болести регистрованих у стационарним установама Војводине, у 2012. години прва три места по учесталости заузимају *злоћудни тумор дојке, злоћудни тумор душника и плућа и инфаркт мозга*. Просечна дужина болничког лечења је највећа код *других хроничних опструктивних болести плућа* и износи 18,4 дана. Друго место по дужини лечења заузима *инфаркт мозга* (13,4 дана), док је на трећем месту *запаљење плућа, микроорганизам неозначен* код кога просечна дужина лечења износи 13,3 дана.

Три водећа дијагностичка ентитета у болничком морбидитету мушкараца у 2012. години су *злоћудни тумори душника и плућа, препонска кила и инфаркт мозга*. Најчешћи узроци за болничко лечење жена у 2012. години су *злоћудни тумори дојке, следе инфаркт мозга и камен у жучној кеси*. Подаци о укупном болничком морбидитету и према полу, посматрано према дијагнозама болести су дати у прилозима бр. 3.1- 19 до 22.

3.3.3 Масовне незаразне болести

Сагледавање епидемиолошке слике о шећерној болести и акутном коронарном синдрому обезбеђују популациони регистри за ова обољења. Подаци из регистра се објављују у публикацијама „Инциденција и морталитет од дијабетеса у Србији“ и „Инциденција и морталитет од акутног коронарног синдрома у Србији“.

3.3.3.1 Шећерна болест

Према подацима регистра за шећерну болест у Војводини су у току 2011. године регистроване 92 особе узраста 0-29 година оболеле од шећерне болести типа 1, при чему је регистровано више оболелих код женског (48) него код мушког пола (44). У истом периоду регистрован је значајно већи број оболелих од типа 2 шећерне болести (4.807). И међу особама оболелим од типа 2 регистрован је већи број особа женског пола (2.468), него мушког пола (2.339). Стопе инциденције за тип 1 шећерне болести у узрасту 0-29 година је била виша за особе женског пола (14,7 на 100.000 жена), него за особе мушког пола (12,7 на 100.000 мушкараца). У односу на податке за Централну Србију, мушкарци у Војводини имају нижу стопу преваленције, док је за жене виша. Стопа инциденције за тип 2 шећерне болести на 100.000 становника у Војводини је била 246,9 за мушкарце и 247,2 за жене. У поређењу са Централном Србијом, стопе инциденције за шећерну болест типа 2 су више у Војводини (табела бр.13).

Табела бр. 13 Стопе инциденције за тип 1 и тип 2 шећерне болести на 100.000 становника у 2011. години

Територија	Стопа инциденције за тип 1 шећерне болести на 100.000 становника (0-29 година)		Стопа инциденције за тип 2 шећерне болести на 100.000 становника	
	Мушки пол	женски пол	мушки пол	женски пол
Војводина	12,7	14,7	246,9	247,2
Централна Србија	13,4	12,6	196,9	201,9
Србија укупно	13,2	13,2	210,3	214,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије. Инциденција и морталитет од дијабетеса у Србији 2011. Београд: Институт за јавно здравље Србије, 2012.

У току 2011. године у Војводини је умрло 339 особа од шећерне болести типа 1 и 361 особа од типа 2. Стопа морталитета за шећерну болест тип 1 је износила 14,8/100.000 за мушкарце и 19,9/100.000 за жене, док је за тип 2 била 15,6/100.000 за мушкарце и 21,3/100.000 за жене. Војводина има нижу стопу морталитета за тип 2 шећерне болести, док је за тип 1 виша него у Централној Србији (табела бр. 14).

Табела бр. 14 Стопе mortalитета за тип 1 и тип 2 шећерне болести на 100.000 становника, по полу у 2011. години

Територија	Стопа mortalитета за тип 1 шећерне болести на 100.000 становника		Стопа mortalитета за тип 2 шећерне болести на 100.000 становника	
	Мушки пол	женски пол	мушки пол	женски пол
Војводина	14,8	19,9	15,6	21,3
Централна Србија	9,6	13,2	19,1	25,0
Србија укупно	11,0	15,0	18,2	24,0

Извор података: Институт за јавно здравље Србије. Инциденција и mortalитет од дијабетеса у Србији 2011. Београд: Институт за јавно здравље Србије, 2012.

3.3.3.2 Акутни коронарни синдром

Акутни коронарни синдром обухвата клиничка стања која настају као последица акутне исхемије или некрозе миокарда и може да се испољи као: нестабилна ангина пекторис, акутни инфаркт миокарда са и без елевације СТ сегмента и изненадна срчана смрт.

У 2011. години у Војводини је регистровано 5.839 особа оболелих од акутног коронарног синдрома, међу којима је било више особа мушког пола (3.554). Стопа инциденције за акутни коронарни синдром је била значајно виша за мушкарце (375,2 на 100.000 мушкараца), него за жене (228,9 на 100.000 жена). Војводина има нешто ниже стопе инциденције у односу на стопе у Централној Србији (табела бр.15).

Табела бр. 15 Број новооболелих особа од акутног коронарног синдрома у 2011. години

Територија	Број новооболелих особа од акутног коронарног синдрома		Стопа инциденције за акутни коронарни синдром на 100.000 становника	
	Мушки пол	женски пол	мушки пол	женски пол
Војводина	3.554	2.285	375,2	228,9
Централна Србија	10.302	6.268	398,7	229,6
Србија укупно	13.856	8.553	392,4	229,4

Извор података: Институт за јавно здравље Србије. Инциденција и mortalитет од акутног коронарног синдрома у Србији 2011. Београд: Институт за јавно здравље Србије, 2012.

У Војводини је у току 2011. године умрло 1.548 особа због акутног коронарног синдрома, више мушкараца него жена. Стопе mortalитета за акутни коронарни синдром у Војводини су веома сличне стопама у Централној Србији. (табела бр. 16).

Табела бр. 16 Број умрлих особа од акутног коронарног синдрома у 2011. години

Територија	Број умрлих особа од акутног коронарног синдрома		Стопа mortalитета за акутни коронарни синдром на 100.000 становника	
	Мушки пол	женски пол	мушки пол	женски пол
Војводина	936	612	98,8	61,3
Централна Србија	2.581	1.658	99,9	60,7
Србија укупно	3.517	2.270	99,6	60,9

Извор података: Институт за јавно здравље Србије. Инциденција и mortalитет од акутног коронарног синдрома у Србији 2011. Београд: Институт за јавно здравље Србије, 2012.

3.3.4 Заразне болести

Заразне болести су обољења изазвана микроорганизмима или њиховим токсинима, која настају као последица директног преноса од зараженог човека или животиње или преко контаминираних хране, воде, средине, ваздуха или преко биолошких вектора (инсекти, крпељи). Применом вакцинације, регулисањем водоснабдевања, мерама асанације и подизањем животног стандарда, оболевање и умирање од многих класичних заразних болести је значајно смањено, а бројна обољења су у развијеном делу света елиминисана. Због појаве нових и до сада непрепознатих болести, опасности од импортовања из удаљених крајева света и ризика од погоршања епидемиолошке ситуације у ванредним приликама и условима глобалних климатских промена, ова група обољења и даље представља значајан јавноздравствени проблем.

Законом о заштити становништва од заразних болести одређене су заразне болести које угрожавају здравље становништва Републике Србије и чије је спречавање и сузбијање од општег интереса, као и мере за заштиту становништва од тих болести и начин њиховог спровођења. Овим Законом се утврђује да спровођење мера за заштиту становништва од заразних болести и обезбеђење средстава за њихово спровођење има приоритет у односу на спровођење осталих мера у области здравствене заштите.

3.3.4.1 Инциденција и mortalитет заразних болести

Током 2012. године у Војводини је пријављено преко 84.000 оболелих особа од заразних болести (без оболелих од грипа). Инциденција (број новооболелих на 100.000 становника) износи 4.375,7/100.000 и налази се на нивоу петогодишњег просека (табела бр. 17).

Табела бр.17 Кретање заразних болести у Војводини 2008 – 2012. година

Година	Број оболелих	Инциденција
2008.	95369	4693,4
2009.	91181	4487,3
2010.	81907	4030,9
2011.	91154	4485,9
2012.	84531	4375,7

Упркос значајној инциденцији, морталитет заразних болести (број умрлих на 100.000 становника), посматрано у целини, је низак. Од заразних болести, које подлежу обавезном пријављивању, у 2012. години је умрло 100 особа (табела бр. 18). Више вредности морталитета током последње две године, резултат су потпунијег пријављивања болесника, који су хоспитализовани због других, углавном тешких незаразних обољења, а инфективни агенс је био непосредни узрок смртог исхода.

Табела бр. 18 Смртни случајеви од заразних болести у Војводини 2008 – 2012. година

Година	Број умрлих	Морталитет
2008.	70	3,4
2009.	66	3,2
2010.	85	4,2
2011.	123	6,1
2012.	100	5,2

У структури узрока смртог исхода од заразних болести, сепса (тровање крви) је заступљена са 50% (табела бр. 19). Највећи број умрлих од сепсе су недоношчад и имунокомпромитоване старије особе. Пнеумонија (запаљење плућа) је други, најчешћи узрок смртог исхода (19%). Сви болесници са смртним исходом, боловали су од бактеријских пнеумонија, док код болесника од вирусних пнеумонија није регистрован неповољан исход. Највећи ризик од смртог исхода услед бактеријских пнеумонија имају најмлађи болесници и болесници старијих добних група. Од туберкулозе је умрло 12 болесника а просечна старост умрлих је 67 године. Бактеријски менингитиси представљају чест узрок тешких компликација и смртог исхода. Појединачни случајеви смртог исхода били су последица ентеритиса (запаљење црева) проузрокованог бактеријом *Clostridium difficile*, или неутврђеног инфективног агенса, хроничног хепатитиса Ц, ХИВ болести, лептоспирозе и тетануса.

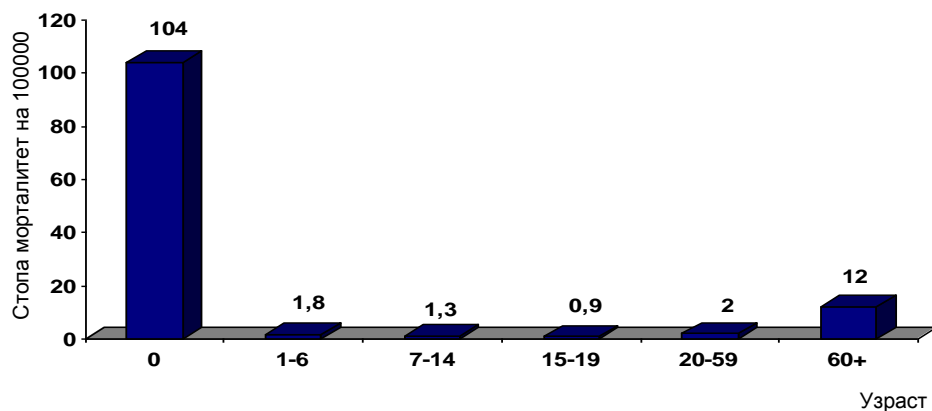
Мада епидемије грипа прати пораст броја умрлих, у 2012. години епидемија је била блажа у односу на претходне сезоне и смртни случајеви, повезани са инфекцијом вирусом грипа, нису регистровани.

Табела бр. 19 Структура узрока смртног исхода од заразних болести у Војводини у 2012. години

Обољење	Број умрлих	%
1. Сепса	50	50
2. Пнеумонија	19	19
3. Туберкулоза	12	12
4. Бактеријски менингитис	9	9
5. Ентеритис узроковани Clostridium difficile	3	3
6. Хронични хепатитис Ц	2	2
7. ХИВ болест	2	2
8. Лептоспирозе	1	1
9. Тетанус	1	1
10. Гастроентеритис инфективне етиологије	1	1
УКУПНО	100	100

Морталитет заразних болести према узрасту је и у 2012. години задржао карактеристичну дистрибуцију. Највећи ризик од смртног исхода имају најмлађи болесници. Специфични морталитет за узраст до 12 месеци (104,0/100.000) је вишеструко виши у односу на општи морталитет заразних болести. Пораст морталитета бележи се и за особе старије од 60 година (12,0/100.000). За остале добне групе морталитет је низак и налази се у распону од 0,9/100.000 до 2,0/100.000 (графикон бр. 8).

Графикон бр. 8 Стопа морталитета заразних болести према узрасту болесника у Војводини у 2012. годину

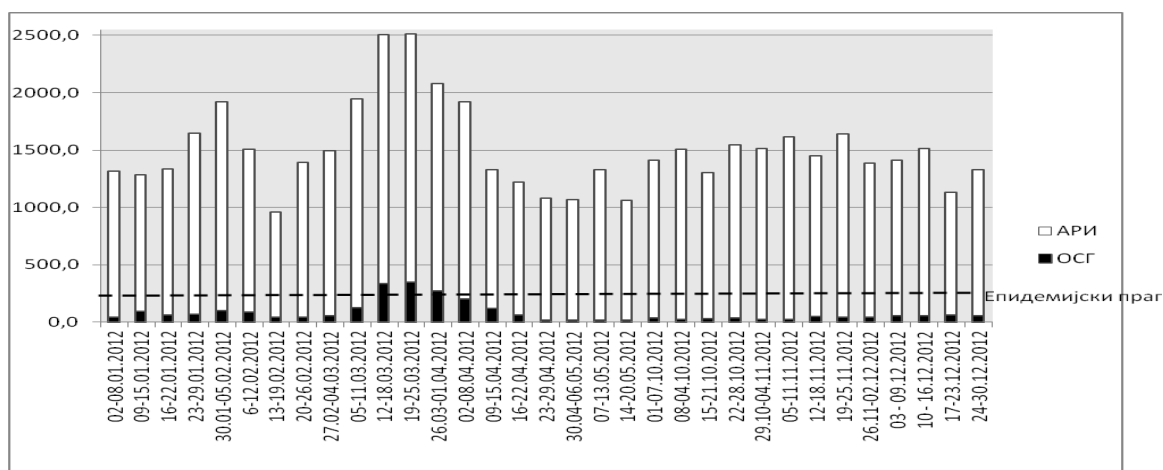


3.3.4.2 Грип

Епидемијско ширење грипа, условљава високу инциденцију, која у условима појачане активности вируса, премашује инциденцију свих осталих заразних болести, због чега се епидемиолошка ситуација овог обољења посебно прати и анализира.

У сезони 2011-2012. године, инциденција обољења сличних грипу се налазила изнад епидемијског прага за територију Војводине у периоду од 12. марта до 2. априла 2012. године (графикон бр. 9).

Графикон бр. 9 Инциденција акутних респираторних инфекција (АРИ) и обољења сличних грипу (ОСГ) на територији АП Војводине у сезони 2011/2012. година



Током читавог периода надзора, највеће вредности узрасно специфичне инциденције обољења сличних грипи регистроване су за добне групе од 0-4 и од 5-14 година. За добну групу од 15-64 године, узрасно специфична инциденција је била током читаве сезоне вишеструко нижа. Најниже вредности су регистроване за најстарију популацију, преко 65 година, а као резултат стеченог постинфективног имунитета током предходних сезона. Захваљујући високом колективном имунитету, сезона грипа је трајала краће, интензитет активности вируса грипа је био мањи и није регистрован ни један смртни исход повезан са оболевањем од грипа.

Током сезонског периода, у популацији су циркулисали тип А и тип Б вируса грипа. Вируси грипа су потврђени у 50 узорка болесничког материјала од 94 (53,2%) испитана узорка. Као и у читавој Европи, и код нас је доминирао подтип Х3Н2. Учешће овог подтипа, у укупном броју позитивних изолата у Војводини, износило је 94%.

Обухват становништва Војводине вакцинацијом против грипа је и даље мали. У 2012. години вакцинисано је 52.900 особа, што је за 12% мање вакцинисаних у односу на претходну годину. Највећи број вакцинисаних су особе старије од 65 година (52,6%) и хронични болесници (29,5%), (табела бр. 20).

Табела бр. 20 Имунизација против грипа у Војводини у 2012. години

Округ	Клиничке индикације	Епидемиолошке индикације					Укупно вакцинисаних
		Геронтолошки центри	Установе социјалне заштите	Здравствене установе	Јавне службе	Старији од 65 год.	
Севернобачки	1238	102	100	161	0	3413	5014
Средњебанатски	2936	137	0	387	58	3133	6651
Севернобанатски	420	85	26	937	49	2872	4389
Јужнобанатски	1389	224	387	2156	128	4518	8802
Западнобачки	1116	97	133	302	233	3569	5450
Јужнобачки	6299	860	565	629	601	5453	14407
Сремски	2222	153	0	648	287	4877	8187
УКУПНО	15620	1658	1211	5220	1356	27835	52900
%	29,5	3,1	2,3	9,9	2,6	52,6	100,0

Од 2009. године број вакцинисаних против грипа у Војводини континуирано опада. Пошто се број потребних доза вакцине планира у односу на утрошене дозе у претходној сезони, сваке године одређена количина вакцине остаје неискоришћена. Незаинтересованост за вакцинацију може бити последица релативно повољније епидемиолошке ситуације грипа у сезони 2011/12. године али и утицаја негативних медијских извештавања о пандемијској вакцини па и о имунизацији уопште. Овим се не може објаснити мали број вакцинисаних здравствених радника. Осим Јужнобанатског (64,3%) и Севернобанатског округа (59,5%), у свим осталим окрузима, обухват здравствених радника вакцинацијом против грипа је изузетно низак и креће се од 8,4% у Јужнобачком округу до 27,1% у Сремском округу (проценат вакцинисаних је изражен у односу на број здравствених радника у здравственим установама у државној својини, према подацима за 2011. годину).

3.3.4.3 Респираторне заразне болести

У спречавању и сузбијању респираторних заразних болести, опште превентивне мере не могу дати задовољавајуће резултате. Бројна обољења из ове групе, за која не постоји специфична превенција (вакцинација), карактерише неометан, природни ток са повременим епидемијским таласима. Епидемије се јављају када се број неимуних особа повећа. Колективни смештај у предшколским и школским установама још више доприноси ефикасности респираторног пута. Због тога водеће место у овој групи имају стрептококне инфекције, са учешћем од 78,5% и варицела, са учешћем од 12,5% (табела бр. 21).

Табела бр. 21

Структура респираторних заразних болести у Војводини у 2012. год.

Обољење		Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1.	Стрептококне инфекције	59802	3095,6	78,5
2.	Варичела	9549	494,3	12,5
3.	Бактеријске и вирусне пнеумоније	4341	224,7	5,7
4.	Шарлах	1607	83,2	2,1
5.	Инфективна моноклеоза	560	28,9	0,7
6.	Туберкулоза	260	13,5	0,3
7.	Бактеријски менингитис	48	2,5	0,1
УКУПНО		76167	3942,8	100,0

Пријављивање пнеумонија спроводи се на основу радиолошке и клиничке дијагнозе, а само у малом броју случајева је утврђен и етиолошки агенс. У 2012. години у 33 случаја изолован је *Streptococcus pneumoniae*, док је *Haemophilus influenzae* доказан код 1 болесника. Остали случајеви су пријављени као бактеријске пнеумоније (2945) и вирусне пнеумоније (1362) без лабораторијски утврђеног узрочника.

Бактеријске пнеумоније су најчешће код деце узраста до 4 године (242,3/100.000) и код особа старијих од 60 година (292,7/100.000). Мада у већини случајева етиолошки агенс није утврђен, према подацима из развијених земаља, најчешћи узрочник ових пнеумонија је бактерија *Streptococcus pneumoniae*, против које постоји вакцина али је њена примена код нас за сада врло ограничена.

