



Градски завод за јавно здравље - Београд

**АНАЛИЗА ОДАБРАНИХ ПОКАЗАТЕЉА
ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА СТАНОВНИШТВА
БЕОГРАДА ЗА 2009. ГОДИНУ**

Београд, октобар , 2010. година

Наручилац:

Министарство здравља Републике Србије
11000 Београд, Немањина 22 - 26

Обрађивач:

Градски завод за јавно здравље - Београд

Директор Градског завода за јавно здравље Београд:

Прим. мр. сц. др Слободан Тошовић

Помоћница директора:

Др сц. мед. Душанка Матијевић, научни сарадник

Носилац задатка:

Др сц. мед. Зорица Димитријевић, научни сарадник

Аутори:

Мр сц. мед. др Љиљана Сокал - Јовановић
Др сц. мед. Зорица Димитријевић, научни сарадник
Мр сц. мед. др Јасна Ристић
Мр сц. мед. др Милена Пауновић
Мр сц. мед. др Љубинка Марчетић
Прим. др Вера Бабић
Др Катарина Војводић
Др Светлана Јанковић
Др Светлана Тртица
Прим. др Снежана Матић - Бесарабић
Прим. др Предраг Кон

Сарадници:

Центар за информатику и биостатистику у здравству
Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите

Дизајн:

Зоран Милић

Уводне напомене

Конечна верзија Анализе одабраних показатеља здравственог стања становништва Београда за 2009. годину садржи 102 странице текста, 59 графикона и 26 табела. Статистичко–документациону основу чини 66 радних табела које представљају прилог оригиналном документу. Краћа верзија текста је стављена на сајт Градског завода за јавно здравље Београд (www.zdravlje.org.rs).

За разлику од прелиминарне Анализе завршене у јуну месецу текуће године, коначна верзија Анализе одабраних показатеља здравственог стања становништва Београда за 2009. годину садржи два нова поглавља која се односе на животну средину и здравље и заразне болести, као и једно подпоглавље које се односи на болести система крвотока код одраслих грађана Београда. У овој верзији су дати и коначни подаци Републичког завода за статистику који се односе на морталитет и показатеље виталне статистике.

Подаци из Анализе одабраних показатеља здравственог стања становништва Београда за 2009. годину се односе на период 1998–2009. године. За анализу су коришћени подаци рутинске здравствене статистике према Закону о евиденцијама у области здравства који се редовно достављају Градском заводу за јавно здравље Београд:

- Статистички приказ здравствене делатности у Београду
- Индивидуални извештај о хоспитализацији
- Пријава порођаја
- Пријава прекида трудноће
- Регистар хроничних незаразних болести
- Извештај о обољењима, стањима и повредама
- Статистички годишњак Београда
- Подаци за Град Београд - Завод за информатику и статистику
- Здравствено-статистички годишњак Републике Србије

У неколико примера су коришћени и подаци из пројекта Истраживање здравља становника Републике Србије у 2006. години (без података за Косово и Метохију) како би се проценила повезаност фактора ризика и појединих обољења. Истраживање је спровело Министарство здравља Републике Србије уз финансијску и стручну подршку Светске банке – Пројекат „Развој здравства Србије“, Регионалне канцеларије Светске здравствене организације за Европу – Канцеларија за Србију и Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Статистичко-аналитичка обрада података који се односе на Београд је урађена у Градском заводу за јавно здравље Београд. Поред наведених извора, за поједине упоредне податаке, пре свега податке виталне статистике и стопе морталитета од водећих болести, коришћени су електронски извори, страна и домаћа литература.

САДРЖАЈ

1. УВОД	1
1.1. Законска и друга документа у области здравствене заштите.....	2
1.2. Међународна документа у области здравствене заштите.....	4
1.3. Кључни фактори повезани са здрављем у Републици Србији.....	4
1.4. Територија и становништво Београда.....	6
1.5. Институционални и кадровски потенцијал.....	16
1.6. Животна средина и здравље.....	24
2. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА БЕОГРАДА	29
2.1. Заразне болести.....	29
2.1.1. Инфлуенца (H1N1) на територији Београда.....	30
2.1.2. Обавезна имунизација.....	35
2.2. Деца и омладина.....	37
2.2.1. Предшколска деца.....	37
2.2.1.1. Ванболнички морбидитет.....	37
Повреде	
2.2.1.2. Болнички морбидитет и леталитет.....	41
Повреде	
Малигне болести	
2.2.1.3. Морталитет деце предшколског узраста.....	45
2.2.2. Школска деца и омладина.....	47
2.2.2.1. Ванболнички морбидитет.....	48
Повреде	
2.2.2.2. Болнички морбидитет и леталитет.....	51
Повреде	
Малигне болести	
2.2.2.3. Морталитет деце школског узраста.....	55
2.3. Одрасли грађани.....	56
2.3.1. Одрасло становништво стрости 20–59 година.....	56
2.3.1.1. Ванболнички морбидитет.....	57
Повреде	
2.3.1.2. Болнички морбидитет и леталитет.....	61
Повреде	
Малигне болести	
Болести система крвотока	
2.3.1.3. Морталитет становништва стрости 20–59 година.....	70
2.3.2. Радно активно становништво.....	71
2.3.3. Жене.....	73
2.3.3.1. Ванболнички морбидитет.....	73
2.3.3.2. Болнички морбидитет и леталитет.....	75
Порођаји	
Прекиди трудноће	
2.3.3.3. Морталитет жена.....	78
2.3.4. Стара лица.....	80
2.3.4.1. Болнички морбидитет и леталитет.....	80
Повреде	
Малигне болести	
Болести система крвотока	
2.3.4.2. Морталитет старих лица.....	
2.4. Укупно становништво Београда.....	89
2.4.1. Ванболнички морбидитет.....	89
2.4.2. Болнички морбидитет и леталитет.....	90
2.4.3. Општа смртност.....	91
3. ЗАКЉУЧАК	94
4. РЕЗИМЕ	95

УВОД

Планирање и организацију здравствене заштите је неопходно прилагодити приоритетним потребама дефинисаних популационих група, као и потребама становништва ширих и ужих локалних заједница. Имајући у виду ове чињенице, правце даљег развоја здравствене заштите грађана Београда потребно је сагледати у контексту свих фактора који карактеришу велике градове у које спада Београд по просторним, социјалним, економским и функционалним обележјима.

Основна премиса ефикасног система здравствене заштите је задовољавање потреба и захтева становништва за одређеним видовима здравствене заштите, при чему главни циљ представља унапређење здравља становништва. Из процене стања здравља становника Београда, водећих болести и узрока смрти, просечног животног века грађана, њихове функционалне и радне способности, као и присуства фактора ризика којима су изложени, произилазе и приоритетни проблеми везани за организацију и функционисање читавог система здравствене заштите, тим пре што Београд покрива готово половину захтева за здравственом заштитом у Републици Србији.

Здравствено стање становништва је повезано и са низом других фактора унутар и ван система здравствене заштите; од техничких и технолошких перформанси самог система, преко избора приорита у области политике здравства, законске регулативе и менаџмента, до прилагодљивости свих механизма унутар система здравствене заштите у успостављању партнерских односа са другим секторима ван здравства и невладиним сектором, а у интересу грађана.

Иако Београд пружа најбоље услове у погледу доступности и приступачности здравствене службе у Републици Србији, смањење разлика у здрављу његових грађана без обзира на економски положај, верска опредељења, родне и старосне разлике, културу и обичаје, представља битну претпоставку даљег унапређења здравља житеља главног града. У том смислу, развој свих облика партнерства, посебно уколико је економска база шира, отвара нове могућности у достизању поменутог глобалног циља, дефинишући јасан оквир приоритетних области развоја здравствене заштите на локалном нивоу. Деловање различитих

друштвених сектора на плану заштите и унапређења здравља становништва као основног јавно-здравственог циља, чини степен општег благостања друштва и квалитет живота грађана бољим.

1.1. Законска и друга документа у области здравствене заштите

Документ *Здравствена политика Републике Србије* (2002.) представља основ за развој система здравствене заштите. Први циљ овог документа јесте очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације. Следе: правичан и једнак приступ здравственој заштити свим грађанима Србије; постављање корисника у центар система здравствене заштите; одрживост здравственог система; селективна децентрализација; побољшање функционисања, ефикасности и квалитета здравственог система; дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву и унапређење кадровске базе здравствене заштите.

Документ *Визија система здравствене заштите у Србији* (2003.) коју је сачинило Министарство здравља Републике Србије садржи водеће принципе реформе система здравствене заштите; организацију на три функционална нивоа (примарни, секундарни, терцијарни); једнаку доступност основног пакета здравствених услуга; промоцију здравља и превенцију болести; повећано учешће приватног, профитног и непрофитног сектора у пружању здравствене заштите; улогу корисника и давалаца здравствених услуга; национални систем за обезбеђење квалитета.

Стратегија са акционим планом реформе система здравствене заштите у Републици Србији до 2015. године (2004.) прецизира активности у појединим областима здравствене и другим делатностима и потврђује праксу да је партнерство успостављено између владиног и невладиног сектора одрживи оквир за јачање друштва као основног предуслова за очување и унапређење здравља становништва.

Стратегија за смањење сиромаштва (2003.) даје приоритет смањењу неједнакости у здрављу уз реформу система финансирања, бољу прераспodelу средстава по нивоима здравствене заштите и окрузима, реформу ПЗЗ и

преструктурирање болница, као и већу доступност здравствених услуга за посебно осетљиве популационе групе.

Основним законским актима у области система здравствене заштите, *Законом о здравственој заштити* (Сл. гласник РС, бр. 107/ 2005.) и *Законом о здравственом осигурању* (Сл. гласник РС, бр. 107/ 2005.), Влада Републике Србије уређује садржај и обим, начин и поступак, као и услове за остваривање здравствене заштите становништва.

Стратегија за приступање Србије Европској унији (2005.) је документ са акцентом на системске аспекте здравствене заштите, при чему се као приоритети у реформи система здравствене заштите истичу смањивање превентабилног морбидитета и морталитета становништва, усклађивање права из здравственог осигурања са материјалним могућностима друштва и стварање модерног, одрживог, децентрализованог и транспарентног система здравствене заштите.

Уредба о плану мреже здравствених установа (Сл. гласник РС, бр. 42/2006., 2009.), *Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа* (Сл. гласник РС, бр. 43/2006.) и *Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе* (Сл. гласник РС, бр. 43/2006., 2009.) регулишу област друштвене бриге за здравље на нивоу Републике.