Туберкулоза у Војводини, као и у читавој земљи има опадајући тренд и према глобалним критеријумима, наша земља је сврстана у ред земаља са ниским оптерећењем туберкулозом. Регистрована инциденција туберкулозе у Војводини је континуирано нижа у односу на вредности које се региструју у Републици Србији. У 2012. години у Војводини је пријављено 260 особа оболелих од туберкулозе. Инциденција од 13,5/100.000 је убедљиво најнижа инциденција од када се ово обољење прати. Смртни исход је регистрован код 12 особа са локализацијом процеса у респираторном тракту. Највећи број оболелих од туберкулозе су особе узраста 50-59 (27,4/100.000) и 40-49 година (15,9/100.000). Само једна оболела особа је била млађа од 14 година.

3.3.4.4 Цревне заразне болести

Заступљеност цревних заразних болести у националној патологији, у корелацији је са хигијенско-санитарним условима становања, социјално-економским условима живота, квалитетом водоснабдевања и диспозиције отпадних материја као и начином исхране.

У 2012. години у Војводини је пријављено 4.076 особа оболелих од цревних заразних болести (табела бр. 22). Инциденција од 211,0/100.000 је нешто нижа у односу на инциденцију регистровану претходне године.

Табела бр. 22 Структура цревних заразних болести у Војводини у 2012. години

Обољење	Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1. Ентеритиси и гастроентеритиси	2733	141,5	67,1
2. Тровања храном узрокована салмонелама (салмонелозе)	410	21,2	10,1
3. Ентеритиси узроковани бактеријом <i>Clostridium difficile</i>	470	24,3	11,5
4. Тровања храном осталим узрочницима	170	8,8	4,2
5. Ентеритиси узроковани бактеријом <i>Campylobakter jejuni/coli</i>	91	4,7	2,2
6. Менингитиси узроковани ентеровирусима	63	3,3	1,5
7. Хепатис А	68	3,5	1,7
8. Ламблијаза	16	0,8	0,4
9. Бациларна дизентерија	36	1,9	0,9
10. Амебијаза	2	0,1	<0,1
11. Хепатитис недиференциран	5	0,2	0,1
12. Стафилококно тровање храном	11	0,6	0,3
13. Ентеритиси узроковани бактеријом <i>Yersinia enterocolitica</i>	1	<0,1	<0,1
УКУПНО	4076	211,0	100,0

Заразни проливи (ентеритиси и гастроентеритиси) представљају водећа обољења у групи цревних заразних болести. У 2012. години заступљени су са 67,1%. Због обично благог тока и кратког трајања, дијагноза се најчешће поставља на основу клиничке слике, без утврђеног узрочника, а оболели се региструју као појединачни, епидемиолошки неповезани случајеви.

У нашој земљи заразни проливи вирусне етиологије не подлежу обавезном пријављивању. Према епидемиолошким подацима из развијених земаља, у којима се спроводи вирусолошка дијагностика, рота вируси су водећи узрочници ових обољења у децем узрасту а норо вируси су најчешћи узрочници епидемија цревних заразних болести. С обзиром да против рота вируса постоји вакцина а да је против норо вируса вакцина у развоју, значајно је познавати оптерећење овим болестима и њихово учешће у националној патологији. С тим циљем је у оквиру пограмских активности које подржава Покрајински секретаријат за здравство, социјалну политику и демографију, започето испитивање на рота, норо и астро вирусе код пацијената који су због теже клиничке слике хоспитализовани. Код 30,1% испитаних пацијената доказани су рота вируси, код 20,4% норо вируси, а у појединачним случајевима астро вируси или мешане инфекције.

Салмонелозе су и даље значајан епидемиолошки проблем широм света али се у развијеним европским земљама последњих година бележи континуиран пад броја оболелих. Мада су салмонеле и даље у Војводини најчешћи узрочници тровања храном, ова обољења имају опадајући тренд а регистрована инциденција од 21,2/100.000 је најнижа у протеклих 5 година.

У 2012. години пријављено је 12 епидемија тровања храном које су узроковане салмонелама, у којима је оболело 56 особа. Епидемиолошким истраживањем је утврђено да је највећи број епидемија везан за породични начин исхране и неправилну термичку обраду намирница анималног порекла, које су

примарно контаминирани салмонелама. У 75% епидемија контаминирани намирницу су представљала јаја.

Док су салмонелозе последица примарне контаминације хране, остала тровања храном су најчешће последица секундарне контаминације намирница, која се дешава због неправилног поступка у припреми и чувању. Ови микроорганизми су у 2012. години узроковали 10 епидемија тровања храном, у којима су оболеле 63 особе.

Број оболелих у епидемијама тровања храном представља 20,4% свих оболелих са овом дијагнозом, док су остали случајеви пријављени као појединачна обољења. На основу високог учешћа појединачних случајева, код којих епидемиолошким испитивањем нису могли бити утврђени начин и место заражавања, претпоставља се да је проблем тровања храном реално и већи.

У 2012. години регистрован је 91 болесник са симптомима ентеритиса чији је узрочник бактерија *Campylobacter jejuni/coli*. Овај микроорганизам се убраја у најчешће „троваче храном“ у земљама Европске уније. Ниска инциденција у Војводини, као и у читавој земљи, последица је инсуфицијентности лабораторијске дијагностике. Ово потврђује чињеница да је највећи број оболелих од тровања храном проузрокованих овом бактеријом, дијагностикован у Јужнобачком округу (69,2%), односно у Граду Новом Саду, где су дијагностичке могућности највеће.

Епидемиолошка ситуација хепатитиса А у Војводини је повољна. Након епидемијског таласа, који је имао врх у 2007. години, са 539 регистрованих случајева, ово обољење има опадајући тренд. У 2012. години пријављено је укупно 68 оболелих. С обзиром да инфекција хепатитис А вирусом оставља доживотни имунитет, пад инциденције је праћен порастом осетљиве популације. Агломерација осетљивих лица, у условима неадекватне хигијене, нерешене диспозиције отпадних материја, пропуста у водоснабдевању или елементарних непогода, може да представља ризик за погоршање епидемиолошке ситуације.

3.3.4.5 Сексуално преносиве болести

У групу заразних болести које се преносе полним путем, поред класичних полних болести, сврстана су и обољења која имају више путева преношења, укључујући и полно преношење (вирусни хепатитиси Б и Ц).

Ова група обољења представља озбиљан социјални и медицински проблем у читавом свету. Сматра се да регистрована инциденција не одражава реално стање а ширењу ових инфекција доприноси високо учешће асимптоматских и непрепознатих инфекција, нејављање лекару, због страха или стида и нелечење сексуалног партнера.

У 2012. години у Војводини је пријављено 890 особа оболелих од сексуално преносивих болести. Начешћа сексуално преносива болест је полна хламидијаза са учешћем од 71,6% (табела бр. 23). Током последње деценије број регистрованих инфекција је у значајном порасту у многим европским земљама, а резултат је чешћег лабораторијског тестирања. У Војводини је највећи број полне хламидијазе регистрован у Јужнобачком округу. У 2012. години највећи број оболелих је дијагностикован у Севернобачком округу (58,9%) где се оваква тестирања сада чешће спроводе или се ова инфекција боље региструје, а затим у Јужнобачком округу (38,3%). У осталим окрузима надзор је и даље инсуфицијентан а ово обољење региструје се у појединачним случајевима.

Табела бр.23 Структура сексуално преносивих болести у Војводини у 2012. години

Обољење	Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1. Полна хламидијаза	637	33,0	71,6
2. Хепатитис Б (акутни и хронични)	108	5,6	12,1
3. Хепатитис Ц (акутни и хронични)	97	5,0	10,9
6. Сифилис	22	1,1	2,5
5. Гонореја	18	0,9	2,0
4. ХИВ болест (АИДС)	8	0,4	0,9
УКУПНО	890	46,1	100,0

Због тешког клиничког тока, често неповољног исхода и доживотног носилаштва вируса, вирусни хепатитиси Б и Ц представљају значајне епидемиолошке проблеме. Мада се ова обољења најчешће региструју као појединачни, епидемиолошки неповезани случајеви а ризикофактори се процењују на основу анамнестичких података, широким епидемиолошким истраживањем током 2012. године, откривене су три епидемије. По једна епидемија хепатитиса Б и хепатитиса Ц је откривена међу онколошким болесницима док се једна епидемија хепатитиса Б ширила сексуалним контактном између мушкараца који имају сексуалне односе са мушкарцима.

На територији Војводине, током 2012. године, пријављена су 24 случаја ХИВ инфекције и 8 случајева симптоматске ХИВ инфекције (АИДС-а). У 20 случајева (83,3%) се радило о сексуалном путу заражавања. Доминантна трансмисивна група су и даље мушкарци који имају сексуалне односе са мушкарцима.

Према подацима Покрајинског регистра ХИВ инфекција, на крају 2012. године 243 грађана Војводине зна да живи са ХИВ-ом, од којих је 63 (26,0%) оболело. Случајеви ХИВ инфекције забележени су у 37 од 45 војвођанских општина. Највећи број је са подручја Јужнобачког округа (38,1%) и Јужнобанатског округа (18,4%) а најмањи број је на подручју Севернобанатског (4,6%) и Средњебанатског округа (2,9%).

У 2012. години регистрована су 22 случаја сифилиса и 18 случајева гонореје. Оба обољења су значајно чешће регистрована код особа мушког пола (10:1 односно 8:1).

3.3.4.6 Векторске болести

Болести, које се преносе посредством вектора, најчешће инсеката и крпеља, представљају велику групу разнородних болести, од којих су у Војводини до 2012. године регистрована једино жаришта лајмске болести.

Глобална географска дистрибуција лајмске болести је у корелацији са распрострањеношћу крпеља. Жаришта су присутна на подручјима са умереном климом, која погодује биолошком циклусу овог вектора. У Војводини се лајмска болест региструје на подручју свих округа, али је највећи број оболелих (70,1%) са територије Јужнобачког округа. Епидемиолошким испитивањем утврђено је да је

највећи број оболелих имао увод крпеља у току боравка на излетиштима и викендицама на Фрушкој Гори.

Демографске карактеристике оболелих од лајмске болести показују да су ризику од инфекције изложене особе свих узраста и оба пола. Ово обољење има наглашен сезонски карактер. Највећи број оболелих бележи се у летњим месецима, када је активност крпеља и експонираност људи, рекреативно и професионално, највећа. У Војводини се пораст броја оболелих бележи у периоду од маја до септембра, са максималним бројем оболелих у јулу и августу.

Глобалне климатске промене, које утичу и на географску дистрибуцију и бројност вектора, могу имати негативан утицај и на учесталост и дистрибуцију болести које они преносе. У 2012. години први пут су у нашој земљи откривени болесници од грознице западног Нила, коју преносе комарци, (табела бр. 24).

Грозница западног Нила је претходних година регистрована у више европских земаља, а у 2012. години дошло је до пораста броја пријављених случајева и географска експанзија болести, што може бити последица одређених епидемиолошких промена али и појачаног епидемиолошког надзора. Захваљујући чињеници да су у 2012. години по први пут створени услови за лабораторијско испитивање грознице западног Нила у нашој земљи а тиме и могућност да клиничари диференцијално дијагностички узму у обзир и ово обољење, откривена су 64 болесника, од којих је 16 болесника из Војводине.

Оболеле особе су са територије четири војвођанска округа (Севернобанатског, Јужнобанатског, Западнобачког и Сремског округа) што указује на широку распрострањеност жаришта. Дијагноза грознице западног Нила је постављена само код тешких, углавном неуроинвазивних облика болести, за које се процењује да чине мање од 1% укупног броја инфицираних. У свим случајевима се радило о старијим особама или хроничним болесницима који спадају у категорије са повећаним ризиком од тешког облика болести. Код 4 оболеле особе, обољење је имало смртни исход.

Табела бр.24 Структура векторских болести у Војводини у 2012. години

Обољење	Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1. Лајмска болест	244	12,6	93,5
2. Маларија	1	<0,1	0,4
3. Грозница западног Нила*	16	0,8	6,1
УКУПНО	261	13,5	100,0

*не подлеже обавезном пријављивању

У групи векторских болести континуирано се региструју и импортовани случајеви маларије. Један наш грађанин је у 2012. години, по повратку са привременог рада у Габону, оболео од маларије.

3.3.4.7 Зоонозе

Група зооноза обухвата обољења животиња која се различитим начинима могу пренети на људе. Број болести из ове групе се континуирано повећава. Од 335 новооткривених заразних болести, 71% припада зоонозама. Због тога ова обољења имају све већи глобални значај.

У 2012. години у Војводини је пријављена 121 особа оболела од зооноза. Мада је укупан број оболелих мали, распрострањеност жаришта трихинелозе, Кју

грознице, бруцелозе, мишје грознице (хеморагијске грознице са бубрежним синдромом), лептоспироза, антракса, тетануса и других зооноза, представља сталну потенцијалну опасност за становништво Војводине.

Табела бр. 25 Структура зооноза у Војводини у 2012. години

Обољење	Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1. Кју грозница	71	3,7	58,7
2. Токсоплазмоза	15	0,8	12,4
3. Ехинококоза	10	0,5	8,3
4. Трихинелоза	9	0,5	7,4
5. Хеморагијска грозница са бубрежним синдромом	8	0,4	6,6
6. Лептоспироза	7	0,4	5,8
7. Листерия	1	<0,1	0,8
УКУПНО	121	6,3	100,0

Кју грозница је ендемска зооноза у Војводини. Напуштањем номадског сточарења и редуковањем сточног фонда, пре свега оваца, као основних резервоара, у Војводини се више не јављају епидемије великих размера, какве су биле до краја 80-их година. Током 2012. године пријављена је 71 особа оболела од Кју грознице. Вишеструки пораст броја оболелих, последица је епидемије Кју грознице са 43 оболеле особе у Сремском округу а појединачни случајеви и мања епидемија регистровани су и на територији Средњебанатског и Јужнобанатског округа.

Од Кју грознице претежно оболевају власници домаћих животиња и чланови њихових породица. Пошто се шири ваздухом, ризику од инфекције је изложено и читаво становништво сточарских подручја. У Покрајини је ово обољење задржало карактеристичну демографску дистрибуцију са највећом специфичном инциденцијом за продуктивно становништво мушког пола. Однос оболелих мушкараца и жена је 3,5:1. Сезоност обољења је одређена интензитетом контаката са резервоарима, односно степеном излучивања инфективног агенса у спољну средину. Иако се у Војводини оболеле особе региструју током целе године, највећи број оболелих је у зимским месецима и суперпониран је са сезоном јагњења.

Трихинелоза је стално присутна на територији наше Покрајине. Региструје се континуирано од 1966. године, када је уведено обавезно пријављивање. Основни резервоар заразе трихинелозе у Војводини је домаћа свиња, а најризичније намирнице су димљене кобасице, које се, од свих традиционално конзервираних намирница, прве конзумирају након свињокоља или се најчешће налазе у нерегистрованој продаји.

Захваљујући предузетим мерама у погледу едукације становништва и стварањем услова за трихиноскопски преглед меса из приватне производње, број епидемија трихинелозе и укупан број оболелих у Војводини је значајно редукован. У 2012. години пријављена је једна епидемија трихинелозе са 4 оболеле особе на територији Града Новог Сада. Епидемија је пореклом из легалне производње и трговине меса и производа од свињског меса (кобасице). Остали пријављени случајеви су из Сремског округа, без утврђене епидемиолошке повезаности.

Жаришта лептоспирозе су у Војводини широко распрострањена, али блажи облици болести остају непрепознати и регистрацијом су обухваћени само тежи,

хоспитализовани болесници. У 2012. години регистровано је 7 случајева овог обољења. Болесници су са територије 5 војвођанских општина (Бечеј, Нови Сад, Србобран, Тител, Апатин и Алибунар). Епидемиолошким испитивањем је утврђено да је до заражавања долазило контактом са глодарима и контактом са контаминираним стајаћим водама, приликом пецања и рекреативних активности. Код једне оболеле особе клиничка слика је била тешка и са неповољним исходом.

3.3.4.8 Болести које се могу превенирати вакцинама

Повољна епидемиолошка ситуација заразних болести, против којих се спроводи систематска вакцинација, резултат је дугогодишњег успошног спровођења програма имунизације и високог обухвата становништва имунизацијом. Међутим, ризик од импортовања вакцинабилних болести је стално присутан, а недостатак вакцина у 2012. години представља реалну претњу од погоршања епидемиолошке ситуације и угрожавања постигнутих резултата.

У овој групи обољења, у 2012. години, регистровано је епидемијско ширење мумпса (заушак), пораст дијагностикованих случајева пертусиса (великог кашља) и појединачни случајеви рубеоле и тетануса (табела бр. 26).

Табела бр.26 Структура болести које се могу превенирати вакцинама у Војводини у 2012. години

Обољење	Број оболелих	Инциденција	% учешћа
1. Мумпс	359	18,6	94,2
2. Пертусис	20	1,0	5,2
3. Тетанус	1	<0,1	0,3
4. Рубеола	1	<0,1	0,3
УКУПНО	381	19,7	100,0

Мада је увођење имунизације против мумпса довело до значајне редукције инциденције, последњих година су у више европских земаља регистроване епидемије овог обољења. За разлику од превакциналног периода, када су највише оболевала деца млађег узраста, епидемије мумпса сада погађају адолесценте и адулте. Разлози избијања епидемија мумпса се разликују од земље до земље и укључују дужину вакциналног периода, обухват вакцинацијом и ефикасност примењене вакцине.

У Војводини је у 2012. години пријављено 359 оболелих од мумпса, од којих су 238 (66,3%) старији од 20 година. Први случајеви мумпса су регистровани средином јануара, међу студентима у Новом Саду. Епидемиолошким испитивањем оболелих су добијени подаци да су током божићних и новогодишњих празника боравили у Босни и Херцеговини, где је у току била велика епидемија мумпса. Преко оболелих, мумпс је импортован у друга подручја Војводине, са епидемијским ширењем у Јужнобачком, Севернобачком и Сремском округу.

Пертусис је обољење које је и даље ендемски присутно широм света. Пораст обухвата имунизацијом није довео до очековане елиминације пертусиса већ је дошло до ендемизације, а многе развијене земље региструју пораст инциденције. Као најчешћи разлози, наводе се: пораст препознатих случајева болести међу адолесцентима и адултима, ограничено трајање вакциналног имунитета и антигенске промене узročника.

Услед непостојања адекватног надзора, дефицитарне лабораторијске дијагностике и следствено инсуфицијентног пријављивања, ово обољење је у

Војводини регистровано дисконтинуирано, у облику појединачних случајева и без етиолошке потврде. Због хетерогености клиничке слике, промењене дистрибуције болести у популацији услед дугогодишње примене вакцине али и уверења лекара да након вишедеценијске имунизације ове болести нема, сумња на пертусис се у пракси ретко поставља.

Све до 2012. године, пријављивањем су обухваћени само хоспитализовани пацијент, а дијагноза је постављена искључиво на основу клиничке слике. Сви случајеви великог кашља су регистровани код деце до пет година, а око 70% оболелих било је млађе од 24 месеца, када је ова болест најтежа и захтева хоспитално лечење.