Поред ових кључних докумената, у Републици Србији су 2006. године сачињени и други документи са циљем да се ближе дефинишу области од стратешког значаја, као што су: *Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији* (2006.), *Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији* (2006.), *Национална стратегија за младе* (2006.), *Национална стратегија о старењу 2006-2015* (2006.), *Стратегија контроле дувана* (2007.), *Стратегија развоја заштите менталног здравља* (2007.), *Национална стратегија одрживог развоја* (2008.), *Стратегија за борбу против дрога* (2009.), *Стратегија за превенцију и контролу хроничних незаразних болести* (2009.), *Стратегија за унапређење положаја Рома* (2009.) и *Стратегија јавног здравља Републике Србије* (2009.).

1.2. Међународна документа у области здравствене заштите

Усвајањем законске регулативе и других докумената која ближе дефинишу област здравствене заштите, Србија се приближила политици здравства земаља чланица Европске уније чију основу чини познати члан 152. Њиме су дефинисани циљеви здравствене заштите у земљама чланицама са нагласком на превенцију, истраживање заразних болести и област информисања. Уговором из Мастрихта (1993.), обезбеђена је општа здравствена регулатива у овој области, са базом европске стратегије у заједничкој борби против болести, истраживања узрочника и здравственог информисања, као кључних елемената заједничких акција.

Због основних принципа и вредности повезаних са основним људским правом – правом на здравље, на чему је базирана политика здравствене заштите у Републици Србији, треба споменути следећа међународна документа донета под окриљем Светске здравствене организације: *Декларацију из Алма Ате* (1978.); *Отавску повељу о промоцији здравља* (1986.); *Декларацију из Џакарте на увођењу промоције здравља у 21. век* (1997); *Политички оквир за европски регион „Здравље за све“* (2005.); *Европску стратегију за здравље и развој деце и младих „Од Резолуције до акције 2005-2008“* (2005.); *Декларацију „Здравље у свим политикама“* (2007.); *Талинску повељу „Здравствени системи за здравље и благостање“* (2008.). Треба споменути и друга међународно призната документа као што су: *Конвенција Уједињених нација о правима детета* (1989.); *Лисабонска стратегија* (2000.); *Европска повеља о правима пацијената* (2002.); *Европски Акциони план за животну средину и здравље 2004-2010*, (2004.); *Бели папир „Заједно за здравље“, Стратешки приступ 2008-2013* (2007.).

1.3. Кључни фактори повезани са здрављем у Републици Србији

Тенденција смањења броја и старење становника су главна обележја демографских прилика у Републици Србији, што је условило негативну стопу природног прираштаја од 4,6/1000 становника. Процент лица старих 65 и више година (17,2%) у укупној популацији је изнад просека у Европском региону, а просечан животни век наших грађана је за око 6 година краћи од просека за земље ЕУ.

Болести срца и цереброваскуларне болести (55,8%), малигне болести (20%), повреде и тровања (3,6%) и опструктивна болест плућа (3%) представљају најчешће узроке смртних исхода у Србији. Превентабилни фактори ризика повезани са настанком ових болести су пушење, хипертензија, холестеролемија, гојазност, неправилна исхрана, физичка неактивност, ризици присутни у животној средини, алкохол и психоактивне супстанце. Заразне болести не представљају водећи здравствени проблем у Републици Србији. Планиране имунизације против дифтерије, тетануса, великог кашља и дечије парализе су спроведене са високим обухватом од 97,5%.

Укупан број здравствених установа у Србији је 375; 167 домова здравља, 41 апотека, 16 завода на примарном нивоу, 5 здравствених центара, 40 општих болница, 40 специјалних болница, 5 клиничко-болничких центара, 6 клиника, 13 института, 1 Војно-медицинска академија, 4 клиничка центра и 37 института и завода вишег нивоа, од којих је 23 завода за јавно здравље. Обезбеђеност постељама је 5,4/1000 становника (ЕУ: 5,7/1000). Просечан број посета службама у ПЗЗ износи 8,3 посете по становнику (ЕУ: 6,8). Стопа хоспитализације је 151/1000 становника (ЕУ: 179/1000), просечна дужина лечења 9,7 дана (ЕУ: 9), а просечна дневна заузетост постеља је 69,8% (ЕУ: 76,3%).

Укупна структура медицинског кадра (114.317 запослених) је следећа: 18,1% су лекари (74,3% специјалисти); 34,9% медицинске сестре; 25,5% административно-технички радници и 21,5% сарадници. Број лекара на 1000 становника је 2,8 (ЕУ: 3,2/1000), али је у Србији присутан проблем територијалне неједнакости у погледу кадровске обезбеђености становништва, па се број лекара на 1000 становника у окрузима креће у распону од 1,5 (Сремски) до 4,4 (Нишавски), а медицинских сестара, од 3,1 (Сремски) до 6,6 (Зајечарски).

За одрживо финансирање здравствене заштите значајан је одређени пораст бруто домаћег производа (БДП) и раст издвајања у области здравствене заштите након политичких и економских промена 2000. године. Овај раст је лимитиран високим стопама незапослености, због чега је БДП по становнику у 2008. години био међу најнижим у Европи (35 индексних поена просека ЕУ).

1.4. Територија и становништво Београда

Београд се налази на 75–130 метара надморске висине и заузима површину од 3.222 квадратна километра, што чини 3,6% површине Републике Србије. Истовремено, у Београду, према последњем попису живи око 1.600.000 становника или 21% укупног броја становника Републике, односно 567.000 домаћинстава. Из тих разлога, остварена је висока густина насељености од 490 становника по квадратном километру. Овај податак указује да је густина насељености у Београду готово пет пута већа од просечне густине насељености у Србији која износи 110 становника по квадратном километру.

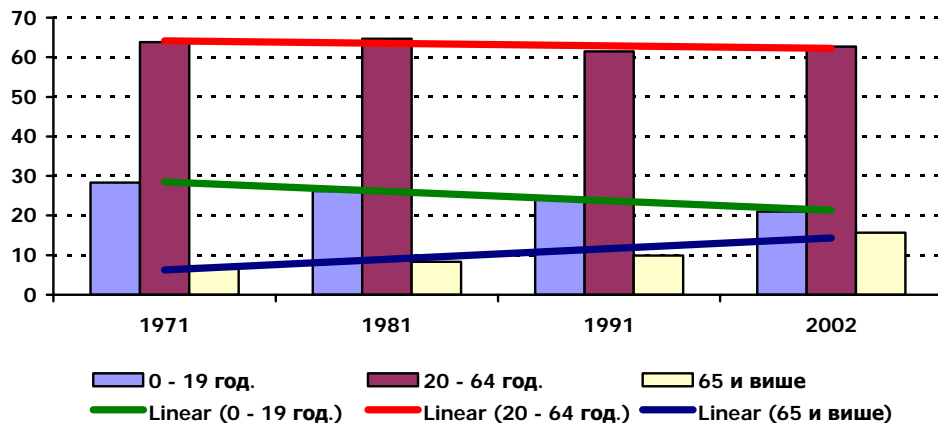
Београд са околином припада зони високе концентрације становништва у оквиру Републике Србије и карактеришу га релативно хомогена географска, демографска, културолошка, историјска и друга обележја. До краја седамдесетих година двадесетог века забележен је веома висок укупан пораст становништва, са годишњим порастом од око 36.000 становника, због чега је Београд у релативно кратком периоду прерастао у милионску урбану агломерацију. Пораст броја становника Београда у овом периоду, проистекао је из готово паралелних процеса природног прираштаја и механичког прилива становништва. На демографски раст града значајно је утицало и стално проширивање његове територије на рачун субурбаног појаса.

Међутим, 2002. године, када је обављен последњи попис, евидентирано је 1.576.124 становника, а према попису из 1991. године у Београду је живело 1.602.226 становника (у десетогодишњем периоду праћења за 1,6% мање пописаних грађана Београда), што указује на убрзане процесе депопулизације и недостатак природне обнове становништва. Резултати пописа становника из 2002. године такође показују да 47,4% становника Београда чине мушкарци, а 52,6% жене. Жене генеративног доба чине 48,6% укупног броја жена, односно 25,5% укупног броја становника Београда. Званични подаци Градског завода за информатику и статистику који се односе на процену броја становника Београда за 2006. годину, указују на око 1.600.000 становника, не рачунајући прогнана, избегла и расељена лица из бивших република и са Косова и Метохије. Према истом извору, у Београду живи око 27% становника централне Србије.

Од средине XX века, становништво Београда посебно карактерише постепени процес демографске транзиције, праћене све већим опадањем рађања до нивоа критичне тачке природне обнове становништва. Удео старог становништва све више расте у апсолутном смислу, због чинилаца везаних за продужење људског века услед напредовања медицинске технологије и општих цивилизацијских токова. У релативном смислу, број старих лица расте и због смањивања удела континента младих и пада природног прираштаја. У литератури се наводи податак да овакве појаве датирају од раних педесетих година и да је број становника Београда порастао за 3,5 пута у периоду од 1948 – 1991. године, а да се у исто време број старих лица увећао за око осам пута. У периоду од 1971–2002. године појављује се индикативан тренд пораста старије популационе групације и пада становништва млађе животне доби (графикон 1.).

Графикон 1.: Старосна структура становништва Београда према попису, 1971-2002.

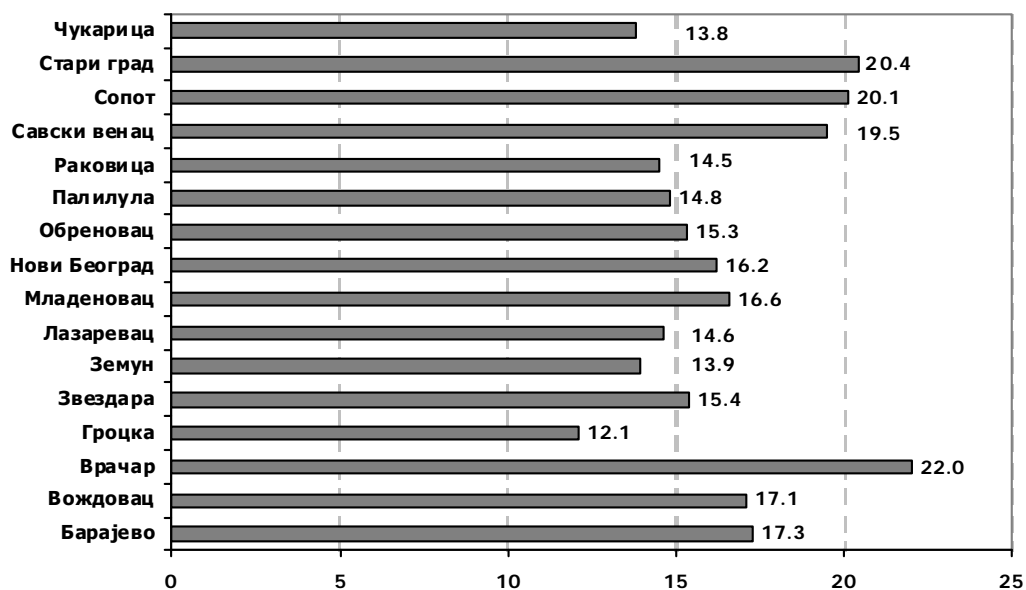
Стопа на 1000



Задржавање тенденције раста удела старих лица у укупном броју грађана Београда доводи до демографског старења популације, а такве тенденције су присутне и у већини развијених земаља и земаља у развоју. Аналогна ситуација је и у појединим општинама Београда. Те општине припадају, како најужем центру града (Врачар, Стари град, Савски венац), али и поједине приградске општине (Сопот, Барајево) показују иста или слична демографска кретања. На сваког житеља ових општина млађег од 19 година долази пет лица старијих од 65 година, па је индекс старења (однос млађих од 19 и старијих од 65 година)

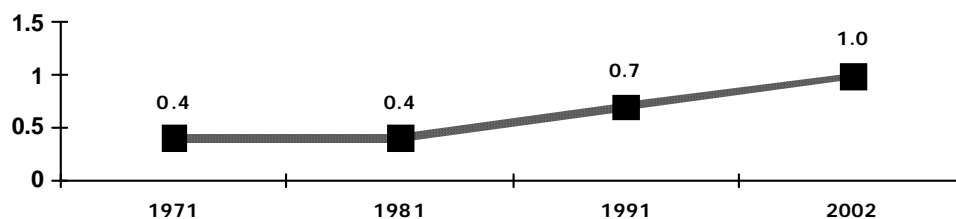
прешао вредност 0,4 и тиме означио становништво наведених општина као веома старо (графикон 2.).

Графикон 2.: Удео лица старијих од 65 година у укупном броју становника Београда по општинама, 2002.



Важну чињеницу представља податак да је број младих становника Београда недовољан да замени бројчано веома јак контингент млађе и старије средовечне популације Београђана од 20–65 година живота, због чега је Београд као главни град Републике Србије у одмаклом процесу демографског старења. Томе иде у прилог и податак да је просечна старост грађана Београда 40,4 године (младих до 20 година је 21,0%, а старијих од 60 година је приближно исти број, 21,6%), а да је индекс старења 0,93 (графикон 3.).

Графикон 3.: Индекс старења становништва Београда, 1971–2002.

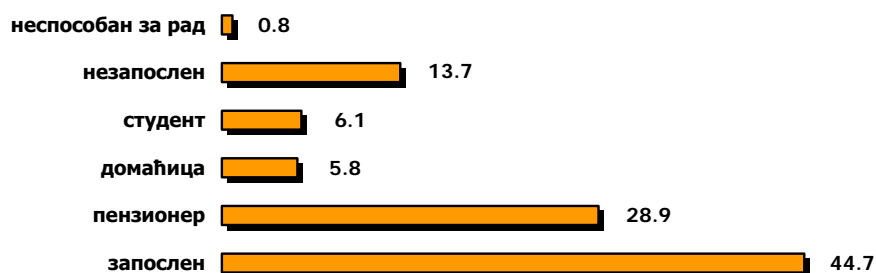


Ситуација није ништа повољнија ни ако се подаци анализирају по општинама. На општинама Гроцка и Лазаревац се бележе подаци о нешто већем уделу

млађег становништва, иако се и у њима бележи тренд неповољних демографских кретања.

На основу истраживања здравственог стања становника Републике Србије 2006. године, проблем незапослености у Београду је све присутнији. Само 45% одраслог становништва је запослено, а 67,8% има примања мања од 15.000 динара (графикон 4.).

Графикон 4.: Запосленост одраслог становништва у Београду, 2006.

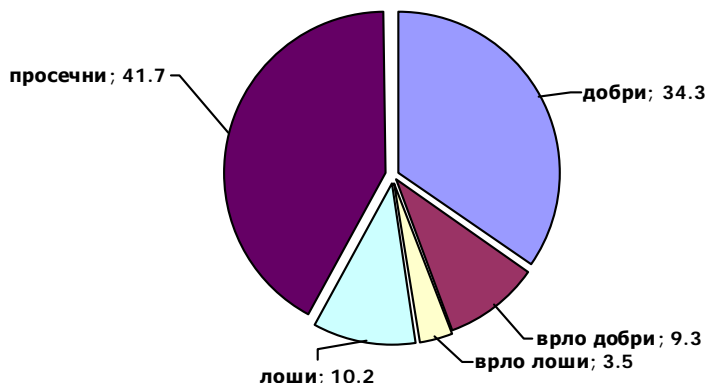


У укупном женском становништву Београда је све мање учешћа жена фертилног доба. Подаци пописа из 1991. године указују да је удео жена фертилног доба износио 42,6%, док је према резултатима пописа из 1948. године, њихов број износио 77%. Стопа фертилитета је према резултатима последњег пописа из 2002. године износила 38,8%.

Оваква кретања одразила су се и на величину просечног домаћинства у Београду, која је са 3 члана 1971. године, смањена на 2,8 у 2002. години. Тренд смањења је присутан у свим београдским општинама, али је израженији у општинама ван ужег градског језгра.

На основу истраживања здравственог стања становника Републике Србије 2006. године, констатује се да су услови живота становника Београда углавном задовољавајући. Највећи број одраслих особа (85,3%) сматра да су услови у којима живе добри, врло добри и просечни (графикон 5.).

Графикон 5.: Процена испитаника о условима живота у Београду, 2006.



У Београду је 1,3% становника старијих од 10 година неписмено, при чему је број неписмених жена 5,5 пута већи (2,2%) од броја неписмених мушкараца (0,4%).

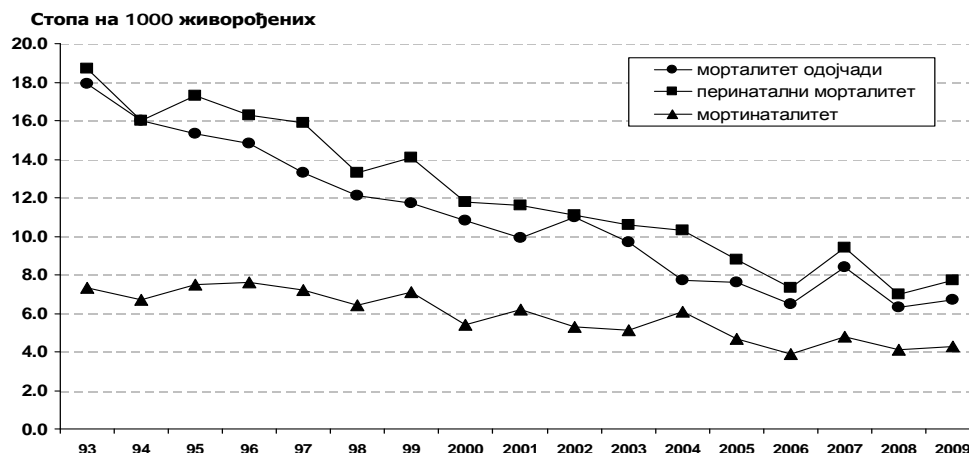
На основу истраживања здравственог стања становника Републике Србије 2006. године, сваки шести становник Београда је без школе или са незавршеном основном школом.

Набројане карактеристике демографских кретања Београда указују на проблеме биолошке репродукције и промене у старосној структури становништва, указују на потенцијални пораст укупног броја житеља града и увећање његове територије, као и на проблеме незапослености и пада животног стандарда. Проблеми несразмере између потреба и све већих захтева за здравственом заштитом, с обзиром на тренд пораста броја старих лица и присуство хроничних незаразних болести, могу довести до немогућности здравствене службе да одговори захтевима на начин адекватан степену њеног развоја и значајних проблема са којим се град може суочити у будућности.

Стопа смртности одојчади означава Београд као подручје са ниском стопом морталитета одојчади (према СЗО, испод 18 умрлих на 1000 живорођених). У периоду од 1998–2009. године стопа смртности одојчади наставља са смањењем, започетим почетком последње деценије прошлог века, уз повремене осцилације. Према подацима, у Београду се стопа смртности одојчади смањила са 12,1/1000 у 1998. години на 6,7/1000 (графикон 6.). У

2007. години је забележен пораст броја умрле одојчади у односу на 2006. годину са 6,5/1000 на 8,4/1000. Слично је и у 2009. у односу на 2008. годину када се стопа смртности одојчади повећала са 6,3/1000 на 6,7/1000.

Графикон 6.: Смртност одојчади, перинатална смртност и мртворођења у Београду, 1993–2009.



У 2006. години, у Београду је стопа смртности одојчади износила 6,2 умрле одојчади на 1000 живорођених и имала повољније вредности у односу на Републику у којој је ова стопа износила 7,4/1000 живорођених. Београд је ближи достизању дефинисане вредности стопе смртности одојчади према Националним миленијумским циљевима развоја до 2015. године, која износи 4,5/1000 живорођених.

Перинатални морталитет обједињава све догађаје везане за стање плода и новорођенчета од 22. недеље гестације (укључујући и феталну смртност до 28. недеље гестације; до 1000 грама интраутериног развоја), па до 7. дана по рођењу. Стопа перинаталног морталитета у Београду (графикон 6.), у периоду 1998 - 2009. године је редукована са 13,3 на 7,7 умрлих на 1000 живорођених.

У 2006. години, стопа перинаталног морталитета у Београду је износила 9,9/1000 живорођених, док је у Републици Србији износила 9,1/1000 живорођених. Србија и Београд су близу достизања дефинисане вредности стопе перинаталног морталитета према Националним миленијумским циљевима развоја до 2015. године, која износи 6,5/1000 живорођених.

Мортинаталитет, стопа мртворођења као прва компонента перинаталног морталитета, у периоду 1998–2009. године показује тренд смањења са 6,3 на 4,3 промила, при чему су присутне сталне осцилације у оквиру овог интервала (графикон 6.).

Стопа смртности новорођенчади у првих седам дана живота, као друга компонента перинаталног морталитета, се знатно смањила са 7,1/1000 у 2008. години, на 3,5/1000 у 2009. години. Међутим, анализирајући кретања ове две компоненте после 2003. године, запажа се појава веће стопе смртности у првих седам дана од стопе мортинаталитета. Појава могућих догађаја у току трудноће који угрожавају живот плода, налаже опсежно праћење тока порођаја и периода непосредно по рођењу детета, на шта упозорава податак да је удео умрле одојчади у првих седам дана у 2009. години (52%) већи од регистрованог удела у 2008. години (46,7%).

У постнеонаталном периоду, у узрасту одојчета од навршеног првог месеца до краја прве године, у 2009. години је умрло 36 деце (стопа на 1000 је износила 3,1 у 1998. години, а у 2009. години, 2,0/1000) (табела 1.), што представља смањење у односу на 1998. годину када је умрло 46 деце. Међутим, уочава се благи пораст у односу на предходну, 2008. годину (31 дете). Учешће овог узрастног интервала у укупном броју умрле одојчади у 2009. години расте и износи 29,3% у односу на вредности из 1998. године (25,3%).