Активни надзор над пертусисом у Војводини имплементиран је 2012. године у склопу пројекта подржаног од Покрајинског секретаријата за здравство, социјалну политику и демографију. У оквиру овог надзора откривено је 11 болесника. Демографска дистрибуција оболелих од пертусиса, који су откривени активним надзором, у потпуности је различита од демографске дистрибуције која се региструје пасивним надзором. Најмлађи болесник је имао 5 година а најстарији 42 године. Пре имплементације пројектних активности, у току 2012. године, пријављено је 9 случајева пертусиса код невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце најмлађег узраста.

Ови резултати указују да је број оболелих од пертусиса већи у односу на број регистрованих болесника. Изразита субрегистрација је код деце школског узраста и старијих категорија становништва. Обољевање вакцинисаних лица, због ограниченог трајања вакциналног имунитета и померање оболевања према старијим добним групама, указују на неопходност промене стратегије имунизације и увођење нових доза пертусис вакцине.

Мада је рубела обично благо обољење, са ретким компликацијама, због високог тератогеног потенцијала вируса рубеоле, уведена је имунизација против рубеоле и надзор над конгениталним рубеола синдромом.

Рубеола се у Војводини региструје дисконтинуирано, у облику појединачних случајева. И поред епидемијског ширења рубеоле, које је почело крајем 2011. године и захватило више европских земаља, са око 26.000 оболелих у 2012. години, епидемиолошка ситуација рубеоле у Војводини је остала повољна.

Због редукованог прокужавања вирусом рубеоле током последње деценије и пропуштених имунизација у прошлости, као и актуелних проблема у набавци и дистрибуцији вакцина у 2012. години, постоји ризик од погоршања епидемиолошке ситуације рубеоле и у Војводини, укључујући и ризик од јављања конгениталних инфекција вирусом рубеоле.

Упркос изразито тетаногеном војвођанском подручју, захваљујући успешној имунизацији, тетанус је сведен на појединачно јављање. У 2012. години оболела је једна особа, код које је регистрован смртни исход. Тетанус се јавио после безазлене повреде, због које није тражена лекарска помоћ. У медицинској документацији није било података о претходној имунизацији.

У 2012. години епидемиолошка ситуација морбила у Европи била је значајно повољнија у односу на предходну годину, када је више европских земаља било погођено великим епидемијама морбила. Мада је ризик од импортовања морбила стално присутан, епидемиолошка ситуација морбила је у Војводини остала повољна и случајеви морбила нису регистровани.

Наша земља је заједно са другим земљама Европског региона, 2002. године стекла статус земље без полиомијелитиса. У свету још увек постоје ендемска жаришта из којих се полиомијелитис стално импортује у неендемска подручја. Због тога је одржавање статуса земље без полиомијелитиса усмерено на постизање и

одржавање високог обухвата правовременом вакцинацијом и високог квалитета надзора над акутном флацидним парализом (АФП), са посебним акцентом на високоризичне популације и подручја. Надзор над АФП у нашој земљи успостављен је 1997. године, са циљем да се редукује ризик од могућег импортовања полио вируса. Последњих година, квалитет надзора у читавој земљи је значајно опао. У 2012. години је пријављено 6 случајева АФП са територије четири округа, што је два пута мање од очекиваног броја АФП случајева, који би задовољио основни критеријум квалитетног надзора.

3.3.4.9 Реализација програма обавезне имунизације

Међу свим мерама превенције заразних болести, имунизација представља најбржу, најефикаснију и економски највише оправдану меру, која је директно утицала на смањење оболевања и умирања, као и на измену структуре заразних болести у свету. Многа обољења, која су представљала прворазредне здравствене проблеме, захваљујући систематској имунизацији становништва, данас су у развијеном делу света елиминисана или су сведена на појединачно јављање.

Савремене технолошке могућности допринеле су да се стално усавршавају постојеће и добијају нове вакцине. На тај начин се повећава и број заразних болести, које се применом вакцина могу успешно спречавати и сузбијати. Листа обавезних вакцина се стално проширује и у нашој земљи. Данас се обавезна имунизација лица одређеног узраста у нашој земљи спроводи против 10 заразних болести и то: туберкулозе (БЦГ), великог кашља, дифтерије, тетануса (ДТП, ДТ, дТ), дечје парализе (ОПВ, ИПВ), морбила, рубеоле, мумпса (ММР), хепатитиса Б (ХБ) и инфекција изазваних бактеријом хемофилус инфлуенце тип Б (Хиб).

Спровођење програма обавезних имунизација у 2012. години на територији Војводине, као и читаве земље, било је отежано због дисконтинуитета у централизованом снабдевању вакцинама, што се одразило на правовременост имунизације и остварени обухват. Прерасподелом вакцина између округа/општина и надокнадом пропуштених имунизација, на крају 2012. године у Војводини, посматрано у целости, постигнут је висок обухват обвезника БЦГ, ДТП и ХБ вакцином у узрасту одојчета. Обухват испод жељеног ($\geq 95\%$) забележен је за вакцину против дечије парализе, ММР вакцину, Хиб и ХБ вакцину за ученике 6. разреда.

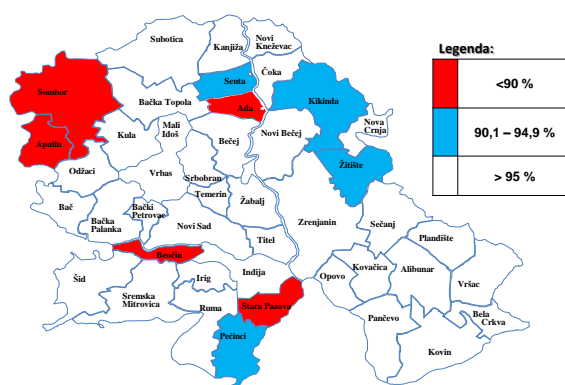
Потпуна вакцинација обвезника полио вакцином спроведена је код 94,2% обвезника, а ММР вакцином је вакцинисано 90,6% деце. Хиб вакцином је имунизовано 94,6% обвезника, а ХБ вакцину је примило 87,1% ученика 6. разреда.

Табела бр. 27 Обухват лица обавезном имунизацијом у АП Војводини у 2012. години

Вакцина	Проценат обухвата вакцинацијом	Проценат обухвата ревакцинацијом
БЦГ	98,9	/
ДТП	96,0	95,3
ДТ	/	97,7
дТ	/	92,1
ОПВ/ИПВ	94,2	91,5
ММР	90,6	93,5
Хиб	94,6	/
ХБ (одојчад)	96,7	/
ХБ (у 12. години)	87,1	/
ТТ (одрасли)	/	20,4

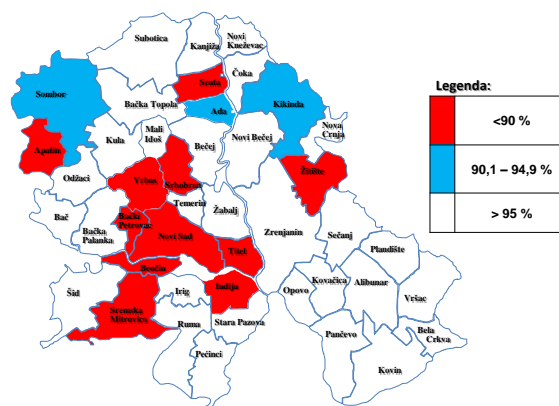
Ревакцинација против тетануса становника старости 30, 40, 50 и 60 година је уведена Правилником о имунизацији и начину заштите лековима 2006. године. Уходавање ове обавезе у пракси наилази на бројне проблеме (промена пребивалишта, непознавање претходног вакциналног статуса, неодазивање и осипање обвезника), а у 2012. години један од проблема је био и дисконтинуитет у снабдевању вакцинама. Због тога је остварени обухват низак и просечно износи 20,4%.

Мада је свим вакцинама (осим ХБ вакцине) и свим ревакцинама (осим ТТ вакцине) обухват преко 90%, постоје значајне територијалне разлике у оствареном обухвату. Домови здравља, који нису имали резерве вакцина из претходне године, због недовољних количина добијених вакцина током 2012. године, до краја године нису успели да надокнаде пропуштене имунизације. Обухват испод 90% ДТП и полио вакцином регистрован је на територији пет општина, ММР вакцином на територији 11 општина, а Хиб вакцином на територији шест општина. Обухват ХБ вакцином испод 90% регистрован је на територији три општине (у узрасту одојчета), односно на територији петнаест општина у узрасту од 12. година живота детета (картограми 1-5).



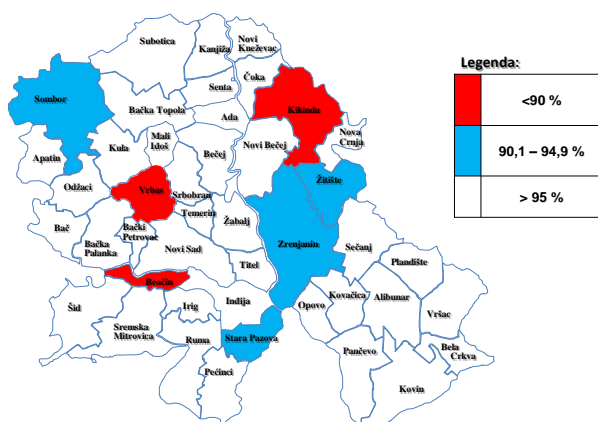
Картограм бр. 1

- Обухват имунизацијом против дифтерије, тетануса, великог кашља и дејче парализе у 2012. години на територији АП Војводине



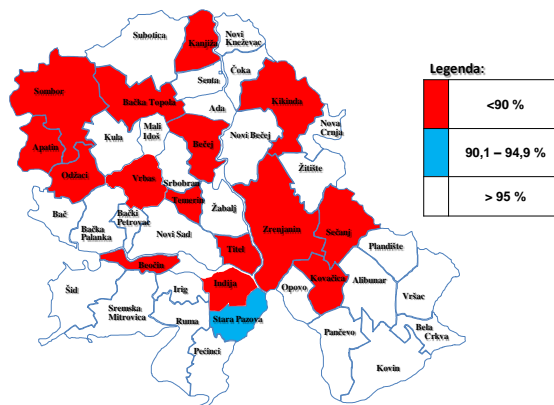
Картограм бр. 2

- Обухват имунизацијом против малих богиња, заушака и рубеле у 2012. години на територији АП Војводине



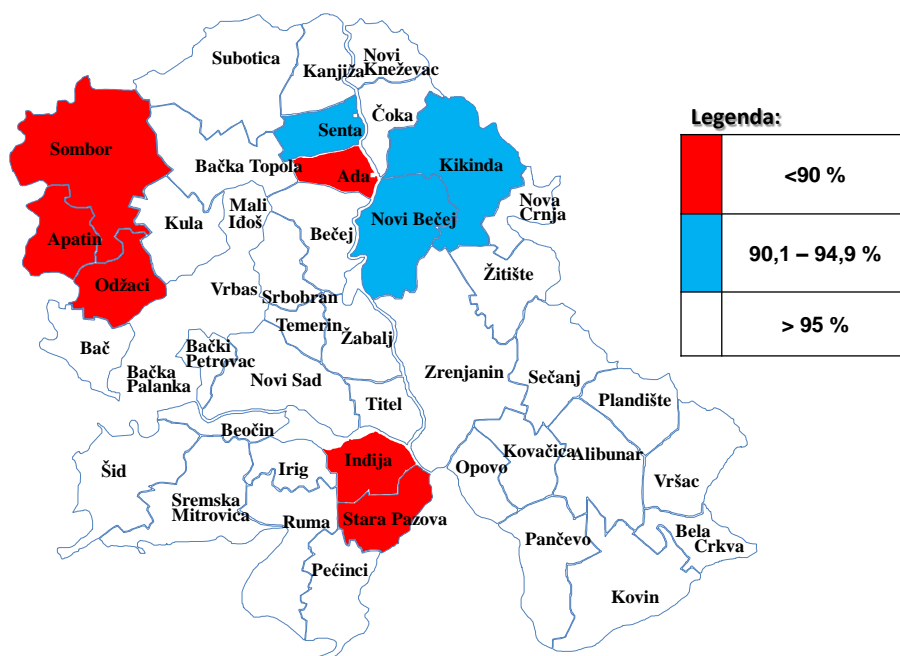
Картограм бр. 3

- Обухват имунизацијом против хепатитиса Б код одојчади у 2012. години на територији АП Војводине



Картограм бр. 4

- Обухват имунизацијом против хепатитиса Б у узрасту од 12 година у 2012. години на територији АП Војводине



Картограм бр. 5

- Обухват имунизацијом против обољења изазваних хемофилусом инфлуенце типа б у 2012. години на територији АП Војводине

3.4 ПОНАШАЊЕ ПОВЕЗАНО СА ЗДРАВЉЕМ

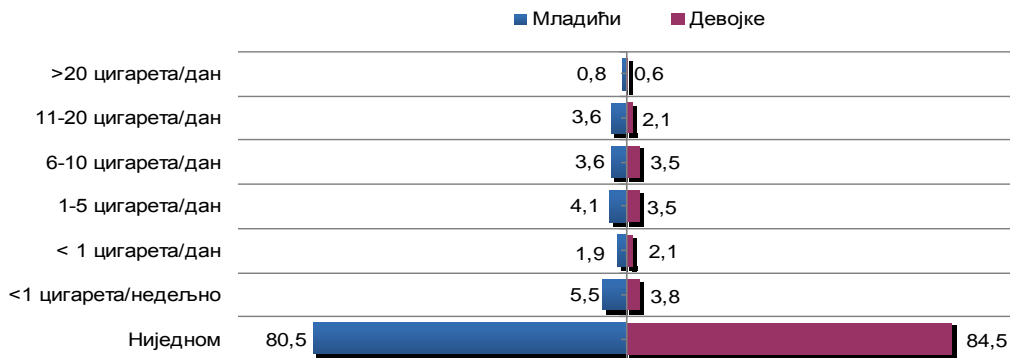
3.4.1 Раширеност пушења, употребе алкохола и дрога међу адолесцентима

Увид у раширеност (преваленцију) пушења, употребе алкохолних пића и злоупотребе дрога међу шеснаестогодишњацима у Новом Саду у 2012. години, дало је истраживање у оквиру пројекта “Супстанцу на дистанцу 2” Института за јавно здравље Војводине (уз финансијску подршку Градске управе за здравство Града Новог Сада), спроведено као студија пресека међу ученицима првих разреда државних средњих школа и гимназија у Новом Саду као циљном популацијом (обухваћен 16% узорак у 12 од 13 средњих школа/гимназија; 32 од 163 разреда; $n=706$), од 21. новембра до 3. децембра 2012. године, применом методологије „Европског школског истраживања о употреби алкохола и других дрога међу младима“ (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD*).

Основни подаци овог истраживања указују на следеће:

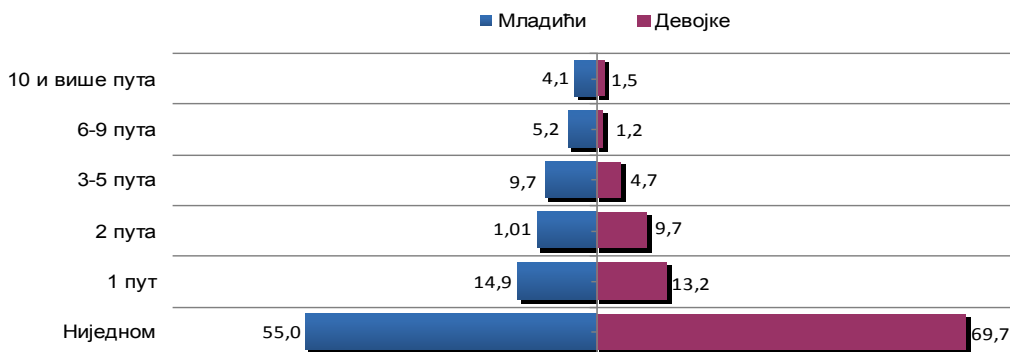
- Преваленција пушења током живота код ученика првих разреда средњих школа, узраста 16 година у Новом Саду је 37,7% (40,5% младића и 34,7% девојака), током последњих 30 дана је 17,6% (19,5% младића и 15,5% девојака), а свакодневна 12,6% (12,6% и код младића и код девојака), при чему је број дневно потрошених цигарета код ученика који су пушили поледњих 30 дана најчешће био мањи од 1 цигарете дневно (графикон бр. 10);

Графикон бр. 10: Потрошња цигарета у последњих 30 дана код шеснаестогодишњака у Новом Саду, 2012. година (ESPAD метод)



- Преваленција употребе алкохолних пића током живота код ученика првих разреда средњих школа, узраста 16 година у Новом Саду је 87,6% (91,5% младића и 83,4% девојака), током последњих 12 месеци је 76,1% (79,8% младића и 72,2% девојака), а током последњих 30 дана 55,1% (62,6% младића и 47,2% девојака), при чему је чак 38,0% шеснаестогодишњака (45,0% младића и 30,6% девојака) у последњих 30 дана било бар у једној прилици када су попили 5 или више алкохолних пића (графикон бр. 11);

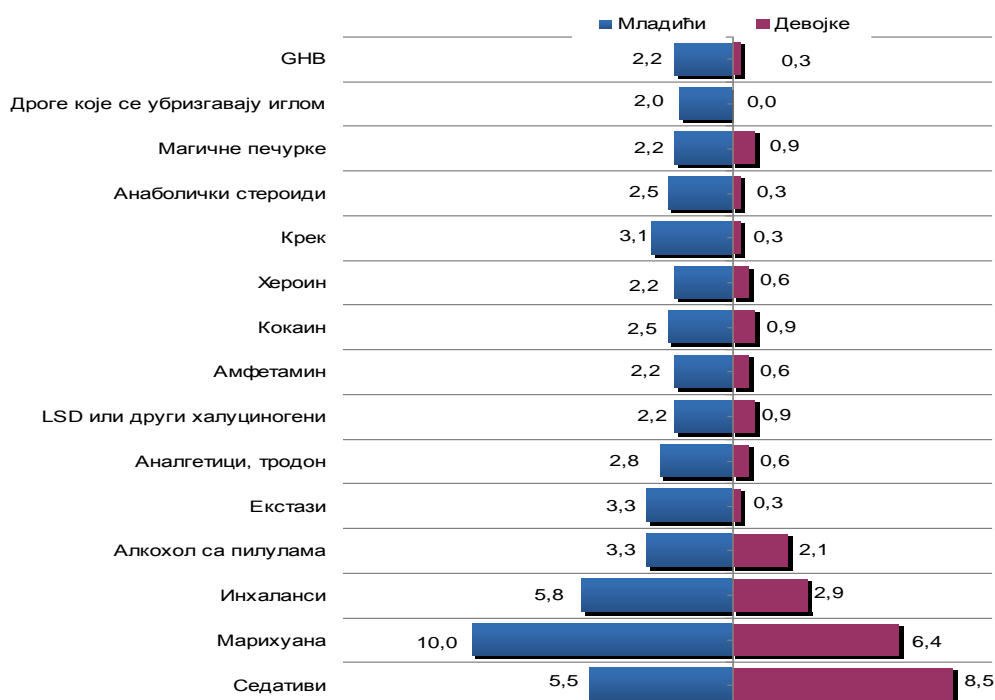
Графикон бр.11: Раширеност пијења 5 или више алкохолних пића у једној прилици у последњих 30 дана код шеснаестогодишњака у Новом Саду, 2012. година (ESPAD метод) ⁴



- Преваленција злоупотребе илегалних дрога (канабис, амфетамини, кокаин, крэк, екстази, *LSD*, хероин и *GHB*) током живота код ученика првих разреда средњих школа, узраста 16 година, у Н. Саду је 9% (11,0% младића и 7,0% девојака);
- Младићи у већем проценту злоупотребљавају све врсте дрога, осим средстава за смирење, чија је злоупотреба током живота заступљенија код девојака (9% наспрам 6%).
- Најчешће злоупотребљаване дроге у овом узрасту су канабис (преваленција током живота 8,3%), средства за смирење (7,0%) и инхаланси (4,4%) (графикон бр.12);

⁴ „Једна прилика“ се односи на један излазак, једну журку, један концерт, једно дружење са пријатељима и слично, док се под „пићем“ подразумева чаша/флаша/конзерва пива (око 0,5l), 2 чаше/флаше алкопопса (око 0,5l), чаша вина (око 1,5dl), чаша жестоког пића (око 0,5dl) или мешано пиће.