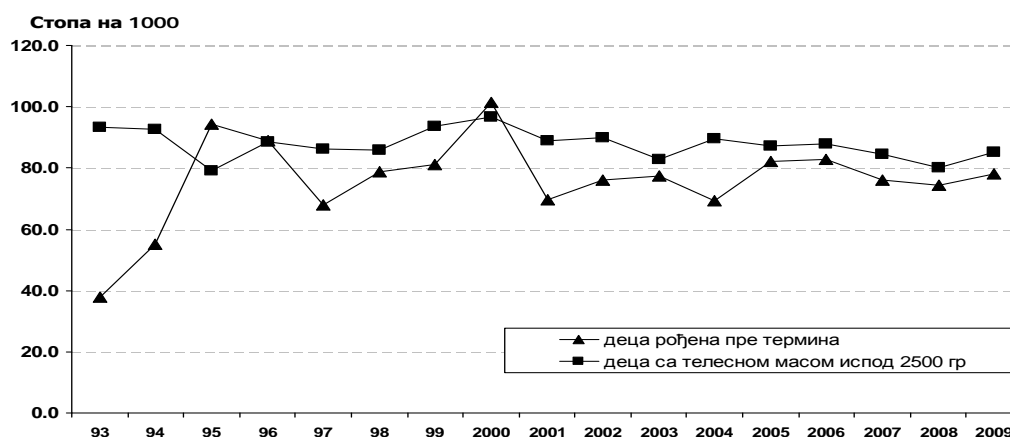
Табела 1.: Дистрибуција умрле одојчади према узрасту у Београду, 1998-2009.

Г о д и н а	Узраст умрле одојчади							
	Укупно умрла одојчад		0 до 6 дана		7 до 27 дана		28 дана до 11 мес.	
	број	%	број	%	број	%	број	%
1998	182	100,0	106	58,2	30	16,5	46	25,3
1999	166	100,0	101	60,8	32	19,3	33	19,9
2000	153	100,0	92	60,1	24	15,7	37	24,2
2001	159	100,0	89	56,0	33	19,5	38	23,9
2002	179	100,0	95	53,1	34	19,0	50	27,9
2003	157	100,0	90	57,3	23	14,6	44	28,0
2004	125	100,0	69	55,2	22	17,6	34	27,2
2005	119	100,0	65	54,6	22	18,5	32	28,6
2006	103	100,0	53	52,4	17	15,5	33	32,0
2007	133	100,0	74	56,4	17	12,0	42	31,6
2008	107	100,0	50	46,7	26	24,3	31	29,0
2009	123	100,0	64	52,0	23	18,7	36	29,3

Деца рођена пре термина у Београду, 2009. године, су била заступљена са стопом од 78/1000 живорођених (1.328 деце). Наведене вредности веће су у односу на две предходне године (графикон 7.).

Деца мале телесне масе (испод 2500 грама) у Београду, 2009. године, су била заступљена са стопом од 85/1000 живорођених (1.451 дете). Наведене вредности веће су у односу на две предходне године (графикон 7.).

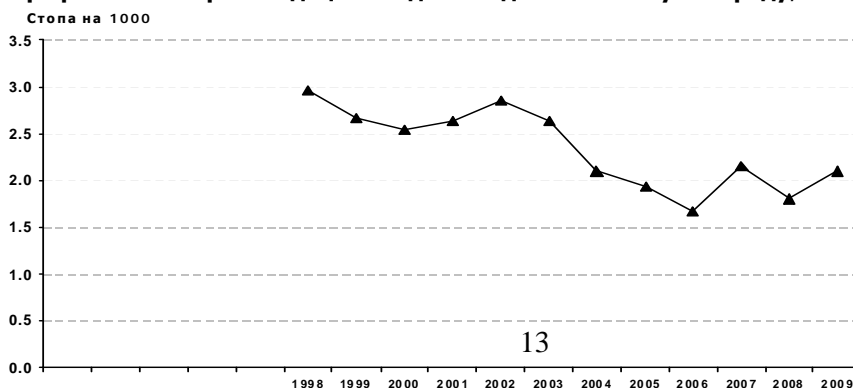
Графикон 7.: Деца рођена пре термина и деца рођена са телесном масом испод 2500 грама у Београду, 1993-2009.



Према истраживању Мултицентричне студије (MICS) коју је спровео UNICEF 2005. године, ниску телесну масу на рођењу имало је 5,0% од укупног броја деце у Републици Србији, с тим да је ова појава чешћа код ромске деце (9,3%) и деце из сиромашних породица (8,6%).

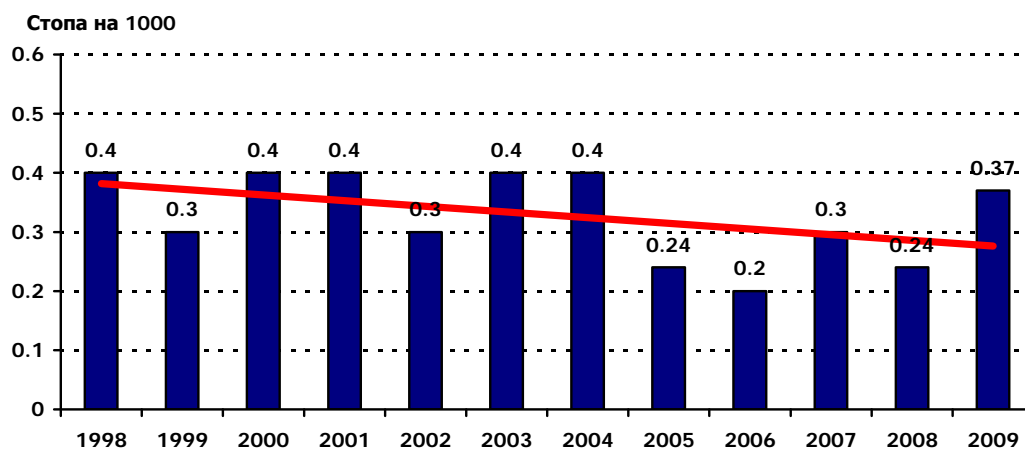
Смртност деце испод 5 година живота се смањује са 3,0/1000 у 1998. на 2,0/1000 у 2009. години (графикон 8.), показујући пораст у односу на 2008. годину када је износила 1,8/1000.

Графикон 8.: Смртност деце испод пет година живота у Београду, 1998–2009.



У периоду од 1998. до 2008. године, смањење стопе смртности деце испод 5 година живота настало је као резултат смањења стопе смртности деце у првој години живота, док се смртност деце од 1 - 4 године (графикон 9.) одржава на вредностима од око 0,3/1000. Међутим, 2009. године је регистрован пораст како стопе смртности деце од 1–4 године, тако и стопе смртности одојчади у односу на 2008. годину.

Графикон 9.: Смртност деце узраста 1-4 године у Београду, 1998–2009.



У 2006. години, у Београду је смртност деце испод пет година износила 6,4 промила, док је у Републици Србији, вредност ове стопе од 1991. до 2006. године смањена са 16,8 на 8,7 промила. Београд је ближи достизању Националних миленијумских циљева развоја до 2015. године, који дефинишу смањење вредности смртности деце испод пет година на 5 промила.

Стопа фертилитета (број живорођених на број жена фертилног доба) у Београду има тренд пада (табела 2.). Удео жена фертилног доба (15-49 година) у укупној популацији жена старијих од 15 година у Београду опада, са 60,9% у 1991. години, на 56,2% у 2002. години.

Табела 2.: Стопа фертилитета у Београду, 1991-2009.

Година	Београд
1991	42,6/1000
1998	37,7/1000
2002	40,6/1000
2009	42,3/1000

Према процени за 2009. годину, стопа фертилитета у Београду (42,3/1000) у односу на 1998. годину као базну годину посматрања (37,7/1000), показује пораст, чиме се одржава на нивоу из предходне, 2008. године. У Републици Србији је ситуација нешто повољнија у погледу овог индикатора.

Матернална смртност је важан показатељ здравља жена у генеративном добу. У Београду је матернална смртност евидентирана у 2004. и 2005. години износила 6/100000 живорођене деце.

У 2005. години, у Републици Србији је стопа матерналне смртности износила 13,9/100000, а у Београду 6/100000 живорођене деце.

Општи морталитет, односно укупан број умрлих лица у Београду показује пораст са 11,6/1000 у 1998. години на 13,1/1000 у 2009. години.

У 2006. години, стопа смртности у Београду је износила 12,5/1000. Исте године, стопа смртности у Републици Србији је износила 13,9/1000 становника.

Стопа наталитета у Београду показује тенденцију пораста, са 9,4/1000 у 1998. години, на 11,7/1000 у 2009. години (у 2006. години 10,3/1000). Према прелиминарним подацима, у Београду је 2009. године рођено 17.029 деце, што је за 12% више него 1998. године (14.987 деце).

У 2006. години, у Републици Србији је рођено 70.997 деце, са стопом наталитета од 9,6 промила, док је у Београду исте година забележена вредност ове стопе од 10 промила.

Природни прираштај (однос стопе наталитета и стопе опште смртности становника) последње две године показује повољнија кретања. Другим речима, стопа природног прираштаја у 2009. години има мање вредности са негативним предзнаком и износи минус 1,4/1000, док је 1998. године износила минус 2,2/1000 (графикон 10.). Највећа вредност негативног природног прираштаја је забележена у 2000. години (минус 3,5/1000).

Графикон 10.: Стопа наталитета, морталитета и природни прираштај у Београду, 1991 – 2009.



У 2006. години, стопа природног прираштаја на 1000 становника у Београду је износила минус 1,9/1000, док је у Републици Србији износила минус 4,3/1000.

1.5. Институционални и кадровски потенцијал

Здравствена делатност у Београду се обавља у 56 здравствених установа, од којих су 24 установе примарне здравствене заштите (16 домова здравља и 8 завода намењених одређеним популационим групама), 29 установа секундарног и терцијарног нивоа, 2 завода за јавно здравље и 1 апотекарска установа. У њима је запослено око 32.079 радника, од којих је око три четвртине здравствених радника и сарадника (33% високе стручне спреме; 67% радника више и средње стручне спреме) и 23% административних и техничких радника.

Са аспекта процене здравственог стања становништва, примарна здравствена заштита има посебан значај као место првог контакта корисника са здравственим системом, са тенденцијом да се на том нивоу реши највећи број здравствених проблема. Поред тога, улога примарне здравствене заштите је да обезбеди континуитет и свеобухватност заштите, као и координацију са специјалистичким службама, у складу са потребама корисника.