Графикон бр. 12: Раширеност злоупотребе дрога током живота код шеснаестогодишњака у Новом Саду, 2012. година (ESPAD метод)



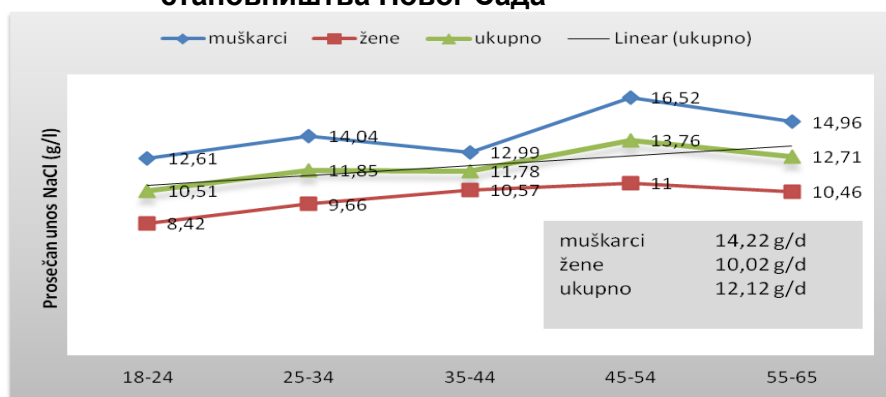
- Преваленција злоупотребе канабиса током живота код младића је 10%, а код девојака 6%; преваленција злоупотребе канабиса у последњих годину дана код младића је 9% а девојака 5%, док је у последњих 30 дана код младића 4%, а девојака 2%;
- Као значајни предиктори за злоупотребу канабиса бар једном у животу код шеснаестогодишњака у Новом Саду издвојили су се (по редоследу значајности): пријатељи који користе канабис, старија браћа и/или сестре који користе канабис, низак ниво образовања мајке (основна школа или мање), пушење некад у животу, живот без оба биолошка родитеља, недостатак контроле од стране родитеља и свакодневно пушење код испитаника.

3.4.2 Истраживање о уносу соли одрасле популације Новог Сада

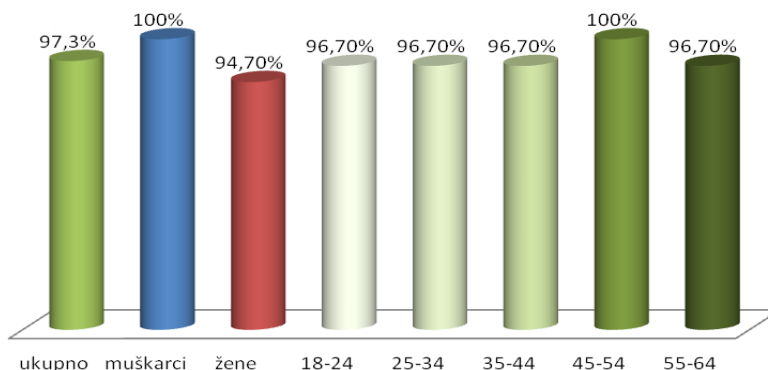
Утврђивање уноса соли у узорку одрасле популације Новог Сада је спроведено по међународно признатој методи одређивања екскреције натријума у двадесетчетворочасовном урину и по први пут у Србији је омогућило увид у величину уноса соли исхраном и преваленцију прекомерног уноса соли, једног од значајних чинилаца ризика за настанак бројних болести (повишен крвни притисак, кардиоваскуларне болести, мождани удар, смањена густина костију, отоци и сл.).

Истраживање је спроведено на узорку од 150 одраслих испитаника Новог Сада (75 жена и 75 мушкараца) старости од 18 до 65 година. Просечан унос соли износио је $12,1 \pm 4,8$ г, односно $14,2 \pm 5,0$ г код мушкараца, значајно више у односу на просечних $10,0 \pm 3,5$ г код жена (графикон бр. 13). Готово сви испитаници (97,3%) уносе количине соли које су веће од популационог нутритивног циља од 5г (графикон бр. 14), а ни један испитаник не уноси количине соли које се препоручују у оквиру нефармаколошког лечења хипертензије (1,5-3г).

Графикон бр. 13 Просечан нос соли по полу и урасту у узорку одраслог становништва Новог Сада



Графикон бр. 14. Процентуална дистрибуција испитаника који уносе со у количини већој од 5г дневно, укупно и у односу на пол и старосне групе



Гојазни, и испитаници централним распоредом телесне масти имају статистички веома значајно већи дневни унос соли у односу на физиолошки ухрањене испитанике. Са порастом индекса телесне масе, статистички високоснајно расте дневни унос соли. Утврђена је значајна позитивна повезаност између уноса соли и систолног и дијастолног крвног притиска.

Утврђени просечан унос соли у испитиваној популацији вишеструко превазилази популациони нутритивни циљ Светске здравствене организације од 5г. Добијени резултати указују на потребу хитне акције друштва у целини за смањење превеликог уноса соли. Декларисање, реформулација индустријски прерађених производа као и подизање свести потрошача о водећим изворима соли треба да буду основ за популационо и индивидуално смањење уноса соли.

3.5 ЖИВОТНА СРЕДИНА

3.5.1 Контрола безбедности хране намењене јавној потрошњи

Иако се болести које се преносе храном могу спречити, оне још увек представљају јавно-здравствени проблем у свету јер су одговорне за релативно висок ниво обољевања и умирања у општој популацији. Министарство здравља РС у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ сваке године, сходно законској обавези, израђује план мониторинга безбедности хране која је, сходно Закону о безбедности хране (Сл. гласник РС 41/09), у надлежности овог министарства: дијететски производи, со за људску употребу, адитиви за прехранбену индустрију и минералне и изворске воде. Контрола безбедности осталих прехранбених производа је у надлежности министарства надлежног за пољопривреду. На нивоу државе, односно АП Војводине не постоји интегрисани програм прикупљања, обраде и анализе података који се односе на контролу безбедности хране, а тиме се не остварује ни могућност процене ризика за здравље становништва.

3.5.1.1 Микробиолошка и физичко-хемијска контрола дечије хране, дијететских суплемента, соли за људску исхрану и адитива за прехранбену индустрију

У оквиру програма мониторинга **микробиолошке безбедности хране**, у 2012. години обухваћено је 196 узорак наведених група намирница. Један узорак (0,5%) био је микробиолошки неисправан (прилог бр. 3.5- 1, табела 1).

У оквиру програма мониторинга **физичко-хемијске безбедности хране** обухваћен је 261 узорак наведених група намирница. Од укупног броја контролисаних узорака, 19 (7,3%) узорака било је неисправно, а од тога, 18 узорака због неодговарајуће декларације и то:

- 5 (9,4%) од 53 контролисана узорка почетних формула за одојчад;
- 7 (12,5%) од 56 контролисаних прелазних формула за одојчад и малу децу,
- 3 (6%) од 50 узорака хране за старију одојчад и малу децу
- 3 (18,75%) од 16 контролисаних декларација дијететских суплемената.

Добијени подаци показују да је неисправност декларације најчешћи разлог неисправности дијететских производа (прилог бр. 3.5- 1, табела 1).

Број контролисаних декларација дијететских производа, а посебно декларација дијететских суплемената, недовољан је за доношење закључака али указује да је потребно овој врсти контроле посветити већу пажњу, нарочито имајући у виду да неодговарајуће истицање здравствених и нутритивних изјава на декларацијама дијететских производа може довести потрошаче у заблуду у погледу својстава и намене производа, јер здравствене изјаве морају бити засноване на науци, правно прихватљиве, информативне и незбуњујуће за потрошача.

Један узорак хране (со за људску употребу) био је неисправан услед неодговарајућег састава (због неодговарајуће количине калијум-јодида). Контрола садржаја калијум-јодида обављена је у 73 узорка соли за људску употребу (прилог бр. 3.5- 1, табела 1).

3.5.2 Контрола здравствене исправности предмета опште употребе

Под предметима опште употребе (ПОУ) подразумевају се посуђе, прибор, уређаји и амбалажа која долази у контакт са храном, дечије играчке и предмети намењени деци и одојчади, козметички производи, предмети који долазе у непосредан контакт са кожом, слузокожом и предмети за украшавање лица и тела.

Министарство здравља РС током 2012. године није спровело програм мониторинга предмета опште употребе. Контролом су обухваћени ПОУ који су достављени при контроли увоза, као и ПОУ из домаће производње и промета које су доставили сами произвођачи и прометници током 2012. године.

Анализом физичко-хемијске исправности укупно 593 узорка предмета опште употребе, утврђено је да су 32 (5,4%) узорка била неисправна. Анализом микробиолошке исправности 358 узорака, утврђено је да је 15 (4,2%) узорака било неисправно (прилог бр. 3.5- 1, табела 2).

Анализом физичко-хемијске исправности укупно 292 узорка предмета опште употребе из увоза током 2012. године, утврђено је да је 17 (5,8%) узорака било неисправно. Анализом микробиолошке исправности 58 узорака, утврђено је да је 8 (13,8%) узорака било неисправно (прилог бр. 3.5- 1, табела 3).

Добијени резултати показали су да је највећи број контролисаних узорака предмета опште употребе припадао групи амбалажа за животне намирнице из домаће производње, средстава за одржавање чистоће из домаће производње и средства за одржавање личне хигијене и улепшавање лица и тела из домаће производње. Број контролисаних узорака дечијих играчака био је изузетно мали, укупно 5 из домаће производње и 3 током поступка увоза. Лабораторијске анализе су показале да је у просеку 5,4% узорака било неисправно. Најчешћи узроци неисправности били су микробиолошка контаминација средстава за одржавање личне хигијене из увоза, али је укупан број ове врсте контролисаних узорака био релативно мали (25) тако да се добијени резултати не могу сматрати релевантним за доношење закључака.

3.5.3 Контрола зооноза и узрочника зооноза преносивих храном

Највећи број болести преносивих храном припада групи зооноза. У лечењу људи и лечењу животиња које се гаје за производњу хране често се примењују исте групе антимикробних лекова. Озбиљан јавно-здравствени проблем представљају остаци антимикробних лекова у храни животињског порекла који су обично последица неправилне употребе или злоупотребе ветринарских лекова. Уношење малих количина антимикробних лекова преко хране може довести до развоја резистенције бактерија нормалне цревне флоре, које своје гене резистенције лако размењују са осталим бактеријама, а претерана употреба и злоупотреба антибиотика у хуманој и ветеринарској медицини доводи до појаве и ширења резистенције код микроорганизама узрочника зооноза преносивих храном.

Уважавајући постојећу законску основу Републике Србије као и Закон и Статут о надлежностима АП Војводине, Институт за јавно здравље Војводине (ИЗЈЗВ) израдио је 2011. године предлог за успостављање програмске интерсекторске сарадње јавно-здравствених институција хумане и ветеринарске медицине на територији АП Војводине за контролу зооноза и узрочника зооноза преносивих храном. Током 2012. године успостављена је институционална и

програмска сарадња покрајинске мреже института/завода за јавно здравље са Научним институтом за ветеринарство Нови Сад и институтима за ветеринарство на територији АП Војводине.

Анализа прикупљених и обрађених података у 2012. години показала је на непостојање програмске сарадње ресорних министарстава и интерсекторских стручних тела као и непостојање јавно-здравствене програмске сарадње здравствених и ветеринарских установа на територији АП Војводине. Лабораторије ових установа припадају мрежи овлашћених лабораторија за контролу безбедности хране, али без интегрисаног приступа онемогућено је добијање података релевантних за процену ризика по здравље становништва и предузимање оптималних мера за унапређење безбедности хране намењене јавној потрошњи.

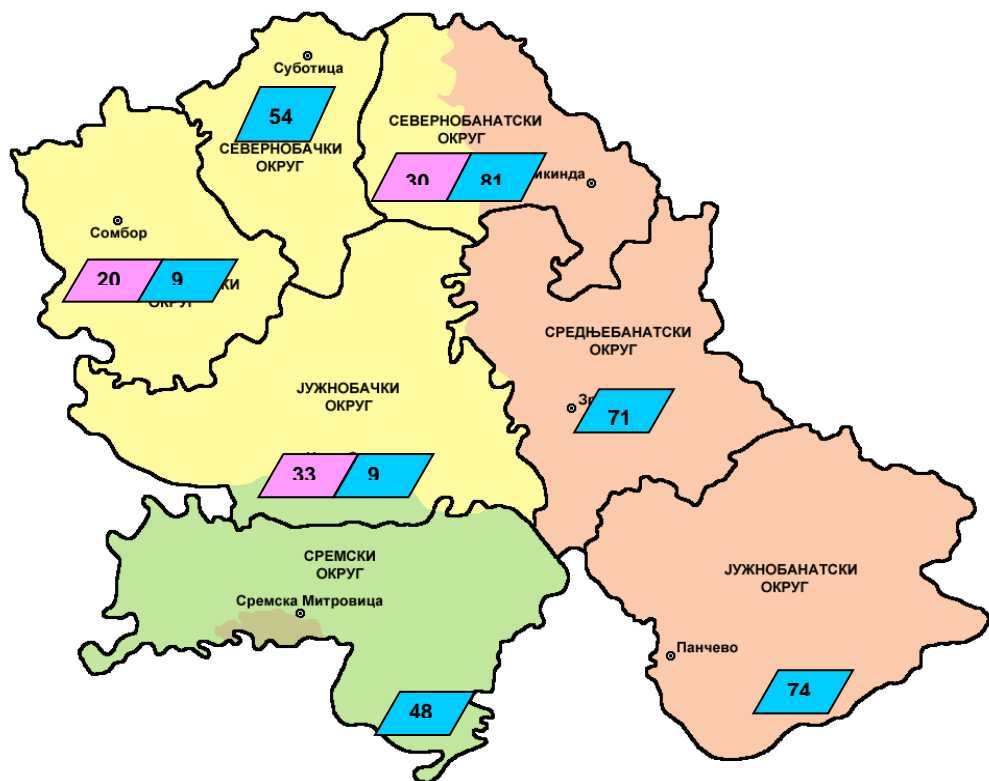
3.5.4 Контрола садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце прешколског узраста

Институт за јавно здравље Војводине је током 2012. године је у сарадњи са окружним заводима на територији АП Војводине спровео програм „Контрола садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце предшколског узраста у АП Војводини.

Садржај натријум-хлорида у контролисаним узорцима просечног дневног obroка (доручак, ужина, ручак) за децу узраста од 1 до 3 године у установама за боравак деце предшколског узраста на територији АП Војводине кретао се од 2,40g до 2,66g, што указује на чињеницу да деца наведеног узраста кроз три obroка у предшколским установама у просеку унесу за 20-33,5% натријум-хлорида више у односу на препоручени дневни унос за наведени узраст деце (2g). Садржај натријум-хлорида у контролисаним узорцима просечног дневног obroка (доручак, ужина, ручак) за децу узраста од 4 до 6 година у установама за боравак деце предшколског узраста на територији АП Војводине кретао се од 3,27g до 5,43g, што указује на чињеницу да деца наведеног узраста кроз три obroка у предшколским установама у просеку унесу за 9-81% натријум-хлорида више у односу на препоручени целодневни унос за наведени узраст деце (3g). Реално је очекивати да деца у поподневним и вечерњим часовима током исхране у породичним условима унесу додатне количине соли, чиме ће се још више повећати укупан дневни унос (картограм бр. 6).

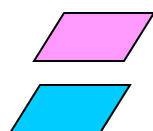
Искуства већине земаља, које спровode националне програме за смањење уноса соли, показују да је достизање пожељног дневног уноса натријум-хлорида деце и одраслих дугорочан али и тешко остварив циљ без подршке свих одговорних друштвених субјеката. Посебно је важна сарадња јавно-здравствених установа и установа која се баве организованом друштвеном исхраном деце и младих.

Картограм бр. 6. Проценат прекорачења садржаја соли у оброцима деце предшколског узраста у АП Војводини у односу на препоручени дневни унос за узраст



Окрузи и географски региони Војводине:

- - Бачка
- - Банат
- - Срем
- - Мачва



Деца узраста 1 - 3 године
(препоручен унос 2 грама)

Деца узраста 4 - 6 година
(препоручен унос 3 грама)

3.5.5 Контрола квалитета ваздуха животне средине

Ваздух је неопходан услов живота свих живих бића, те је редовно праћење квалитета ваздуха и утврђивања врсте и концентрације загађујућих материја у ваздуху животне средине од посебног значаја.

Током 2012. године на територији Војводине утврђена су следећа прекорачења загађујућих материја (опасности) на годишњем нивоу (картограм бр. 7):

- прекорачење максимално дозвољене вредности укупних таложних материја у Сенти (за 12,1%);
- прекорачење максимално дозвољене вредности концентрације чађи у Зрењанину (за 22,0%);
- прекорачење граничне и толерантне вредности концентрације сумпордиоксида у Зрењанину (за 22,50%) и Елемиру (за 10,00%);
- прекорачење максимално дозвољене вредности укупне количине суспендованих честица у 24-часовним узорцима ваздуха у Сенти (за 124,57%), Новом Саду (за 83,21%), Зрењанину (за 75,00%), Вршцу (за 62,86%), Панчеву (за 1,43%) и Кикинди (за 0,23%);
- прекорачење граничне и толерантне вредности концентрације бензена у Елемиру (за 1566% и за 1090%).

Картограм бр. 7 Опасности из ваздуха животне средине на годишњем нивоу на територији АП Војводине током 2012. године



Утврђена су прекорачења загађујућих материја (опасности) на месечном нивоу за таложне материје у односу на максимално дозвољену вредност у Кикинди и Сенти током 10 месеци, у Суботици током два месеца и у Новом Саду и насељима у околини Суботице током једног месеца (прилог 3.5.3.,табела 1).

Прекорачења загађујућих материја (опасности) у ваздуху животне средине (прилог 3.5.3.,табеле 2-17) на дневном нивоу (у односу на дневни број мерења) утврђена су за (картограм бр. 8):

- *чађ* - прекорачење дневне максимално дозвољене вредности концентрације чађи у 24-часовним узорцима ваздуха утврђено је у Кикинди (у 0,3%), Сенти (у 1,1%), Панчеву (у 10,0%), Вршцу (у 4,2%), Руми (у 0,9%), Суботици (у 4,0%), Зрењанину (у 33,3%), Елемиру (у 7,8%) и Новом Саду (у 0,5%);

- *сумпордиоксид* - прекорачење дневне граничне и толерантне вредности концентрације сумпордиоксида у 24-часовним узорцима ваздуха утврђено је у Руми (у 5,4%) и Суботици (у 0,05%);

- *азотдиоксид* - прекорачење дневне граничне и толерантне вредности концентрације азотдиоксида у 24-часовним узорцима ваздуха утврђено је у Суботици (0,5% и 0,3%) и Новом Саду (4,1% и 0,8%);

- *укупну количину суспендованих честица у ваздуху животне средине* - прекорачење дневне максимално дозвољене вредности укупне количине суспендованих честица у 24-часовним узорцима ваздуха утврђено је у Кикинди (у 11,1%), Сенти (у 63,1%), Панчеву (у 8,3%), Вршцу (у 37,8%), Зрењанин (у 37,2%) и Новом Саду (у 38,2%);

- *суспендоване честице пречника 10 μm (PM_{10}) у ваздуху животне средине* - прекорачење дневне граничне и толерантне вредности концентрације суспендованих честица PM_{10} у 24-часовним узорцима ваздуха утврђено је током 8 / 2 (20,5% / 5,1%) дана у Суботици и током 32 / 9 (17,2% / 4,8%) дана Новом Саду;

- *приземни озон* - у Новом Саду је током 20 дана мерења утврђено прекорачење циљне вредности концентрације приземног озона у 8-часовним узорцима ваздуха;

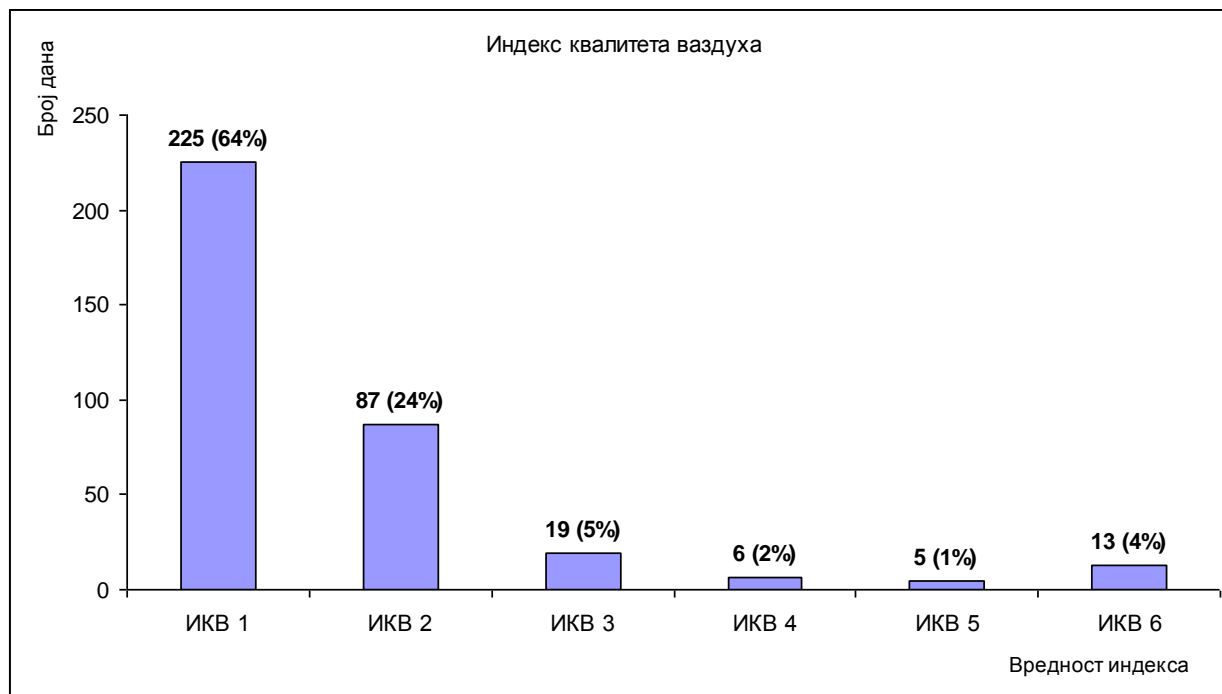
- *толуен* - прекорачење максимално дозвољене концентрације толуена у ваздуху током седам дана утврђено је у Елемиру (у 5,0%, односно три седмодневна периода мерења).

Картограм бр. 8 Опасности из ваздуха животне средине на дневном и месечном нивоу на територији АП Војводине током 2012. године



Вредност дневног индекса квалитета ваздуха исказана је за Град Нови Сад, при чему се исти тумачи од најбољег квалитета ваздуха (ИКВ=1) до најлошијег (ИКВ=6). На основу утврђених вредности субиндекса за сумпор-диоксид, азот-диоксида, чађ и приземни озон у ваздуху и износила је „1“ (ИКВ=1) током 225 дана, „2“ (ИКВ=2) током 87 дана, „3“ (ИКВ=3) током 19 дана, „4“ (ИКВ=4) током шест дана, „5“ (ИКВ=5) током пет дана и „6“ (ИКВ=6) током 13 дана 2012. године (графикон бр. 15).

Графикон бр. 15 Дневни индекс квалитета ваздуха животне средине Града Новог Сада у току 2012. године



3.5.6. Контрола здравствене исправности/безбедности воде за пиће и воде за рекреацију

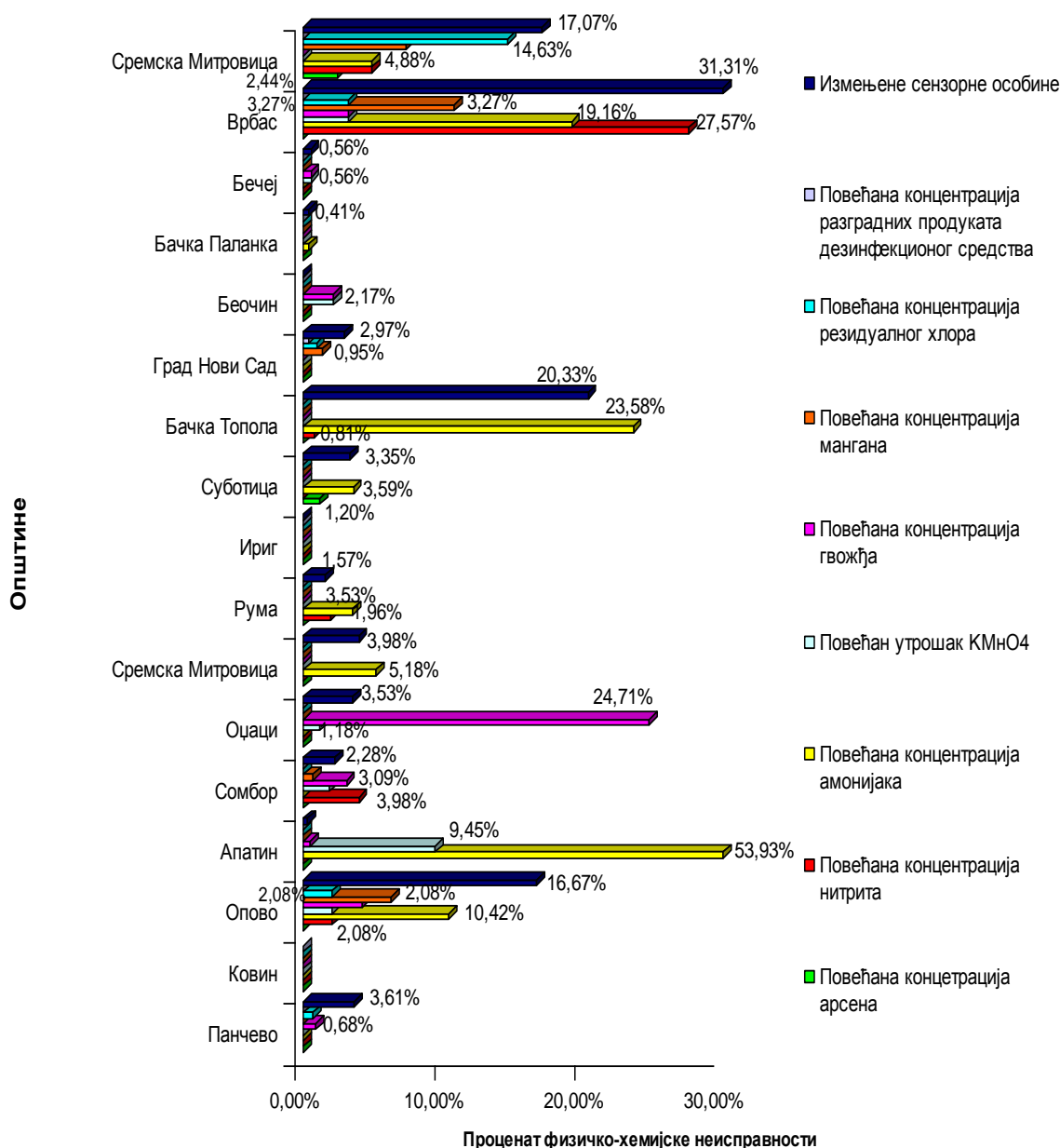
Вода је услов живота, те је обезбеђивање довољне количине здравствено безбедне воде за пиће човеково основно право. Под здравственом безбедношћу воде подразумева се микробиолошка и физичко-хемијска исправност воде, обезбеђена заштита изворишта воде, здравствено безбедно водоснабдевање и здравствено безбедно руковање водом. Под водом за пиће подразумева се вода која се користи за пиће, одржавање личне хигијене, припрему хране и исхрану стоке, док се под термином воде за рекреацију препознају воде базена и површинске воде намењене купању и рекреацији грађана.

Пречишћена хлорисана вода за пиће је доступна становништву свега 16 (36%) од укупно 45 општина на територији АП Војводине, односно у Граду Новом Саду, Бечеју, Бачкој Паланци, Беочину, Бачкој Тополи, Суботици, Сремској Митровици, Руми, Иригу, Панчеву, Опову, Ковину, Апатину, Оџацима, Сомбору и Врбасу.

Пречишћена дезинфикована вода за пиће на територији АП Војводине одликује се здравственом исправношћу 89% контролисаних узорак (табела бр. 25), а доминантни узрок здравствене неисправности 11% контролисаних узорак воде је физичко-хемијски. И поред пречишћавања и дезинфекције воде намењене људској употреби, у води за пиће се у појединим насељима утврђује присуство хемијских опасности по здравље људи, као што су повећана концентрација нитрита (у 28,0% контролисаних узорак у Врбасу, 5,0% контролисаних узорак у

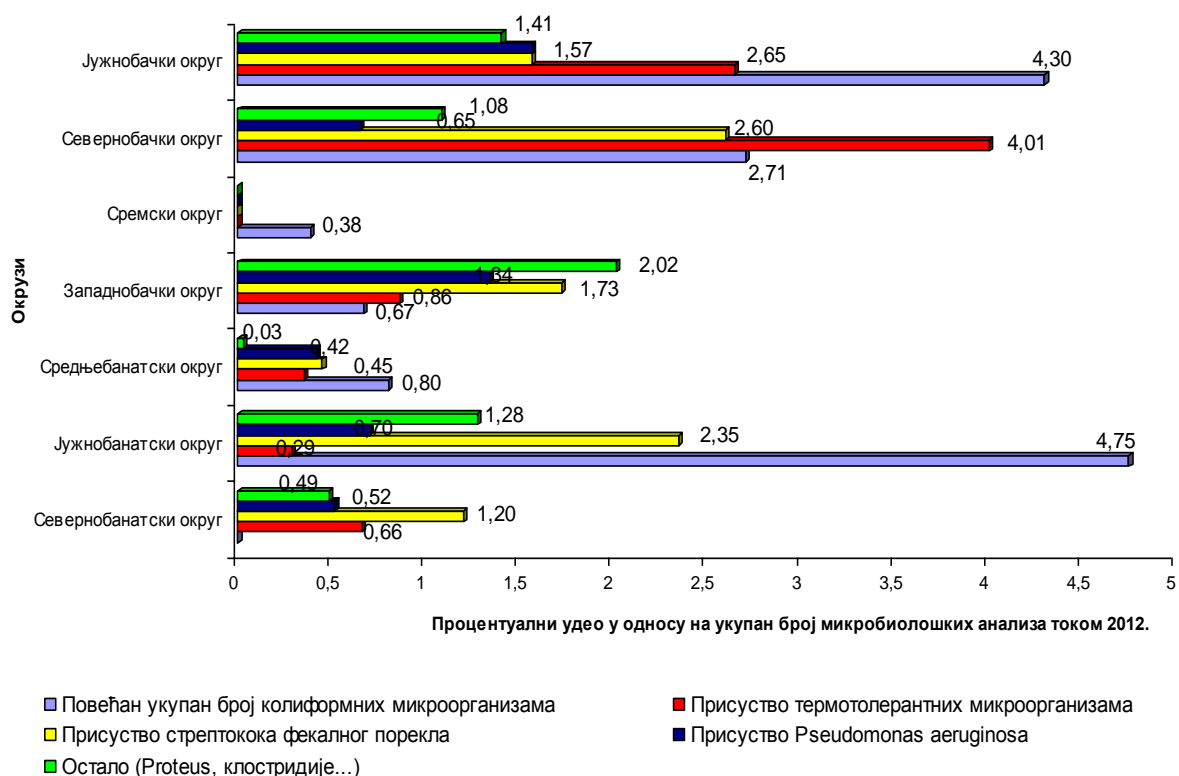
Сремској Митровици, 4,0% контролисаних узорака у Сомбору, 2,0% контролисаних узорака у Руми и Опову и мање од 1,0% у Бачкој Тополи), арсена (у 2,0% контролисаних узорака у Сремској Митровици и 1,0% контролисаних узорака у Суботици) и разградних продуката употребљеног дезинфекционог средства (у 0,4% контролисаних узорака у Новом Саду) (графикон бр. 16). У пречишћеној дезинфикованој води за пиће на територији АП Војводине у 4% контролисаних узорака утврђује се и повећан укупан број микроорганизама показатеља неадекватног и недовољно ефикасног процеса дезинфекције и пречишћавања воде за пиће (прилог 3.5.4., табеле 1-6).

Графикон бр. 16. Узроци физичко-хемијске неисправности пречишћене дезинфиковане воде за пиће на територији АП Војводине током 2012. године



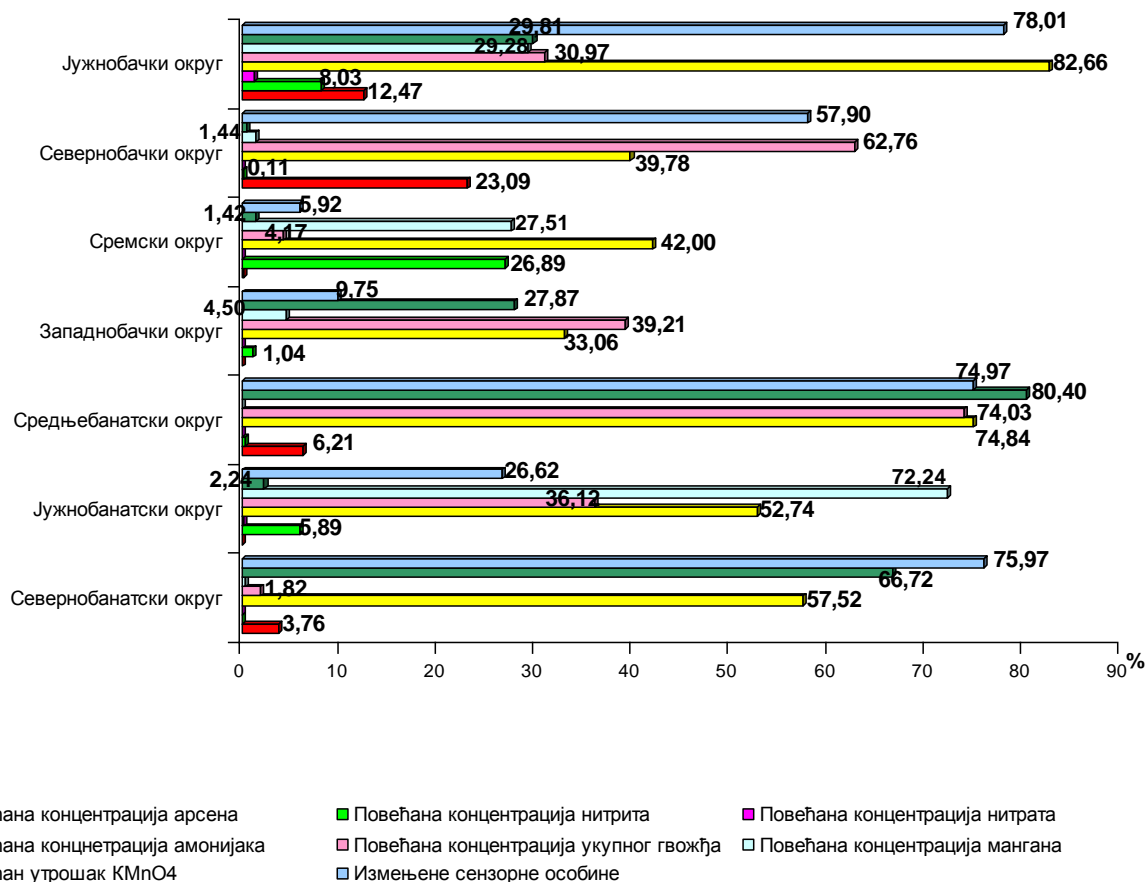
Анализом контролираних узорка непречишћене воде за пиће (табела 28), без обзира да ли је вода пре употребе дезинфикована или не, утврђује се висок степен здравствене неисправности (70,4% контролираних узорка), односно микробиолошке (16,7%) и физичко-хемијске (82,1%) неисправности. Издвајају се присуство микроорганизама показатеља фекалног загађења и повећана концентрација арсена и нитрита (графикони бр. 17 и 18), као доказане опасности по здравље људи, посебно осетљиве популације (прилог 3.5.4., табеле 1-3 и 7-12).