У последњих десет година у примарној здравственој заштити Београда дошло је до значајних организационих и структуралних промена, као и улагања у програме и пројекте који јачају овај ниво здравствене заштите становништва:

- увођење изабраног лекара

- примена водича добре праксе, заснованих на доказима
- континуирана едукација лекара и медицинских сестара
- промене у професионалном профилу – смањење броја немедицинских радника (Акциони план за развој људских ресурса Министарства здравља Републике Србије)
- унапређење инфраструктуре – објеката и опреме
- дефинисање номенклатуре здравствених услуга за примарни ниво здравствене заштите
- модернизација информационог система и увођење електронског картона
- почетак новог начина уговарања и плаћања услуга
- праћење дефинисаних показатеља квалитета и задовољства корисника и запослених у циљу унапређења квалитета здравствених услуга.

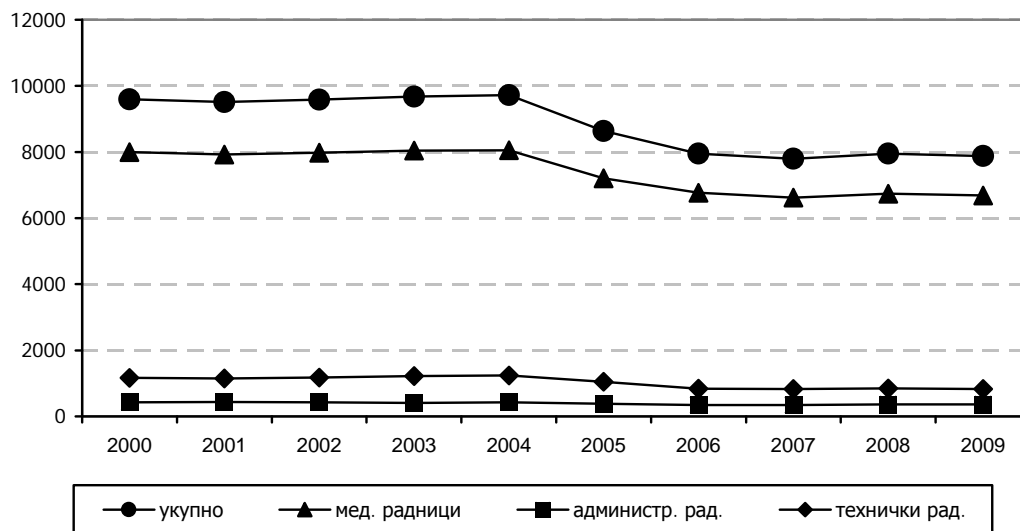
Примарну здравствену заштиту становништву Београда пружа 16 домова здравља у 17 београдских општина и 8 завода намењених здравственој заштити одређених популационих група (студенти, органи безбедности, радници железничког и авио саобраћаја, стара лица и лица на кућном лечењу), затим, Завод за хитну медицинску помоћ и два завода намењена превенцији и лечењу од појединих болести (плућне болести и туберкулоза и кожновенеричне болести). У установама примарне здравствене заштите је запослено 10.026 радника (31,2% од укупног броја запослених у здравству), од којих је 83,1% медицинских и 16,9% немедицинских радника. Око 14% лекара примарне здравствене заштите обавља специјалистичко-консултативну делатност.

Мрежу домова здравља, поред централних објеката (16), чине и огранци, здравствене станице и здравствене амбуланте (у насељима, радним организацијама, школама и сл.), односно, укупно око 265 објеката. На тај начин је постигнут висок ниво доступности примарној здравственој заштити у Београду, како грађана, тако и појединих популационих групација.

Развој здравственог кадра у последњих десетак година карактерише се тенденцијом повећања укупног броја запослених у домовима здравља све до 2005. године, када се бележи изразито смањење свих категорија запослених због спроведене рационализације кадра (графикон 11.). Укупан број запослених

у домовима здравља, у периоду од 2000. до 2009. године, смањен је за 1.714 запослених, или 17,9% (са 9.593 на 7.879).

Графикон 11.: Број запослених радника у домовима здравља у Београду, 2000-2009.



Упркос томе, обезбеђеност становника Београда лекарским кадром у домовима здравља је повољна и износи 878 становника по једном лекару. Број запослених на крају 2009. године у службама домова здравља је углавном усклађен са Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (табела 3.).

Табела 3. Кадровска обезбеђеност у службама домова здравља у Београду, 2009.

Служба	Број лекара	Број медицинских сестара	Обезбеђеност	Стандард
Служба за здр. зашт. предшколске деце	178	273	1 лекар на 538 деце до 6 година	1 спец. педијатар на 850 деце до 6 година
Служба за здр. зашт. школске деце	169	221	1 лекар на 1.388 школске деце	1 спец. педијатар/доктор медицине на 1.500 школске деце
Служба за здр. зашт. жена	127	219	1 лекар на 5.644 жена преко 15 год.	1 спец. гинеколог на 6.500 жена преко 15 год.
Служба за здр. зашт. одраслог становништва	814	777	1 лекар на 1.478 одраслих становника	1 спец. опште медицине/доктор медицине на 1.600 одраслих лица
Служба за здравствену заштиту радника (13 ДЗ)	113	162	1 лекар на 3.094 радника	1 лекар спец. медицине рада на 3.000 запослених (специфична заштита радника)
Служба за кућно лечење и негу	55	185		1 изабрани доктор медицине и 1 медицинска сестра на 6.000 становника

Служба хитне медицинске помоћи (6 ДЗ)	57	77	1 лекар на 5.577 становника и 1 медицински техничар на 4.129 становника	1 лекар, 1 мед. техничар и 1 возач (један тим) на 6.000 становника, а на два тима још 1 мед. техничар
Служба за физикалну медицину рехабилитацију(14 ДЗ)	64	313	1 лекар на 25.617 становника	1 лекар на 40.000 становника
Служба за радиолошку дијагностику	54	108	1 лекар на 30.324 становника	1 лекар на 50.000 становника
Служба за лаборатор. дијагностику	39	328	1 спец. медицинске биохемије на 41.987 становника	1 спец. медицинске биохемије на 40.000 становника
Поливалентна патронажна служба		249	1 медицинска сестра на 6.576 становника	1 медицинска сестра на 5.000 становника
Служба за стоматолошку здравствену заштиту	391	573		Кадровски норматив дат је за сваку стоматолошку дисциплину посебно
Интернистичка служба	71	85	1 лекар на 23.063 одраслих лица	1 лекар на 20.000 одраслих лица
Служба за оториноларингологију (15 ДЗ)	44	58	1 лекар на 37.216 одраслих лица	1 лекар на 30.000 одраслих лица
Служба за офталмологију (15 ДЗ)	58	60	1 лекар на 28.232 становника	1 лекар на 30.000 становника
Служба за заштиту менталног здравља	47	45	1 лекар на 28.200 становника	1 лекар на 40.000 становника

* Извор: Извештаји о извршењу планова рада здравствених установа за 2009.

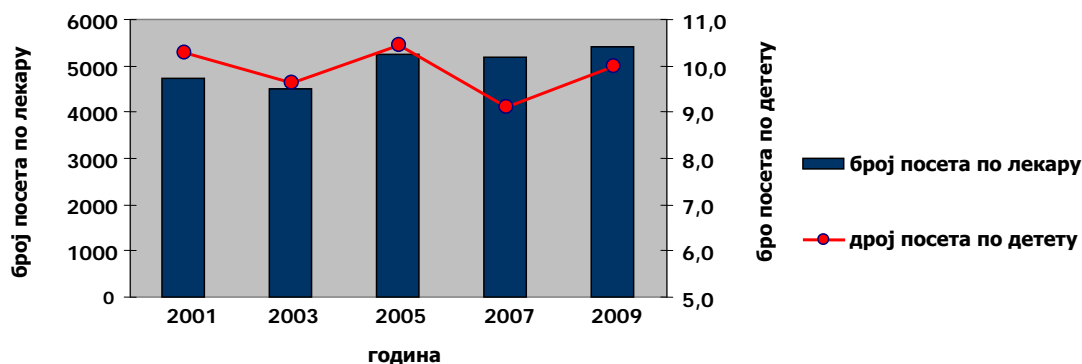
Поред дијагностике и лечења акутних и хроничних болести, на примарном нивоу здравствене заштите се спроводе програми промоције здравља, здравствено васпитање и превентивне здравствене услуге. Од квалитета здравствених услуга које пружају домови здравља, посебно превентивних услуга, у великој мери зависи карактер и врста доминантних болести и узрока смрти становништва Београда. Највећи број услуга здравствене заштите које имају интервентни карактер у првом контакту пацијента са здравственом службом, пружа се на примарном нивоу.

Основне службе система примарне здравствене заштите су: педијатрија, општа медицина, медицина рада и гинекологија, јер су ове делатности усмерене на популационе групације које чине становништво Београда. У овим делатностима је током 2009. године остварено укупно око 9.450.000 посета лекару и додатних 3.000.000 посета осталим медицинским радницима. Од тога се 12% посета односи на превентивни рад. Свака епизода лечења у просеку је остварена кроз 2-3 посете лекару или медицинској сестри. У току 2009. године, обављено је и 88.956 кућних посета или 0,9% свих посета због болести. Просечан број посета домовима здравља по становнику у Београду износи 5,5 посета.

▪ Здравствена заштita деце и омладине

Примарну здравствену заштиту деце предшколског узраста обезбеђују тимови у којима један тим пружа здравствене услуге за 538 деце предшколског узраста. Са 3 превентивна прегледа у току године обухваћена су сва деца овог узраста. У структури прегледа, превентивним прегледима припада 21,6%. Свако дете је у просеку имало по 10 посета лекару у 2009. години. Код лекара у овим службама уобичајено се реализује између 4.000 и 5.500 посета у току године, са тенденцијом пораста последњих неколико година. У 2009. години просечно оптерећење лекара је износило 5.399 посета и мање је од оптерећења лекара у овим службама на нивоу Републике (5.846 посета по једном лекару) (графикон 12.).

Графикон 12.: Просечан број посета деце узраста 0-6 година по лекару и по детету у Београду, 2001 -2009.

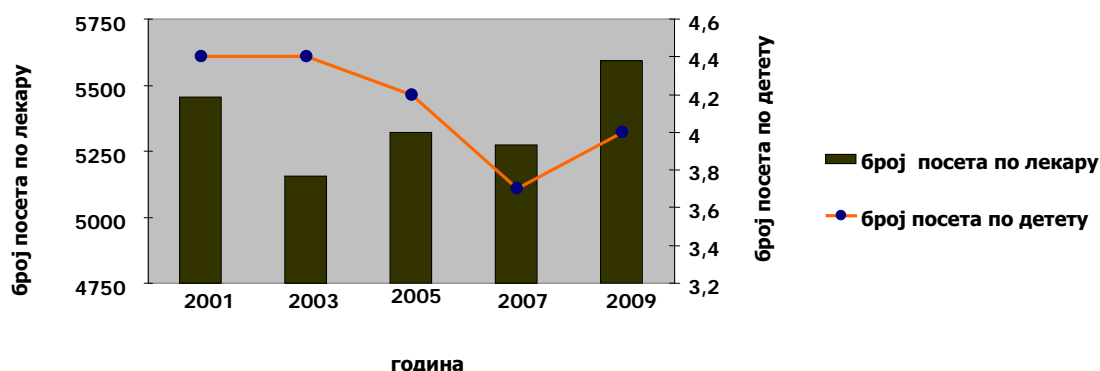


Здравствену заштиту деце школског узраста обезбеђују тимови у којима 1 тим пружа здравствене услуге за 1.388 детета школског узраста. Превентивни прегледи деце школског узраста који се односе на систематске и контролне прегледе чине 15% у укупном броју прегледа. Поред тога, превентивни рад подразумева и консултације и едукацију родитеља и наставника, као и редовне обиласке школских објеката. Систематским прегледима је обухваћено око 92% ученика непарних разреда основне и око 85% ученика средње школе.

Уочава се тренд смањења коришћења здравствене заштите у школском узрасту, посебно изражен од 2001. до 2007. године, са просечно 4,4 на 3,7 посета по детету школског узраста, док у 2009. години долази до повећања броја посета на 4,0. (графикон 13.). Истовремено је опадало и радно оптерећење лекара, тако да је просечан број посета лекару у 2007. години износио 5.275, док се у

2009. beleži повећање на 5.593 посета и нешто је већи број од просека у Србији (5.420 посета по лекару).

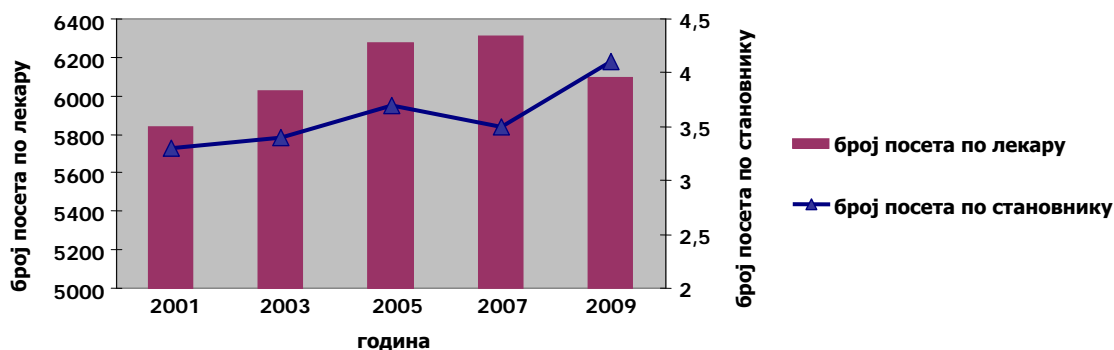
Графикон 13.: Просечан број посета деце узраста 7-19 година по лекару и по детету у Београду, 2001 – 2009.



▪ Здравствена заштита одраслих лица

Здравствену заштиту одраслим грађанима у 16 домова здравља обезбеђују тимови у којима 1 тим пружа здравствене услуге за 1.478 становника старијих од 20 година. Од укупног броја прегледа, 4,6% су имали превентивни карактер (систематски или контролни). Истовремено, грађани Београда остварују око 4 посете изабраном лекару ради дијагностике, лечења и контроле тока болести (око 1,5 епизода лечења). Број лекара је повећан за 22% (са 701 у 2001. на 855 у 2007.), а њихово радно оптерећење се у истом периоду смањило. Број посета по лекару у 2009. години је 6.095 и мањи је од просечне вредности овог показатеља у Србији у 2008. години (6.497 посета по лекару) (графикон 14.).

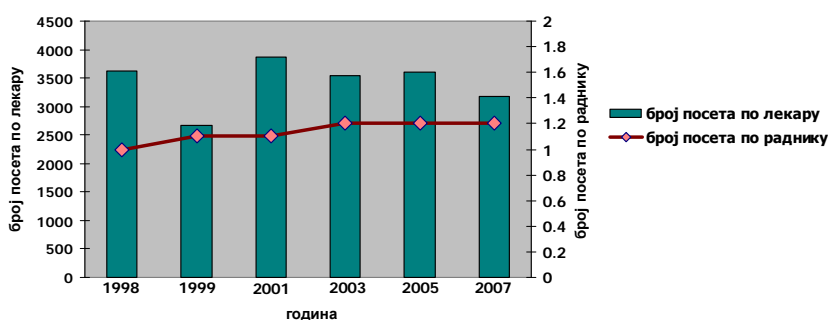
Графикон 14.: Просечан број посета одраслих лица по лекару и по становнику у Београду, 2001 -2009.



▪ Здравствена заштita радника

У оквиру службе за здравствену заштиту радника у току 2009. године обављено је 153.992 прегледа лекара специјалиста медицине рада у оквиру служби медицине рада. Од тога 41% су били прегледи возача аматера, а 34% су чинили предходни, периодични и контролни прегледи радника који раде на местима са посебним условима рада. Такође је пружено и 370.640 консултативно-специјалистичких прегледа (интерниста, гинеколог, офталмолог, оториноларинголог и неуропсихијатар у сарадњи са психологом). У оквиру здравствене заштите одраслих грађана коју пружа лекар специјалиста медицине рада који ради као изабрани лекар обављено је 332.286 прегледа, а од тога 5% су били превентивни прегледи (графикон 15.)

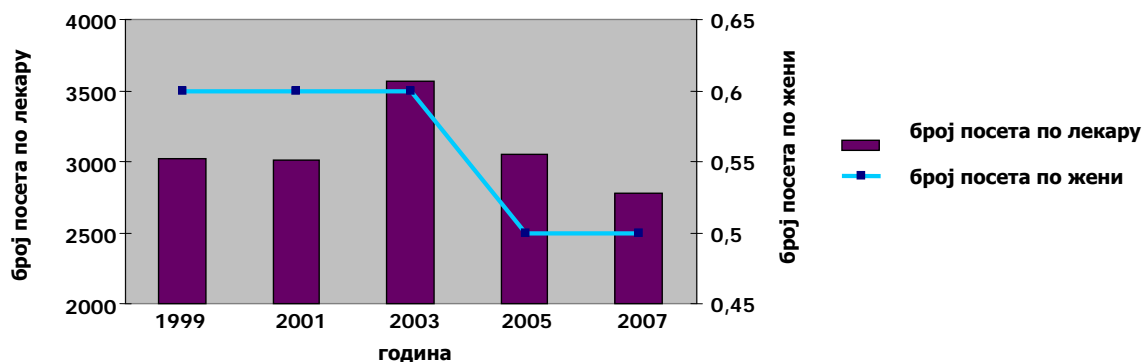
Графикон 15.: Просечан број посета запослених лица по лекару и по раднику у Београду, 1998-2007.



▪ Здравствена заштita жена

У примарној здравственој заштити жена ангажовани су тимови у оквиру којих 1 тим обезбеђује здравствену заштиту за 5.644 жена старијих од 15 година. Саветовалиште за труднице посети око 18.000 трудних жена, у просеку 11 пута годишње. Радом саветовалишта за планирање породице обухваћено је око 10% жена у репродуктивној доби и оне посећују ово саветовалиште 2–3 пута годишње. Због болести, дијагностике и лечења, изабраног гинеколога посети свака друга жена старија од 15 година са просечно 2 посете по епизоди лечења. Коришћење здравствене заштите у домовима здравља у делатности гинекологије има тенденцију смањења. Свака жена старија од 15 година посећује у просеку гинеколога једном у две године (графикон 16.). Просечно оптерећење лекара у 2009. години је износило 2.781 посета, што је мање у односу на национални ниво (3.240 посета по гинекологу).

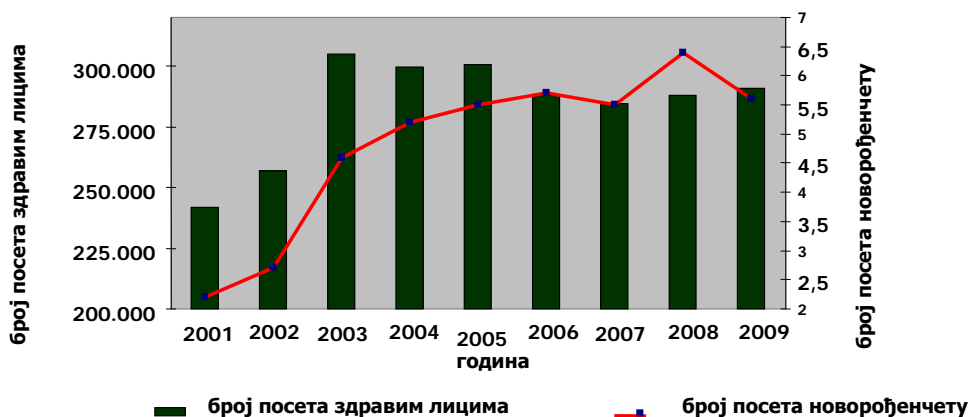
Графикон 16.: Просечан број посета жена старијих од 15 година по лекару и по жени у Београду, 1999–2007.



▪ **Поливалентна патронажна служба**

Кроз рад службе поливалентне патронаже одвија се здравствена заштита на примарном нивоу; једна сестра за 6.330 становника. Патронажним посетама су обухваћене труднице, породиље, новорођенчад, мала деца, старе особе и оболели од хроничних болести. Од 1998–2009. године укупан број кућних посета које је реализовала ова служба је смањен за 5,5% (са 330.784 на 312.485) због промене структуре посета (доминирају посете здравим лицима). У 2009. години, 93% укупног броја посета је намењено здравим лицима. Вишеструко је повећан број посета бабињари и новорођеном детету. Просечан број посета новорођенчету је повећан са 1,9 у 1998. години на 5,6 у 2009. години (графикон 17.). Кућним посетама ове службе обухваћен је скоро сваки десети становник Београда старости изнад 65 година живота.

Графикон 17.: Посете поливалентне патронажне службе здравим лицима и новорођеној деци у Београду, 2001-2009.



1.6. Животна средина и здравље

Заштита здравља становништва Београда је усмерена на спречавање прекорачења дозвољених граница у свакодневној изложености загађујућим материјама. На територији Београда је успостављен систематски мониторинг животне средине у циљу добијања података о концентрацијама загађујућих материја присутних у животnoj средини, како би се сагледале узрочно последичне везе у односу на здравље становништва града. Овај модел се користи јер обезбеђује стварање система „Environmental Health EHI Indicators“¹ који је веома значајан за доношење одлука и постављање политика здравствене заштите. Сличан приступ је био примењен код “Еколошке валидације Београда” (Градски завод за заштиту здравља, 2005.), будући да су индикатори животне средине и индикатори здравља као мерљиви показатељи, снажан инструмент у комуникацији и управљању заштитом животне средине.