Графикон бр. 17 Учесталост присуства микробиолошких опасности у непречишћеној води за пиће на територији АП Војводине током 2012. године



Графикон бр. 18 Најчешћи узроци физичко-хемијске неисправности непречишћене воде за пиће на територији АП Војводине током 2012. године

Окрузи



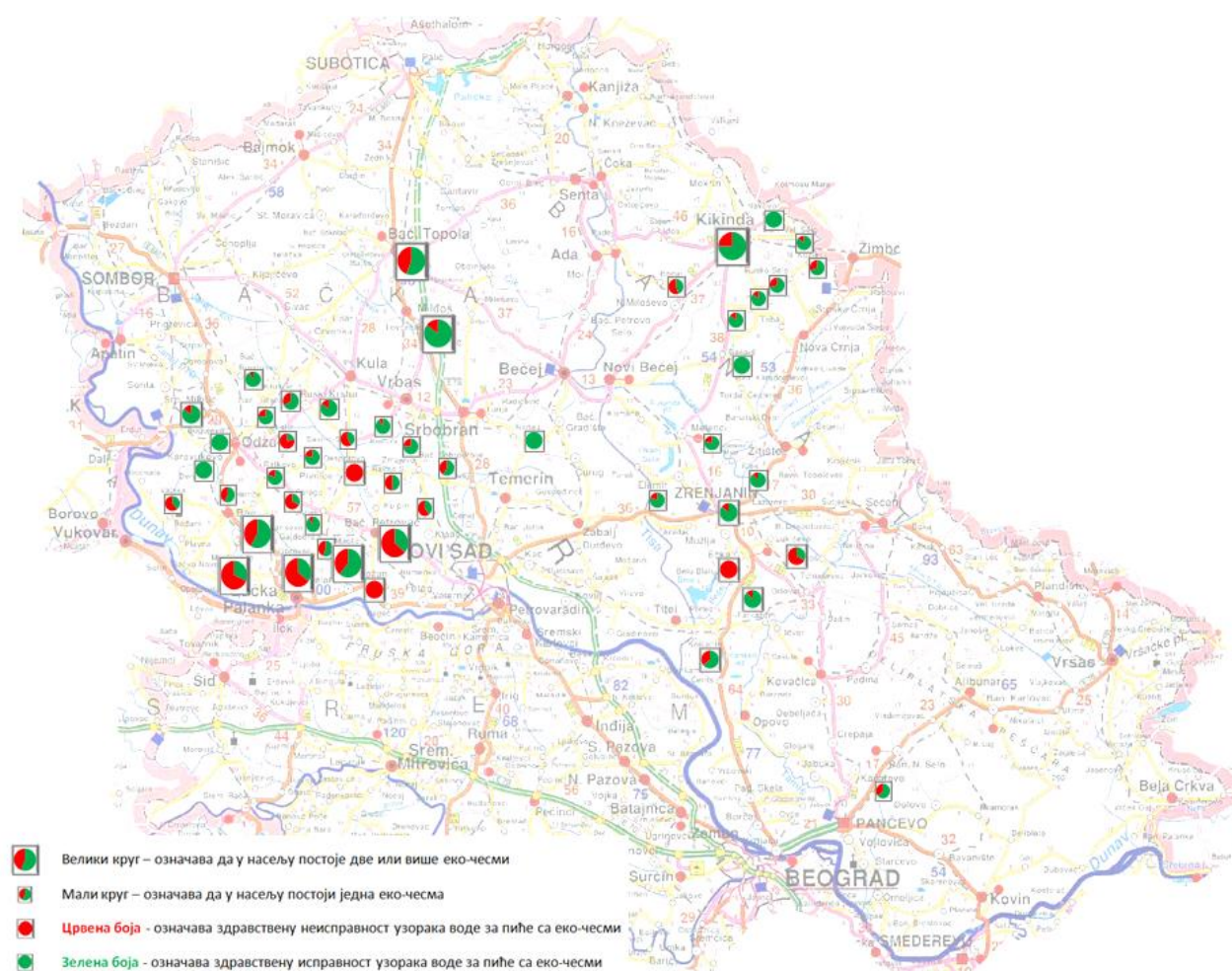
Вода за пиће пореклом из јавних бунара одликује се здравственом исправношћу свега 14,0% контролисаних узорака (табела бр. 26). Узроци здравствене неисправности преосталих 86,0% контролисаних узорака су микробиолошки у 36,3% и физичко-хемијски у 78,7%, где се као доказане опасности по здравље људи истичу повећана концентрација нитрата (преко 9,0% контролисаних узорака) и присуство микроорганизама показатеља фекалног загађења (преко 44,0% контролисаних узорака) (прилог 3.5.4., табеле 1-3 и 13-15).

Анализа воде за пиће пореклом са "еко-чесми" као алтернативних извора водоснабдевања за становништво где не постоји друга могућност обезбеђивања здравствено исправне воде за пиће (табела бр. 28, картограм бр.9), указују да само редовно технички одржаване "еко-чесме" представљају безбедан извор водоснабдевања (у 72,3% контролисаних узорака), док се у преосталим контролисаним узорцима (27,7%) утврђује неисправност, најчешће узрокована засићењем филтера и неадекватним одржавањем система водоснабдевања (прилог 3.5.4., табеле 1-3 и 16-18).

Табела бр. 28 Здравствена исправност воде за пиће на територији Војводине, 2012. година

	Укупан број контролисаних узорака	Здравствена исправност		Здравствена неисправност	
		n	%	n	%
Пречишћена дезинфикована вода из водоводних система	11 546	10 300	89,21	1 246	10,79
Пречишћена вода из тзв. "еко-чесми"	772	558	72,28	214	27,72
Непречишћена вода из водоводних система	15 703	4 652	29,62	11 051	70,38
Непречишћена вода из јавних бунара	568	80	14,08	488	85,92

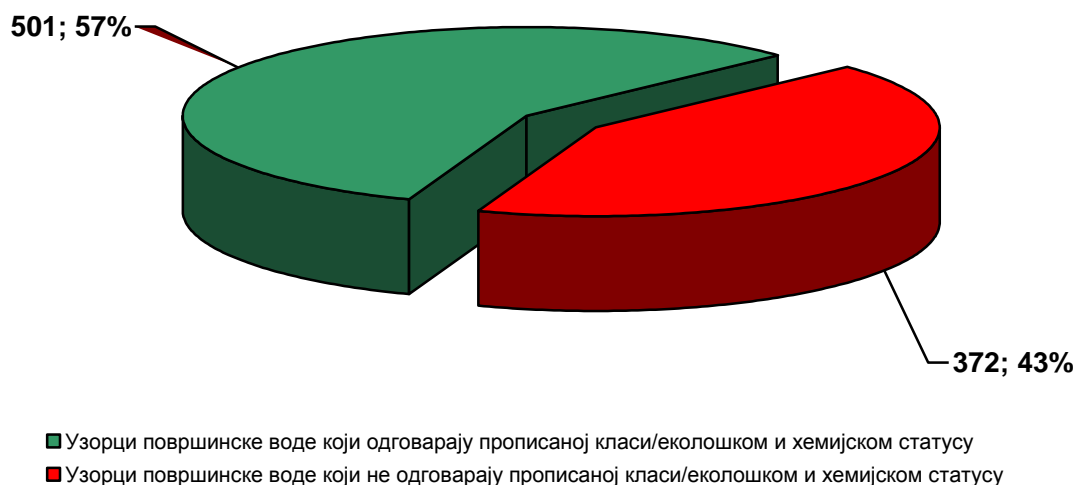
Картограм бр. 9. Еко-чесме на територији АП Војводине



Вода базена одликује се микробиолошком исправношћу 81,0% контролисаних узорака и физичко-хемијском исправношћу 38,0% контролисаних узорака. Основни узроци неисправности представљају повећан укупан број микроорганизама и повећана концентрација хемијских показатеља неадекватног поступка пречишћавања и дезинфекције воде базена, као и непоштовања санитарно-хигијенских норми понашања корисника базена (прилог 3.5.4., табеле 19-24).

Површинска вода намењена купању и рекреацији одговарала је прописаној класи квалитета, односно еколошком и хемијском статусу површинске воде која омогућује купање и рекреацију људи у 57% контролисаних узорака (графикон бр. 19). Са аспекта заштите здравља људи, основни узроци који су онемогаћавали купање и рекреацију током 2012. године су микробиолошки, односно присуство микроорганизама показатеља фекалног загађења у 19,0% контролисаних узорака, док су у 48,0% контролисаних узорака утврђени физичко-хемијски показатељи који површинске воде сврставају у еколошки и хемијски статус неповољан за човека и животну средину (прилог 3.5.4., табеле 25-30).

Графикон бр. 19 Здравствена безбедност површинских вода намењених купању и рекреацији људи на територији АП Војводине, 2012. година



3.6 РЕЗИСТЕНЦИЈА БАКТЕРИЈА НА АНТИМИКРОБНЕ ЛЕКОВЕ У ВОЈВОДИНИ У 2012. ГОДИНИ

Резистенција бактерија на антимикробне лекове постаје значајна претња јавном здрављу јер резистентне бактерије преживљавају у присуству антибиотика и настављају да се размножавају изазивајући инфекције које могу компромитовати основно обољење, компликовати и продужити лечење и боравак у хоспиталној установи повећавајући општи морбидитет, морталитет и трошкове. Најновији подаци показују да се широм Европе број болесника заражених резистентним бактеријама повећава, годишње умре око 25000 болесника заражених мултирезистентним бактеријама, а трошкови због ових инфекције су већи за око 15 милијарди еура. Бактерије лако стичу и размењују гене резистенције на све већи број антибиотика, а број новооткривених антимикробних лекова је мали.

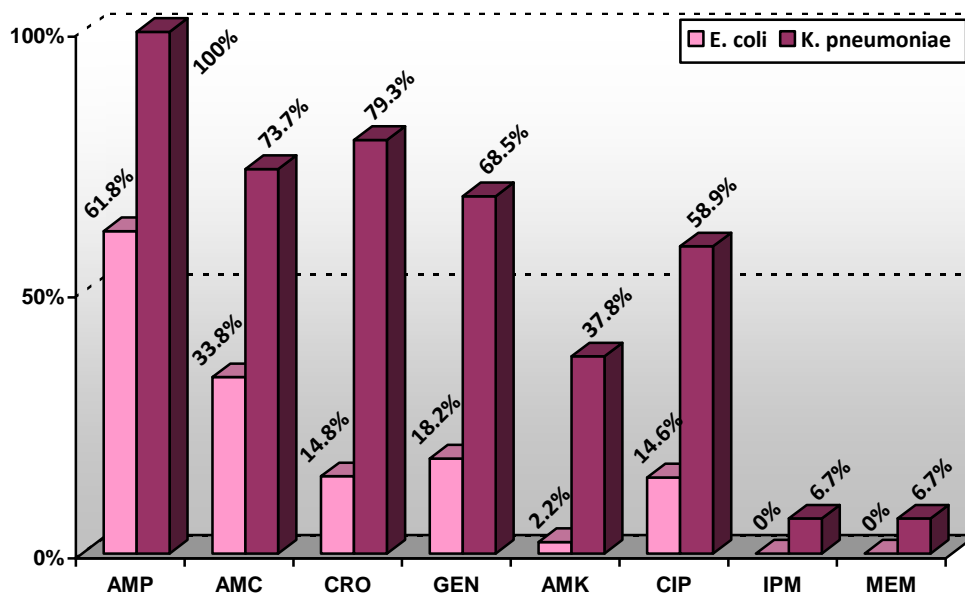
Појаву и ширење резистентних бактерија убрзава претерана и неправилна примена антибиотика. Највише антибиотика узима се у ванболничким условима, али управо нерационална потрошња у болничкој средини главни је покретач ширења резистентних бактерија. Резистенција је везана и за животиње које се производе за исхрану људи. Антибиотици који се користе за лечење и превенцију бактеријских инфекција код животиња припадају истим групама као и они који се користе за лечење људи, зато и животиње могу носити бактерије резистентне на исте лекове. Одређене резистентне бактерије, као што су салмонеле и кампилобактер, уносе се у организам човека путем хране животињског порекла, а њихови гени резистенције преносе се и на друге цревне бактерије нормалне флоре.

Стручњаци Центра за микробиологију ИЗЈЗВ прикупили су и анализирали податке о испитивању резистенције бактерија у протеклој години у микробиолошким лабораторијама у Војводини. Доказани су високи проценти резистентних бактерија изолованих из клинички значајних узорака болничких пацијената, који су слични као у земљама у окружењу, а налазе се међу највишим у Европи.

У току 2012. године прикупљени су подаци о резистенцији на најчешће коришћене антимикробне лекове инвазивних сојева бактерија (пореклом из крви и ликвора) болничких пацијената из Војводине. Највећи број изолата чиниле су Грам-негативне бактерије: *Acinetobacter spp.* 125 изолата, *Klebsiella pneumoniae* 90, *Escherichia coli* 89, *Pseudomonas aeruginosa* 52 изолата. Грам-позитивне бактерије изоловане су у знатно мањем броју: *Staphylococcus aureus* 84 изолата, *Enterococcus faecalis* 33, *Enterococcus faecium* 19, *Streptococcus pneumoniae* 21.

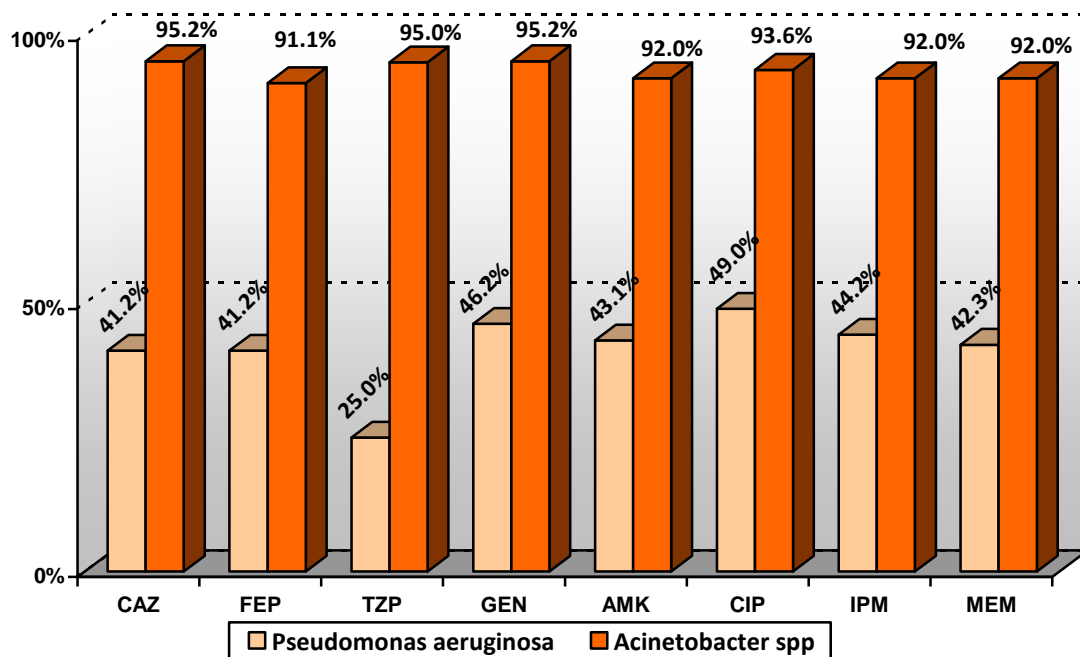
Резистенција Грам-негативних бактерија на антибиотике који се најчешће користе у лечењу инфекција приказана је графиконима бр.20 и бр.21

Графикон бр.20 Резистенција на антимикробне лекове *E. coli* и *K. pneumoniae* пореклом из примарно стерилних подручја у Војводини у 2012. години



AMP	ampicilin
AMC	amoksisiclin-klavulanska kiselina
CRO	ceftriakson
GEN	gentamicin
AMK	amikacin
CIP	ciprofloksacin
IPM	imipenem
MEM	meropenem

Графикон бр.21 Резистенција на антимикробне лекове *Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter spp* пореклом из примарно стерилних подручја у Војводини у 2012. години



CAZ	ceftazidim
FEP	cefepim
TZP	piperacilin-tazobaktam
GEN	gentamicin
AMK	amikacin
CIP	ciprofloksacin
IPM	Imipenem
MEM	meropenem

Staphylococcus aureus био је у 19.1% случајева резистентан на метицилин
Enterococcus faecium резистентан је на ванконицин у 47% случајева
 Код изолата *Streptococcus pneumoniae* 22.2% показало је смањену осетљивост на пеницилин

Добијени подаци указују на то да се Војводина, као и суседне земље, налази у врху по заступљености резистенције на антибиотике у односу на остале европске државе. Неопходно је континуирано праћење и прикупљање података о осетљивости бактерија на антибиотике, формирање базе квалитетних података о резистенцији, на основу којих ће се сачинити водич за рационалну употребу антибиотика.

3.7 ОРГАНИЗАЦИЈА И РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ У ВОЈВОДИНИ

3.7.1. Мрежа здравствених установа и запослени у здравственим установама Војводине

На територији Војводине здравствену заштиту становништва обезбеђују 92 здравствене установе (нису укључене приватне здравствене установе). Мрежу примарне здравствене заштите чине 44 дома здравља, 10 апотека и 3 завода (Завод за здравствену заштиту радника Нови Сад, Завод за здравствену заштиту студената Нови Сад и Завод за хитну медицинску помоћ Нови Сад). У оквиру четири дома здравља (Нови Кнежевац, Оџаци, Бачка Топола, Рума) се налази и стационар.

Здравствену заштиту на секундарном нивоу обезбеђују 9 општих болница (Суботица, Зрењанин, Сента, Кикинда, Вршац, Панчево, Сомбор, Сремска Митровица, Врбас), 11 специјалних болница (4 специјалне болнице за рехабилитацију: Кањижа, Меленци, Апатин и Врдник, 2 специјалне болнице за плућне болести: Зрењанин и Бела Црква, 3 специјалне болнице за лечење психијатријских болесника Нови Кнежевац, Вршац и Ковин, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад и Специјална болница за неуролошка и посттравматска стања Стари Сланкамен) и Војномедицински центар Нови Сад.

Болничку здравствену заштиту на терцијарном нивоу пружа Клинички центар Војводине, Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине и институти у Сремској Каменици: Институт за онкологију Војводине, Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Институт за плућне болести Војводине.

Здравствену делатност на територији Војводине обављају и 6 Завода за јавно здравље (Сомбор, Суботица, Зрењанин, Кикинда, Панчево, Сремска Митровица), Институт за јавно здравље Војводине, Завод за антирабичну заштиту Нови Сад, Завод за трансфузију крви Војводине, које су према Закону о здравственој заштити установе које обављају делатност на више нивоа здравствене заштите (прилог 3.7.1).

У здравственим установама на територији АП Војводине у 2012. години било је запослено укупно 27.735 радника, 20.485 су здравствени, а 7.250 нездравствени радници. Према степену стручне спреме запослено је 6.333 здравствених радника са високом стручном спремом, 14.094 здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом и 58 са нижом стручном спремом. Лекара је било 4.889 (од тога 3.251 специјалиста), зубних лекара 555 и фармацеута 522. Подаци о кадровима односе се само на здравствене установе из плана мреже (здравствене установе у државној својини), са приказаним кадровима запосленим на неодређено време (прилог 3.6). Са 253 лекара на 100.000 становника, Војводина значајно заостаје за развијеним земљама попут Швајцарске (361 лекар на 100.000 становника), Шведске (328 лекара на 100.000), Белгије (449 лекара на 100.000 становника) па и Руске федерације (425 лекара на 100.000 становника). Ситуација у погледу обезбеђености лекарским кадром у Војводини би била нешто повољнија када би анализа обухватала лекаре запослене у приватном сектору.