- **Ваздух**

Загађеном ваздуху је изложено целокупно становништво Београда, а нарочито су угрожене осетљиве групације; деца, болесни и стари људи. На основу истраживања у свету, литературних података, као и испитивања које редовно врши Градски завод за јавно здравље Београд, потврђена су многобројна штетна деловања одређених материја у ваздуху, као што су напади бронхијалне астме у масовним размерама у случајевима загађења ваздуха специфичним загађивачима, локално дејство на слузокожу и кожу и код 10% становништва промене метаболизма и алергичне манифестације. На дејство сумпордиоксида, азотових оксида и озона (надражљивци), најосетљивији је респираторни тракт. Имајући у виду препоруке СЗО да број дана у којима измерене граничне вредности индекса (GVI) не треба да прелази 10%, односно, 36 дана годишње, у наредној табели је дат приказ квалитета ваздуха у Београду, у 2009. години (табела 4.)

¹ Public Health Surveillance; <http://www.surv.esr.cri.nz/ehi/ehi.php>

Табела 4.: Квалитет ваздуха – загађујуће материје и специфичне загађујуће материје пореклом од индустрије у Београду, 2009.

CO₂	Загађеност ваздуха у погледу сумпордиоксида, изражена као средња годишња вредност нижа је од прописане вредности од 50µг/м ³ . У току године регистровано је 35 дана преко GVI*.
Чађ	Средња годишња вредност чађи нижа је од прописане вредности од 50µг/м ³ . У току године регистровано је просечно по мерном месту 29 дана преко GVI*.
NO₂	Средња годишња вредност азотдиоксида мања је од прописане вредности од 60µг/м ³ . У току године регистровано је просечно по мерном месту 3 дана преко GVI*.
Аероседименти	Средња годишња вредност аероседимената је на три од 24 мерна места била већа од граничне вредности од 200µг/м ² дан. *
Полициклични ароматични угљоводоници (ПАУ)	Добијени резултати за бензо(а)пирен (BaP) показују да је регистровано присуство BaP-а преко граничне вредности на свим мерним местима и постојање сталне изложености овој загађујућој материји доказаној као канцерогеној. Број мерења преко GVI био је у 36,8% мерења.
Специфичне загађујуће материје пореклом из индустрије	Резултати анализа специфичних загађујућих материја у околини индустријских објеката повремено су прелазиле граничне вредности за испитиване материје, што указује на утицај загађења ваздуха пореклом од технолошких процеса.
Максималне годишње концентрације	Максималне годишње концентрације биле су за: чађ 226µг/м ³ , за сумпордиоксид 250µг/м ³ и за азотдиоксид 170µг/м ³ .
Укупне суспендоване честице <10 микрона	Резултати мерења суспендованих честица мањих од 10 микрона (СЧ10) мерених аутоматским мониторинзима, били су у распону од 6µг/м ³ - 234µг/м ³ . Гранична вредност за годину износи (40µг/м ³). Суспендоване честице до 10 микрона (СЧ10) мерене техником гравиметрије биле су преко GVI за годину у 43,4% мерења.
Суспендоване честице Грабовца	Вредности укупних суспендованих честица на подручју Грабовца кретале су се од 17,8µг/м ³ - 107,1 µг/м ³ (GVI за годину 40 µг/м ³). Садржај бензо-а-пирена (PAU) био је преко GVI у свим мерењима, осим четири узорка суспендованих честица.

- **Вода за пиће**

Квалитет воде за пиће се прати у погледу физичко-хемијске, бактериолошке и биолошке исправности, као и степена радиоактивности. Конзумно подручје београдског водоводног система чини град Београд са приградским насељима. Потрошња воде у граду у 2009. години је износила 203.529.053 м³, у просеку 6.454 l/s. Од укупне количине произведене воде, 56,6% (3.834 l/s) према пореклу припада подземној води, а 43,4 % (2.937 l/s) речној води. Резултати квалитета воде за пиће из београдског водовода су сажети на табели (табела 5.).

У току 2009. године у Лабораторији за хуману екологију Градског завода за јавно здравље Београд анализирано је укупно 6.650 узорака воде за пиће из београдског водоводног система, при чему је за физичко-хемијско испитивање у 6.158 узорака урађена основна анализа (А); у 360 узорака периодична анализа (Б) анализа; у 132 узорка испитивања су обављена у обиму "велике" анализе. Праћење микробиолошке исправности је спроведено кроз 6.642 узорака воде за бактериолошко испитивање и кроз 353 узорака биолошких параметара.

Табела 5.: Квалитет воде за пиће из београдског водовода, 2009.

Физичко-хемијска испитивања	Резултати свих обављених физичко-хемијских анализа узорака воде за пиће из система београдског водовода, укључујући и водовод Винчу, показују да је од 6.650 узорака, 105 (1,6%) одступало од норми предвиђених Правилником.
	У узорцима воде са инсталација, резервоара и из водоводне мреже најчешће одступање од прописаних норми регистровано је у погледу мутноће и садржаја гвожђа, што није од значаја по здравље корисника.
Бактериолошка испитивања	Резултати бактериолошких анализа узорака воде за пиће из система београдског водовода, укључујући и водовод Винчу, показују да је од укупно 6.642 узорака, 390 (5,9%) одступало од Правилника.
	Наведена одступања су на приближном нивоу као и претходних година, а најчешћи узрок неисправности је повећан укупан број бактерија у 1ml воде, што представља индикатор стања, важан за процену квалитета и интегритет дистрибуционог система. Уколико би се извршило усаглашавање норми у свету и код нас (лимит за овај параметар изузетно строг), тада би и оцена бактериолошког квалитета била знатно другачија, односно одступања би била нижа. Битно је истаћи да се нису никада изоловали патогени микроорганизми.
Контрола радио активности	Испитано је укупно 20 узорака воде за пиће, а резултати су показали да је укупна алфа активност <0,1 Bq/l, а укупна бета активност <1 Bq/l, па су сви узорци исправни у погледу радиолошких особина. Систематску контролу радиоактивности воде за пиће обавља и Институт за медицину рада "Др Драгослав Карајовић".

Сагледавањем резултата испитивања воде београдског водоводног система за 2009. годину може се констатовати следеће: квалитет воде из водоводног система у физичко-хемијском погледу је одговарао прописаним нормама Правилника, уз најчешћа и незнатна повећања концентрације гвожђа и мутноће, што није од значаја по здравља корисника, а последица је промене притисака или несташица воде због планских искључења и стања дистрибутивне мреже.

- **Површинске воде**

Квалитет површинских вода на територији Београда се прати на око 20 водотокова. Циљ контроле квалитета површинских вода на територији Београда је оцена бонитета водотокова, праћење тренда загађивања вода, процена способности самопречишћавања и подобности за водоснабдевање Београда, Обреновца, Барича и Винче, могућности наводњавања, као и заштите здравља грађана који се рекреирају на овим рекама. Систематска контрола квалитета вода ових водотокова обавља се на стандардним профилима, устаљеном динамиком, референтним методама, према истим параметрима, што омогућава валидно поређење резултата извршених теренских и лабораторијских испитивања. На основу упоредног приказа може се констатовати да је 2009. година, уз 2006. годину, била једна од најгорих на Дунаву у посматраном петогодишњем периоду (израженије у микробиолошком погледу), а да је на Сави ово била најбоља година (израженије у физичко-хемијском погледу) (табела 6.).

Табела 6.: Упоредни приказ квалитета воде Саве и Дунава у Београду, 2005-2009.

Год.	Река	Укупан број узетих узорака	У II класи речних вода		Изван II класе речних вода због измењених параметара					
					Бактериол. и физ.хемијских		Само физ.хемијских		Само бактериолош.	
			Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
2005	Сава	68	19	27,9	22	32,4	13	19,1	14	20,6
	Дунав	68	13	19,2	26	38,2	9	13,2	20	29,4
2006	Сава	68	22	32,4	20	29,3	4	5,9	22	32,4
	Дунав	68	11	16,2	23	33,8	9	13,2	25	36,8
2007	Сава	68	18	26,5	15	22,1	6	8,8	29	42,6
	Дунав	68	20	29,4	17	25,0	8	11,8	23	33,8
2008	Сава	68	27	39,7	14	20,6	15	22,1	12	17,6
	Дунав	68	27	39,7	8	11,8	15	22,1	18	26,4
2009	Сава	68	32	47,1	15	22,0	6	8,9	15	22,0
	Дунав	68	13	19,1	20	29,4	9	13,3	26	38,2

• Јавне чесме

Квалитет воде са јавних чесми се прати кроз посебан Програм. У 2009. години овим Програмом је обухваћено 26 објеката јавних чесми смештених на територији Београда. На основу резултата лабораторијских испитивања и познавања санитарно-хигијенског стања објеката и околине јавних чесми, даје се мишљење о могућности коришћења воде за пиће. Праћење квалитета изворишта подземних вода представљају и један од индикатора стања животне средине. Воде са свих јавних чесми у Београду се испитују два пута месечно у погледу основне физичко-хемијске и бактериолошке исправности, а један пут годишње се раде и биолошке анализе (табела 7.).

Табела 7.: Квалитет изворске воде са јавних чесми на територији Београда, 2009.

Општа оцена	Контрола квалитета изворске воде са јавних чесми је показала да велики број јавних чесми нема хигијенски исправну воду за пиће.
Физичко-хемијски квалитет	Од 334 лабораторијски испитана узорка воде са јавних чесми, 74 (22,2%) је било физичко-хемијски неисправно Најчешћи разлог физичко-хемијске неисправности воде је повећање концентрације нитрата и хлорида, као и вредности електропроводљивости
Микробиолошки квалитет	Од 334 испитана узорка воде са јавних чесми, 144 (43,1%) је било бактериолошки неисправно Најчешћи разлог микробиолошке неисправности изворске воде је присуство колиформних бактерија фекалног порекла (E. coli и др.) и повећање броја укупних колиформних бактерија, а нешто ређе Streptococcus групе "D".
Биолошки квалитет	Биолошки квалитет изворске воде на већини јавних чесми је био задовољавајући током контроле, али је у води одређеног броја јавних чесми регистровано присуство биолошких индикатора загађења или повећан број гљива.