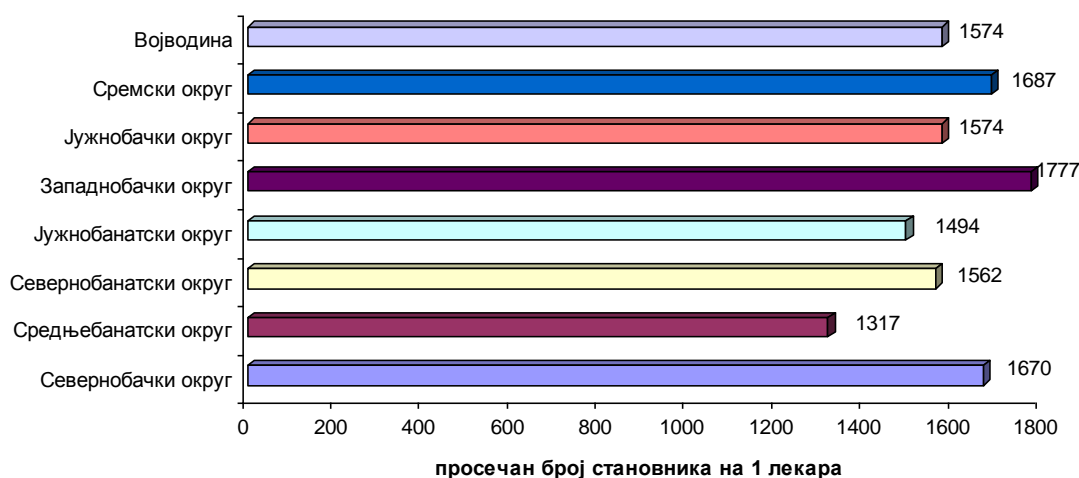
3.7.2. Коришћење ванболничке здравствене заштите

У анализи коришћења ванболничке здравствене заштите одабрани параметри за евалуацију процењивани су у односу на стандарде дате у Правилнику о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе („Службени гласник Републике Србије” бр.43/06). У анализи су коришћене и препоруке Националног Програма здравствене заштите жена, деце, школске деце и студената („Службени гласник Републике Србије” бр.49/95). За разлику од ранијих година у анализи дневне оптерећености лекара посетама, поред куративних посета уврштени су и систематски и контролни прегледи.

3.7.2.1 Служба опште медицине

У служби опште медицине било је запослено 993 лекара и 1.474 здравствених радника се вишом и средњом стручном спремом, чиме је постигнута задовољавајућа покривеност од једног лекара на просечно 1.574 становника Војводине (норматив - један лекара на 1.600 становника), са распоном који се кретао од 1.317 до 1.777 (графикон бр. 22). Сваки лекар у служби је имао просечно 32 посете на дан (норматив - 36 посета на дан). Највећа оптерећеност лекара се бележи у Севернобачком и Западнобачком округу (37), док је најмања у Јужнобачком округу (28). Просечан број посета по становнику је био 4,5 (прилог 3.7.2).

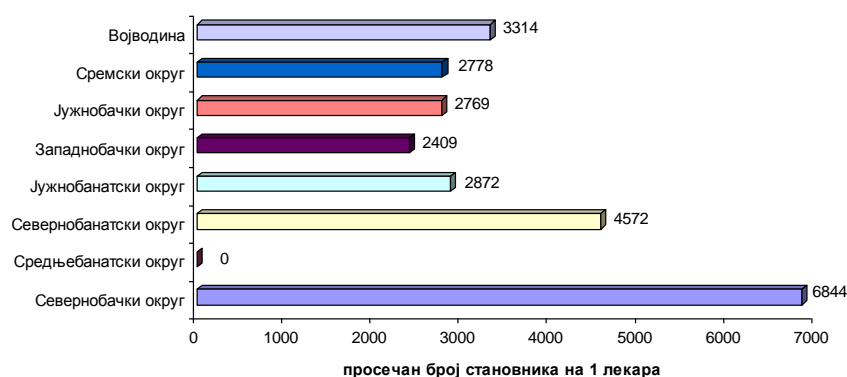
Графикон бр. 22 **Просечан број становника на једног лекара у служби опште медицине у Војводини у 2012. години**



3.7.2.2 Служба медицине рада

Служба медицине рада, која пружа примарну здравствену заштиту радно активном становништву, организована је у свим окрузима Војводине, осим у Средњебанатском округу. Према Саопштењу Републичког завода за статистику у Војводини је било 460.588 запослених, а у службама медицине рада радило је 139 лекара и 181 здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом, при чему је највећи број лекара био запослен у Јужнобачком округу (48,9%). Просечан број запослених на једног лекара је 3.314 (норматив – један лекар на 3000 запослених), а запажају се варијације по окрузима од 2.409 до 6.844 (графикон бр 23). Просечна оптерећеност лекара износила је 18 посета на дан (норматив мера извршења за тим у медицини рада - 15 посета на дан), при чему су најоптерећенији лекари у Сремском округу (31), док се најмањи број посета бележи у Севернобанатском округу (13) (прилог 3.7.2).

Графикон бр. 23 Просечан број становника на једног лекара у служби медицине рада у Војводини у 2012. години



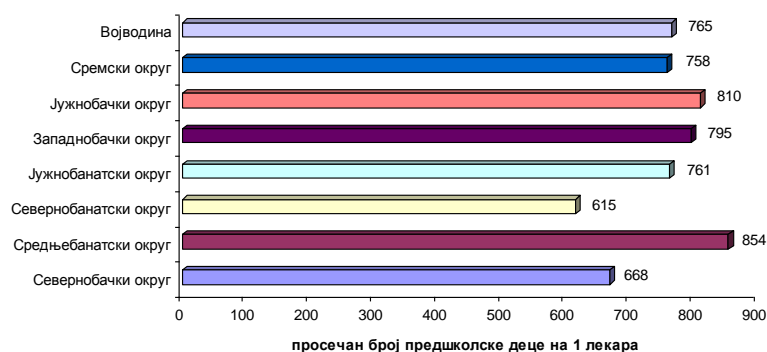
У односу на број лекара опште праксе Војводина се са 58,1 лекаром на 100.000 становника налази међу земљама са мање од 60 лекара на 100.000 становника попут Словеније, Португалије и Шведске, док земље попут Италије, Франсуске, Немачке, Финске и Белгије имају више од 120 лекара опште праксе на 100.000 становника.

3.7.2.3. Служба за здравствену заштиту предшколске деце и служба за здравствену заштиту школске деце и омладине

Служба за здравствену заштиту предшколске деце, као и служба за здравствену заштиту школске деце и омладине, организоване су на читавој територији Војводине као самосталне службе у оквиру домова здравља или као заједничка служба за здравствену заштиту деце предшколског узраста, школску децу и омладину.

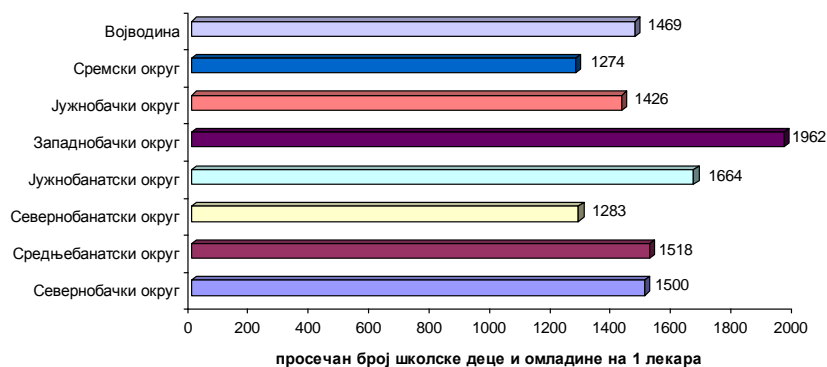
У служби за здравствену заштиту предшколске деце запослено је 170 лекара и 258 медицинских сестра/техничара са средњом и вишом стручном спремом, чиме је у Војводини постигнута задовољавајућа покривеност од једног лекара на просечно 765 деце предшколског узраста (норматив - један лекара на 850 деце), са распоном који се кретао од 615 до 854 (графикон бр. 24). У Републици Србији на једног лекара долази 643 деце старости 0-6 година.

Графикон бр. 24 Просечан број деце на једног лекара у служби за здравствену заштиту предшколске деце у Војводини у 2012. години



У служби за здравствену заштиту школске деце и омладине запослено је 172 лекара и 211 медицинских сестара/техничара са средњом и вишом стручном спремом, што је добра кадровска обезбеђеност, обзиром да на једног лекара у Војводини у просеку долази 1.469 деце школског узраста (норматив – један лекар на 1500 школске деце). Покривеност лекарима се креће у распону од 1.274 (Сремски округ) до 1.962 (Западнобачки округ) (графикон бр.25). У Републици Србији 1 лекар покрива 1389 деце школског узраста.

Графикон бр. 25 Просечан број школске деце и омладине на једног лекара у служби за здравствену заштиту школске деце и омладине у Војводини у 2012. години



Оптерећеност лекара у службама здравствене заштите деце предшколског узраста је износила је 23 посете на дан, а у служби за здравствену заштиту школске деце 22 посете на дан (норматив - 30 посета на дан по лекару), са распонем који се по окрузима кретао од 15 до 29 посета на дан (прилог 3.7.2).

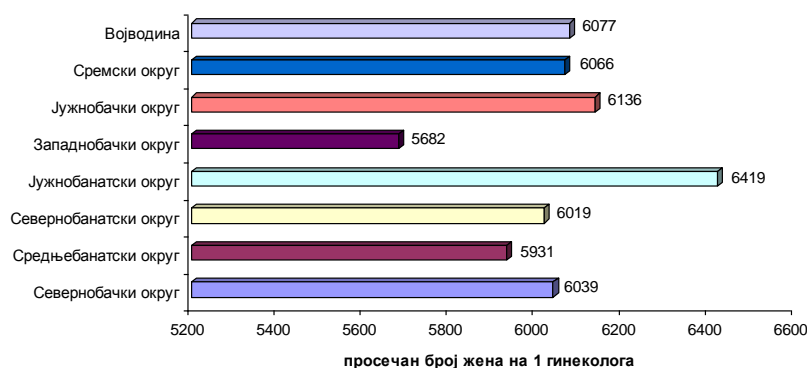
У односу на развијене земље попут Сједињених америчких држава где у примарној здравственој заштити на 100.000 деце млађе од 18 година долази 143 лекара, у Војводини ова обезбеђеност износи 89,4 лекара на 100.000 деце млађе од 18 година.

3.7.2.4 Служба за здравствену заштиту жена

У служби за здравствену заштиту жена био је запослен 141 специјалиста гинекологије и акушерства и 172 здравствена радника се вишом и средњом стручном спремом, чиме је у Војводини постигнута задовољавајућа покривеност од једног гинеколога на 6.077 жена (норматив - један гинеколог на 6.500 жена), са распоном који се кретао од 5.682 (Западнобачки округ) до 6.419 (Јужнобанатски округ) (графикон бр. 26).

Просечан број посета, на једну жену износи 0,6 што значи да је у просеку свака друга жена, старости од 15 година и више, била на гинеколошком прегледу. Просечна дневна оптерећеност лекара у Војводини је 17 посета на дан, креће се од 11 у Севернобанатском до 25 посета у Сремском округу (прилог 3.7.2)

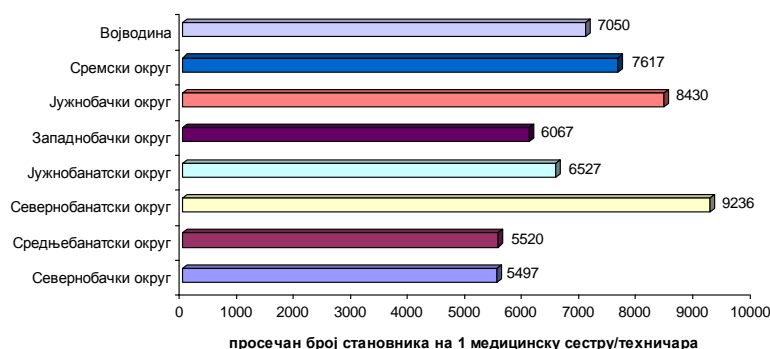
Графикон бр. 26 Просечан број жена на једног гинеколога у службама за здравствену заштиту жена у Војводини у 2012. години



3.7.2.5 Служба за поливалентну патронажу

Служба за поливалентну патронажу је формирана у свим окрузима Војводине. У поливалентној патронажи, као самосталним службама, запослено је 120 медицинских сестара/техничара са вишом стручном спремом и 154 са средњом стручном спремом, чиме је обезбеђена просечна покривеност од једне медицинске сестре на 7.050 становника (норматив - 5.000 становника на једну вишу медицинску сестру) при чему ни у једном округу Војводине није достигнут стандард предвиђен Правилником (графикон бр. 27). У Војводини је свака патронажна сестра остварила просечно 6 посета на дан. Посете патронажне сестре, остварене су свим популационим групама које предвиђа Програм (прилог 3.7.2).

Графикон бр. 27 Просечан број становника на једну медицинску сестру/техничара у служби поливалентне патронаже у Војводини у 2012. години

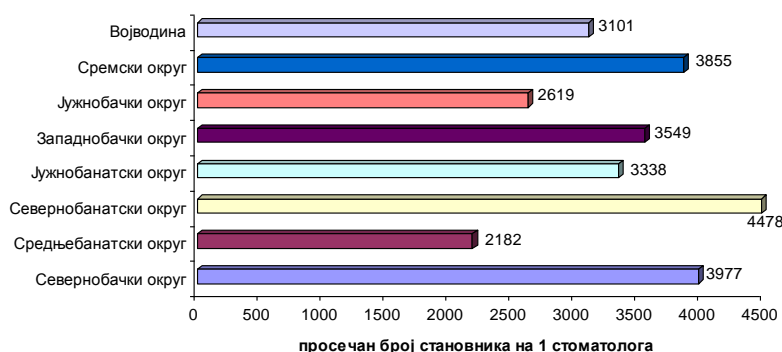


3.7.2.6 Служба за заштиту и лечење уста и зуба

У службама за заштиту и лечење уста и зуба било је запослено 623 зубних лекара (од којих су 201 лекари специјалисти) и 782 зубних техничара. Просечно на једног стоматолога долази 3.101 становника свих популационих категорија (норматив - у општој стоматологији један доктор стоматологије на 10.000 одраслих становника, а у дечијој и превентивној стоматологији један доктор стоматологије на 1500 деце до 18 година старости). Разлике у обезбеђености стоматолошким кадром постоје по окрузима при чему је најбоља покривеност становништва у Јужнобачком округу, а најмања у Севернобанатском округу (графикон бр. 28). Обезбеђеност стоматолозима у Војводини (32,2 стоматолога на 100.000 становника) је иста као и у Централној Србији (32 на 100.000) али је значајно мања у односу на САД (55 на 100.000) и Аустралију (50,3 на 100.000 становника), при чему треба узети у обзир да у анализу није укључен приватни сектор.

Сваки стоматолог у Војводини је просечно остварио 11 посета на дан (норматив - у дечијој и превентивној стоматологији 12 посета на дан, а у општој стоматологији 15 посета на дан по стоматологу). Најчешћи разлози за куративне посете стоматологу су били пломбирање зуба (24,2,0%) и посете ради хируршких интервенција (22,7%) (прилог 3.7.2).

Графикон бр. 28 Просечан број становника на једног стоматолога у служби за заштиту и лечење уста и зуба у Војводини у 2012. години



3.7.2.7 Остваривање превентивне здравствене заштите

У оквиру праћења остваривања превентивне здравствене заштите у Војводини прати се остваривање превентивних прегледа одојчади, предшколске и школске деце, жена и одраслог становништва.

Чланом 47. став 1. *Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, број 107/05 и 109/05-исправка)*, прописано је да Републички завод за здравствено осигурање за сваку календарску годину доноси општи акт којим уређује садржај, обим и стандард права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања.

На основу наведеног законског овлашћења, Републички завод за здравствено осигурање је донео *Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2012. годину („Сл. гласник РС“, 19/2012)*, којим се регулишу поступци и методи дијагностике, лечења и рехабилитације ради спречавања, сузбијања, раног откривања и лечења болести, повреда и других поремећаја здравља, а који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем.

У складу са тим, одабрани су параметри за евалуацију остваривања превентивне здравствене заштите и анализирано је остваривање превентивних услуга у Војводини у 2012. години у односу на стандарде дате у Правилнику (прилог 3.7.2).

Патронажним посетама једанпут у току трудноће обухваћено је 61,3% трудница. Породиљи и новорођеном детету остварено је по 4,8 посета, а одојчету 1,6 посета што је нешто мање од норматива прописаног Правилником (5 посета породиљи и новорођенчету и 2 посете патронажне сестре одојчету).

Систематским прегледима код педијатра обухваћена су сва новорођенчад, док су одојчад имала просечно 3,5 систематска прегледа (норматив - 4 прегледа одојчади у III, VI, IX и XII месецу). Систематски прегледи деце у 2, 4. и 6. години живота (пред упис у школу) реализовани су са обухватом од 93,2%.

Систематским прегледима обухваћено је 76,3% ученика основне школе, 63,4% ученика средње школе и 46,7% студената.

Свака трудница је имала просечно 5 лекарских прегледа (норматив – 5 прегледа трудница), док после порођаја заинтересованост жена за контролу здравља опада те је обухват прегледима недовољан (55,7%).

Систематским гинеколошким прегледом обухваћена је свака десета жена старија од 15 година (норматив – све жене старије од 15 година прегледати једном у 3 године).

Обухват систематским прегледима становништва старости 19-34 године износио је 6,0% (норматив – 20%), а становништва старијег од 35 година 6,4% (норматив – 50%) и мањи је од прописаног.

3.7.3 Промоција здравља и здравствено васпитање

Концепт промоције здравља подразумева процес оспособљавања људи да повећају контролу над својим здрављем и тако га унапреде, комбинацијом здравственог васпитања и других организационих, политичких и економских програма дизајнираних да потпомогну промене у понашању и животној средини који воде здрављу. Активности промоције здравља се одвијају у оквиру Програма од општег интереса Министарства здравља Републике Србије под називом „Организација и спровођење активности промоције здравља, посебно усмерена на вулнерабилне групације - труднице, мала и предшколска деца, школска деца, лица старија од 65 година живота и особе са инвалидитетом“. Поред тога активности промоције здравља организоване су и у оквиру многобројних пројеката.

Програм промоције здравља реализован је у сарадњи са низом партнерских организација и институција (Прилог 3.7.3-1).

1. Здравствено-промотивне кампање из календара јавног здравља

У оквиру програма од општег интереса Министарства здравља РС спроводи се 10 националних кампања за промоцију здравља: Национални дан без дуванског дима, Национални месец борбе против рака, Светски дан вода, Светски дан здравља, Недеља здравља уста и зуба, Светски дан без дуванског дима, Светска недеља подршке дојењу, Светски дан срца, Октобар месец правилне исхране, Светски дан борбе против *HIV/AIDS*. Поред тога, обележавају се и други значајни датуми из календара јавног здравља у складу са водећим јавноздравственим проблемима и потребама локалне заједнице (Прилог 3.7.3-2).

Спроведене су укупно 19 здравствено-промотивних кампања које су имале за циљ подизање нивоа свести и информисање заједнице о одређеним здравственим проблемима, мотивацију и утицај на промену понашања и стицање вештина, унапређење развоја партнерства и стимулисање акције. У оквиру обележавања значајних датума из Календара здравља организоване су: јавне манифестације, едукације (креативне радионице, предавања), организациони и стручно-методолошки састанци, конференције за медије, медијски прилози и гостовања релевантних стручњака, припремљена су и дистрибуирана здравствено-васпитна средства и едукативни материјали. На основу процене и подељеног здравствено-васпитног материјала, организованим активностима обухваћено је преко 80.000 корисника.

2. Израда и дистрибуција здравствено – васпитних и промотивних средстава

У току 2012. године креирано је 41.650 примерака штампаних и електронских здравствено-васпитних и здравствено-промотивних средстава (Прилог 3.7.3-3), а дистрибуирано укупно 41.300 средстава прослеђених од Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарства здравља РС.

3. Едукација едукатора и становништва за промоцију здравља

На подручју Војводине организовано је 197 едукативних састанака и семинара на којима је учествовало више од 49.000 учесника (Прилог 3.7.3-4). Учесници едукација били су васпитачи, здравствени радници, педагози, психолози из предшколских установа, учитељи, наставници, стручни сарадници, ученици и вршњачки едукатори из основних и средњих школа, здравствени радници из здравствених установа, студенти медицине, стоматологије и фармације; волонтери из невладиних организација, запослени у општинским и школским управама.

4. Континуирани рад са медијима

У сарадњи са медијским партнерима у Војводини је реализовано више од 2300 медијских садржаја непосредно повезаних са промоцијом здравља и одржано 70 конференција за медије (табела 29).

Табела бр. 29 Рад са медијима на промоцији здравља у АП Војводини током 2012. године

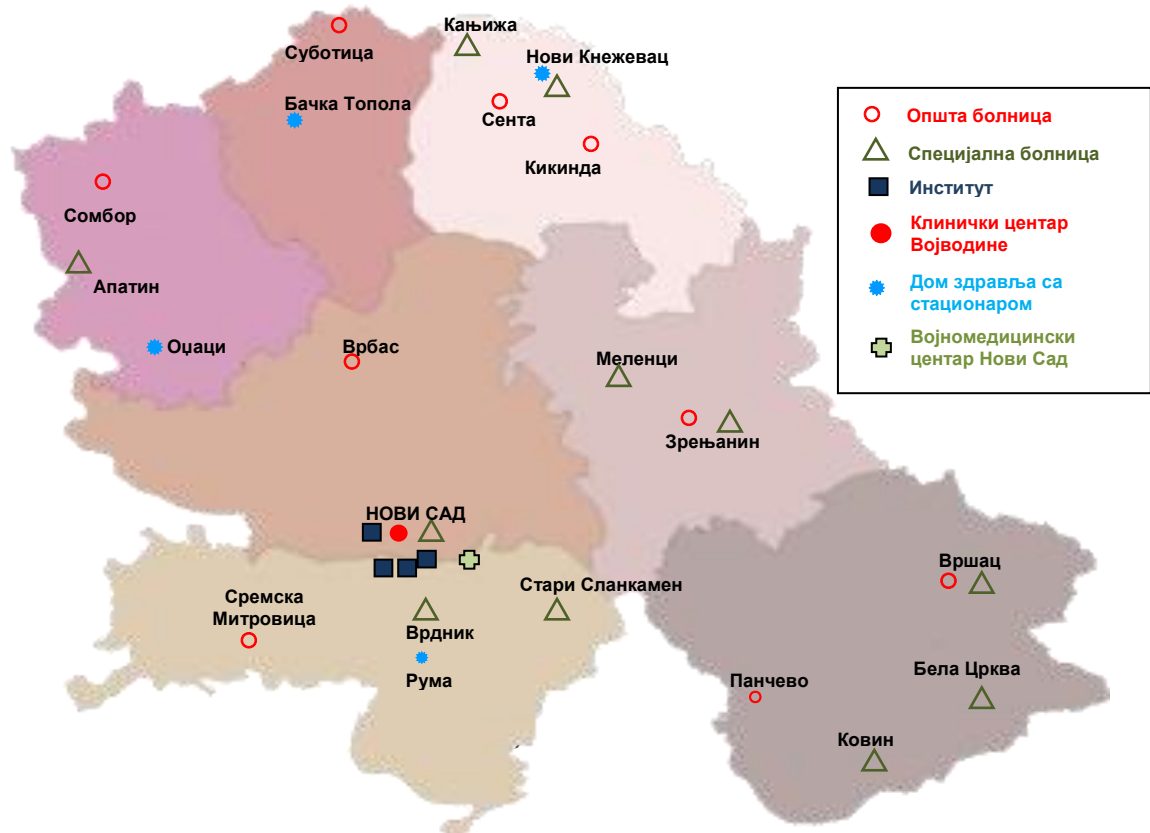
Округ / АПВ	Врста медија			
	Број Радио и ТВ станица	Број радио-телевизијских прилога/ гостовања	Број штампаних медија	Број новинских чланака
Јужнобачки	14	142	6	68
Севернобачки	15	590	5	215
Западнобачки	13	65	7	36
Сремски	9	292	4	73
Севернобанатски	24	83	10	15
Средњегбанатски	8	83	2	17
Јужнобанатски	14	144	5	95
АП Војводина		1399	39	519

3.7.4 Рад и коришћење болница

3.7.4.1 Мрежа болничких здравствених установа и обезбеђеност постелјним фондом

Према Уредби о плану мреже, на територији Војводине болничку здравствену заштиту пружа 30 здравствених установа:

- 9 Општих болница (Суботица, Зрењанин, Сента, Кикинда, Вршац, Панчево, Сомбор, Сремска Митровица и Врбас),
- 11 специјалних болница (4 специјалне болнице за рехабилитацију: Бања Кањижа, Меленци, Апатин и Врдник, 2 специјалне болнице за плућне болести: Зрењанин и Бела Црква, 3 специјалне болнице за лечење психијатријских болесника Нови Кнежевац, Вршац и Ковин, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад и Специјална болница за неуролошка и посттрауматска стања Стари Сланкамен),
- Клинички центар Војводине,
- 4 института (Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине, Нови Сад и институти у Сремској Каменици: Институт за онкологију Војводине, Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Институт за плућне болести Војводине)
- 4 Дома здравља са стационаром: Нови Кнежевац, Оџаци, Рума и Бачка Топола (картограм бр. 2).
- Војномедицински центар Нови Сад (Уредбом о изменама и допунама Уредбе о Плану мреже здравствених установа (Сл. Гласник РС, број 6/12) од јануара 2012. године, у План мреже здравствених установа је укључен и Војномедицински центар Нови Сад са 60 постеља. Подаци о раду и коришћењу ове установе нису укључени у анализу због недостатка података).



Од укупног броја, 5 здравствених установа обавља делатност на терцијарном нивоу здравствене заштите. Све установе терцијарног нивоа (Клинички центар Војводине, Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Институт за онкологију Војводине, Институт за плућне болести Војводине и Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине), чије услуге користи целокупно становништво Војводине, смештене су у Јужнобачком округу, који је и седиште Медицинског факултета Нови Сад. Јужнобачки округ је и највећи округ са близу једне трећине укупног становништва Покрајине (609.394 становника), па се оваква дистрибуција може сматрати адекватном. Подаци о раду и коришћењу болничких установа приказани су у прилогу 3.7.1

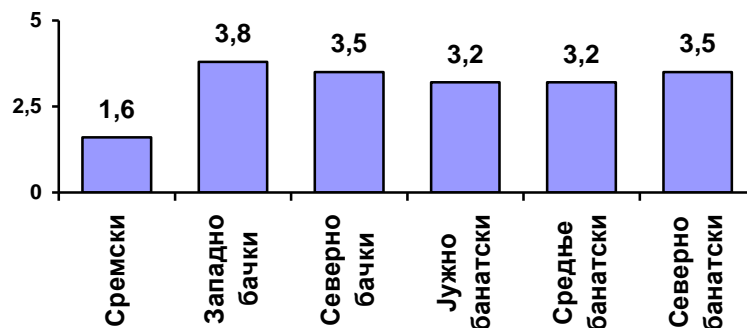
Број болничких установа у осталим окрузима Војводине се креће од 1 болнице (Севернобачки округ) до 5 болница (Јужнобанатски округ), а укупан број установа зависи од броја специјалних болница, које су намењене целокупном становништву Војводине. У сваком округу постоји бар једна општа болница, што указује на добру доступност секундарне здравствене заштите.

Постељни фонд војвођанских болница износи 10.824 постеље (без постеља дневних болница), чиме је остварена обезбеђеност од 5,6 постеља на 1000 становника Војводине (односно 556/100.000 становника). Обезбеђеност постељама у Војводини, као и на нивоу Србије (548 постеља /100.000 становника) је међутим, мања од просека у Европском региону (668/100.000), а незнатно већа од просека на нивоу ЕУ (546/100.000 становника)⁵. Према Уредби о плану мреже здравствених установа укупан број постеља је мањи и износи 10.478 (538/100.000 становника), при чему је ова разлика највећим делом због специјалних болница за рехабилитацију Меленци, Кањижа и Апатин чији су укупни коришћени постељни капацити значајно већи од оних признатих Уредбом. На појединим клиникама Клиничког центра Војводине као и на Институтима у Сремској Каменици, а сагласно потребама, коришћен је такође већи број постеља мимо Уредбе, што је приказано у прилогу 3.6.1. Присутне разлике у броју постеља по окрузима су последица неравномерне дистрибуције специјалних болница за дуготрајну хоспитализацију, те се на основу укупног постељног фонда окрузи не могу поредити.

Обезбеђеност становништва постељама у општим болницама је различита посматрано по окрузима Војводине и креће се од 1,6 постеља на 1000 становника у Сремском округу до 3,8 у Западнобачком округу. У осталим окрузима обезбеђеност је уједначена и креће се од 3,2 до 3,5 постеља на 1000 становника, што је у складу са одредбом Уредбе о плану мреже, према којој за краткотрајну хоспитализацију на секундарном нивоу треба обезбедити 3,3 постеље на 1000 становника. Из овог поређења изузет је Јужнобачки округ, с обзиром да становници овог округа секундарну здравствену заштиту углавном остварују у здравственим установама терцијарног нивоа (графикон бр 22).

⁵ Извор: Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут"; European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe.

Графикон бр. 22 Број болничких постеља у општим болницама у Војводини на 1000 становника округа у 2012. години



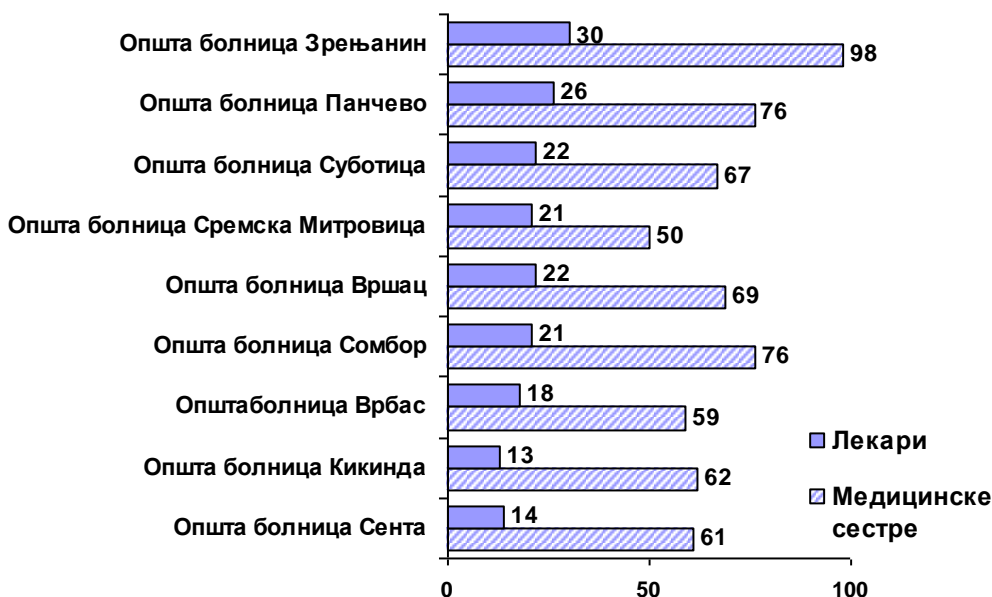
3.7.4.2 Кадрови у болничкој здравственој заштити

У стационарним здравственим установама у 2012. години укупно је било запослено 1.927 лекара и 6.433 радника са вишом и средњом стручном спремом. Однос броја лекара и медицинских сестара/техничара износио је 1:3,3 а удео лекара специјалиста у укупном броју лекара 78,8%, што је један од битних предуслова пружања квалитетне здравствене заштите.

Просечно, на нивоу Покрајине, на 100 постеља обезбеђено је 18 лекара и 59 медицинских сестара/техничара. Највећа концентрација кадра је у установама терцијарне здравствене заштите које обављају и наставну делатност, а најмања у установама за дуготрајну хоспитализацију, што је у складу са одредбама Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности.

Најмања обезбеђеност кадровима је у Општим болницама у Кикинди и Сенти (13 односно, 14 лекара/100 постеља), а највећа у Општим болницама у Зрењанину и Панчеву (30 односно, 26 лекара/100 постеља). Када су у питању медицинске сестре-техничари, обезбеђеност је најмања у Сремској Митровици и Врбасу (50 односно, 59 сестара/100 постеља), а највећа у Зрењанину, Сомбору и Панчеву (98 односно, 76 сестара/100 постеља). Разлика у кадровској обезбеђености у општим болницама је делом и резултат постојећих разлика у структури болничких капацитета (броју и врсти одељења, дијагностике и др.) (графикон бр 23).

Графикон бр. 23 Број лекара и медицинских сестара на 100 болничких постеља у општим болницама у Војводини у 2012. години



У специјалним болницама у Војводини, број лекара се креће од 1 до 11/100 постеља. Најмањи број лекара имају болнице за рехабилитацију у Апатину и Кањижи, болнице за лечење психијатријских болесника и Специјална болница за плућне болести Бела Црква, док је највећи број лекара у Специјалној болници за реуматске болести Нови Сад. Број медицинских сестара у специјалним болницама се креће од 7 (Специјална болница за рехабилитацију Апатин) до 43 медицинске сестре/100 постеља (Специјална болница за реуматске болести Нови Сад).

Највећи број здравствених радника на 100 постеља имају установе терцијарног нивоа здравствене заштите, што је у складу са важећом законском регулативом. Зависно од врсте установе, на 100 постеља обезбеђено је од 25 до 40 лекара и од 67 до 140 медицинских сестара-техничара.

3.7.4.3 Коришћење болничке здравствене заштите

У 2012. години, укупно је исписано 239.105 болесника и остварено 2.656.844 дана лечења, уз просечну заузетост постеља од 67,2%. Просечна дужина хоспитализације у Војводини је износила 11,1 дана, што је виша вредност је у односу на просечну дужину на нивоу Србије која је у 2011. години била 9,1 дан као и на просечну вредност на нивоу европског региона (9,4 дана)⁶.

Стопа хоспитализације на 100 становника (12,3) је нижа у Војводини у односу на просек на нивоу Републике Србије који износи 15,6, али и значајно нижа од већине европских земаља (просек у европском региону је 18,1 а у ЕУ 17,6)².

У општим болницама просечно лечење је трајало од 4,7 дана (Сремска Митровица) до 9,5 дана (Сомбор). На нивоу Клиничког центра прочесечна дужина лечења била је 8,0 дана (уз изражене разлике међу клиникама), а на институтима

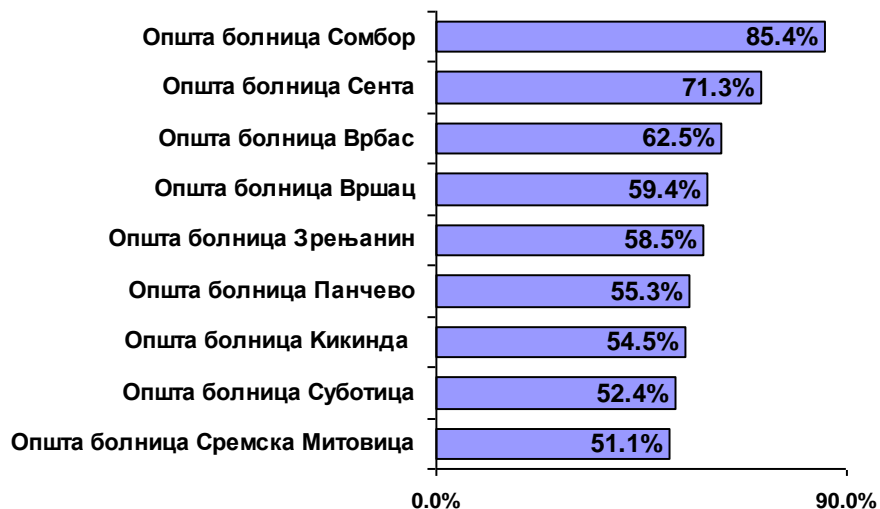
⁶ Република Србија. Одабрани здравствени показатељи за 2010. годину. Институт за јавно здравље Србије "ДР Милан Јовановић Батут". Београд, 2011. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe.

од 6,4 до 12,2 дана. У специјалним болницама за рехабилитацију хоспитализација је трајала од 13,0 дана (Апатин) до 36,0 дана (Стари Сланкамен), док је најдуже задржавање пацијената било у установама за дуготрајну хоспитализацију психијатријских болесника (просечно 4-5 месеци).

Заузетост постељног фонда је у већини округа, као и на нивоу Покрајине била ниска. Просечна заузетост постеља у општим болницама на нивоу Покрајине је износила 67,2%, што је приближно вредностима на нивоу Србије (69,2%), али је мање од просека у европском региону који износи 78,4%. У општим болницама било је заузето од 51,1% (Општа болница Сремска Митровица) до 85,4% (Општа болница Сомбор) (графикон бр 24). У институтима заузетост постеља је износила од 72,3% (Институт за здравствену заштиту деце и омладине) до 77,7% (Институт за онкологију), док је на нивоу Клиничког центра Војводине била 66,8%.

Разноликост у заузетости капацитета је присутна и у специјалним болницама (креће се од 25,7% до 92,7%), али је збирно посматрано, заузетост већа него у општим болницама.

Графикон бр.24 Просечна заузетост постеља у општим болницама у Војводини у 2012. години



САДРЖАЈ

1. ЗАКЉУЧЦИ.....	1
2. ПРЕПОРУКЕ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА	8
3. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА ВОЈВОДИНЕ	12
3.1. ВИТАЛНО-ДЕМОГРАФСКА СИТУАЦИЈА	12
3.1.1 Број и структура становништва	12
3.1.2. Природно кретање становништва.....	14
3.1.3 Закључени и разведени бракови	19
3.2 СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ ПОКАЗАТЕЉИ	20
3.3 МОРБИДИТЕТ.....	24
3.3.1 Ванболнички морбидитет	24
3.3.2 Болнички морбидитет	28
3.3.3 Масовне незаразне болести.....	30
3.3.4 Заразне болести	32
3.4 ПОНАШАЊЕ ПОВЕЗАНО СА ЗДРАВЉЕМ	49
3.4.1 Раширеност пушења, употребе алкохола и дрога међу адолесцентима	49
3.4.2 Истраживање о уносу соли одрасле популације Новог Сада	52
3.5 ЖИВОТНА СРЕДИНА.....	54
3.5.1 Контрола безбедности хране намењене јавној потрошњи	54
3.5.2 Контрола здравствене исправности предмета опште употребе	55
3.5.3 Контрола зооноза и узрочника зооноза преносивих храном	55
3.5.4 Контрола садржаја соли у оброцима организоване друштвене исхране деце прешколског узраста	56
3.5.5 Контрола квалитета ваздуха животне средине	58
3.5.6. Контрола здравствене исправности/безбедности воде за пиће и воде за рекреацију	61
3.6 РЕЗИСТЕНЦИЈА БАКТЕРИЈА НА АНТИМИКРОБНЕ ЛЕКОВЕ У ВОЈВОДИНИ У 2012. ГОДИНИ.....	67
3.7 ОРГАНИЗАЦИЈА И РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ У ВОЈВОДИНИ	70
3.7.1. Мрежа здравствених установа и запослени у здравственим установама Војводине	70
3.7.2. Коришћење ванболничке здравствене заштите	71
3.7.3 Промоција здравља и здравствено васпитање	77
3.7.4 Рад и коришћење болница	79