• Купалишта

Циљ контроле квалитета воде на купалиштима је заштита здравља купача и заштита изворишта београдског водовода (језеро на Ади Циганлији), процена

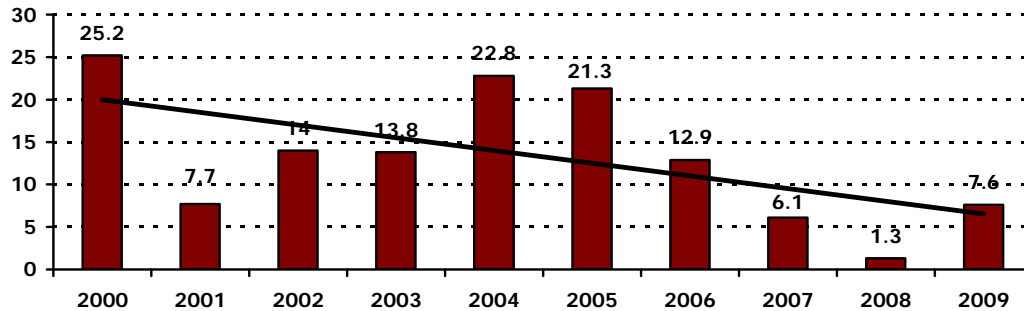
брзине напредовања еутрофикационих процеса, ефикасности мера очувања квалитета и дефинисање додатних мера заштите и санације. Квалитет воде купалишта “Лидо” проверава се ради заштите здравља купача, а подавалске акумулације су укључене јер им је основна функција задржавање поплавног таласа (табела 8.).

Табела: 8.: Квалитет воде на купалиштима и подавалским акумулацијама, Београд, 2009.

Савско језеро	Од 159 анализирана узорка, у границама I и II класе бонитета било је 146 узорака (91,8%), док су 13 анализираних узорака (8,2%) била ван граница прописане класе. Одступања су регистрована у 12 узорака (7,6%) због погоршаних микробиолошких параметара и 1 узорку (0,6%) према појединим физичко-хемијским параметрима.
	Долази до погоршања квалитета воде и микробиолошких параметара, након вишегодишњег тренда побољшања квалитета воде.
Купалиште “Лидо”	Од 10 анализираних узорака воде купалишта “Лидо”, само 1 је био у границама II класе бонитета према свим испитиваним физичко-хемијским и микробиолошким параметрима.
	Због измењених појединих физичко-хемијских параметара и повећаног colli титра, ван граница прописане класе бонитета било је 5 узорака. Само повећан МПН је регистрован у 4 узорка. Стање је нешто лошије него у 2008.
Акумулација “Паригуз”	Испитано је 9 узорака квалитета воде ове акумулације у периоду април-септембар. Резултати показују да ниједан узорак није био у границама II класе бонитета.
	Само према појединим физичко-хемијским параметрима одступало је 5 узорака, а код 4 су регистрована одступања у микробиолошком и физичко-хемијском погледу.
Акумулација “Бела река”	Контрола је обављена у 9 узорака узетих у периоду април-септембар. Резултати показују да су 2 узорка одговарала нормама за II класу, док је преосталих 7 узорака одступало од предвиђене класе бонитета
Акумулација “Дубоки поток”	Само због повећаног colli титра одступала су 3 узорка из предсезоне, док су код 4 узорка регистрована одступања само у физичко-хемијском погледу.
Акумулација “Дубоки поток”	Контрола квалитета воде извршена је у 9 узорака у периоду април-септембар. Резултати показују да је 5 узорака одговарало II класи бонитета, док су 4 узорка одступала од предвиђене класе бонитета.
Акумулација “Дубоки поток”	Одступање од II класе бонитета детектовано је у 2 узорка због повећаног colli титра а 2 узорка због одступања појединих физичко-хемијских параметара

Акција уклањања макрофитне вегетације на језеру Ада Циганлија је започета средином априла и спровођена је свакодневно. Резултати обављених испитивања воде језера на Ади Циганлији показују да је ситуација нешто неповољнија у односу на претходну годину. Од 159 анализираних узорака, 8,2% је било ван граница прописане класе. Са аспекта здравствено безбедне рекреације, ситуација је повољна и већ трећу годину за редом, квалитет воде је у оквиру препорука Светске здравствене организације (графикон 18.).

Графикон: 18. Микробиолошки квалитет воде језера Ада Циганлија - процентуална заступљеност узорака ван граница II класе бонитета, 2000-2009.



Комунална бука

Комунална бука у Београду потиче највећим делом од саобраћаја, док су индустрија, мала привреда, грађевинарство и други извори буке од мањег значаја.

У току 2009. године, ниво буке се пратио на 30 референтних тачака одабраних у договору са Секретаријатом за заштиту животне средине. Нивои комуналне буке на 27 мерних места за дан и 28 мерних места за ноћ, регистровани током године и даље су високи и премашују прописане вредности. Прекорачење дозвољеног нивоа буке током дана је 0-14 dB(A), а у ноћном периоду је 0-19 dB(A), зависно од зоне намене, што је неповољније него у 2008. години. Апсолутно највећа бука констатована је у улици Булевар Деспота Стефана, где меродавни ниво током дана достиже 75 dB(A), а током ноћи 71 dB(A). Према подацима OECD-а, преко 25% становништва европских градова је било изложено 24 часа еквивалентном нивоу буке већем од 65 dB(A), што озбиљно угрожава сан и доводи до појаве психосоматских симптома и акустичног стреса.

2. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ СТАНОВНИШТВА БЕОГРАДА

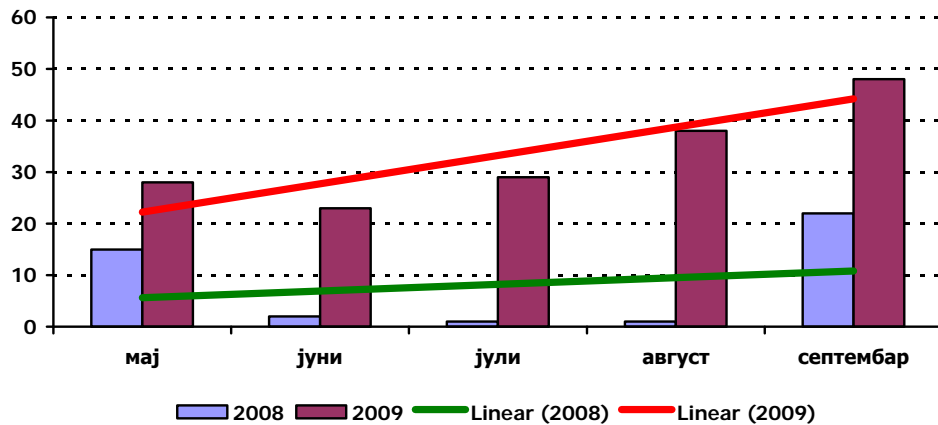
2.1. Заразне болести

У току 2009. године, епидемиолошка ситуација у Београду не показује битна одступања у односу на раније године, изузев када је реч о новом соју вируса грипа А(Н1Н1) чија је појава у свету условила проглашење пандемије од стране СЗО. Од акутних заразних и паразитарних обољења је оболело 47.800 лица, са стопом инциденције од 29,9/1000 становника. Од укупног броја оболелих, око 30% је оболело од грипа, а остали од заразних и паразитарних болести чији је број у односу на претходну годину у опадању. Од заразних болести је умрло укупно 50 лица и то код 10% је узрок смрти био грип, а код 90% остале акутне заразне болести.

2.1.1. Инфлуенца А(Н1Н1) на територији Београда

Поводом актуелне епидемиолошке ситуације изазване појавом и ширењем новог вируса грипа А (Н1Н1) у свету и проглашења IV фазе пандемијске приправности од стране СЗО, у складу са Планом активности пре и у току пандемије грипа, достављене су свим здравственим установама препоруке и Стручно-методолошко упутство за контролу уношења и спречавање ширења новог соја вируса грипа А (Н1Н1). У периоду мај-септембар 2009. године, надзор над инфлуенцом спровођен је у складу са Стручно-методолошким упутством за контролу уношења и спречавање ширења новог соја вируса грипа А(Н1Н1), препорукама за спровођење поштреног епидемиолошког надзора у време трајања великих јавних манифестација, као и Новим смерницама за спровођење надзора над новим вирусом грипа. Анализом података из популационог надзора уочен је четвороструки пораст броја оболелих од грипа у периоду мај-септембар 2009. године (166) у односу на исти период 2008. године (41) (графикон 19.).

Графикон: 19.: Оболели од грипа на територији Београда у периоду мај-септембар, 2008/2009.



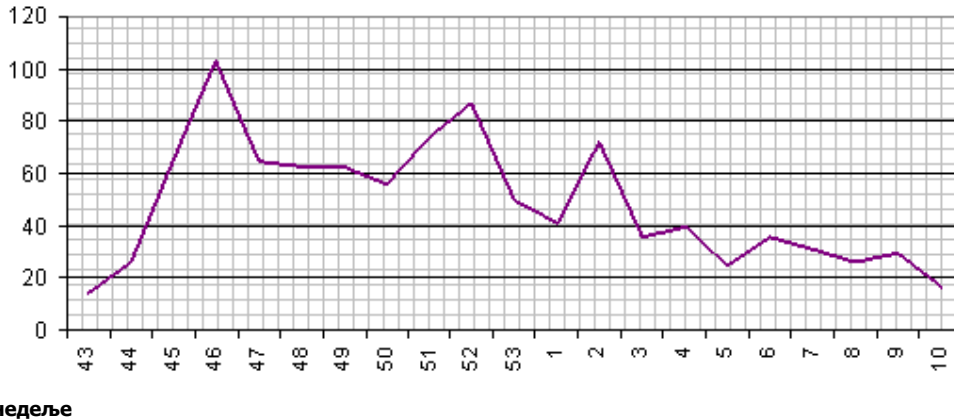
У периоду мај-септембар 2009. године код укупно 170 особа пријављених са сумњом на грип, узоркован је материјал за вирусолошка испитивања (брисеви ждрела/носа). Присуство новог вируса грипа потврђено је код 30 (17,6%) оболелих од грипа А(Н1Н1). Од 30 особа са потврђеном инфекцијом новим вирусом А(Н1Н1), 18 је допутовало из различитих земаља са локалном трансмисијом (САД, Енглеска, Аустралија, Канада, Грчка, Шпанија, Мађарска), 5 особа је оболело након оствареног контакта у породици, а 7 је оболело након присуствовања манифестацији „ЕГЗИТ“.

Анализом података из популационог надзора уочава се да је укупан број оболелих у сезони 2009/2010 износио 16.211 и да је већи за око 65% од броја оболелих у сезони 2008/2009 (9.841). У сезони 2008/09 највећи број оболелих регистрован је током фебруара (4.200) и марта (5.000), док је у сезони 2009/2010 године највећи број регистрован у новембру (5.507) и децембру (8.120).

- **Хоспитализација**

У периоду од 24. јуна 2009. године до 1. марта 2010. године хоспитализовано је 1.070 пацијената због грипа или обољења сличног грипу (графикон 20.).

Графикон 20.: Број хоспитализованих пацијената због обољења сличних грипу у сезони 2009/2010. године у Београду (према извештајним недељама)



Уочава се да су пацијенти са обољењима сличним грипу хоспитализовани у периоду од 43. извештајне недеље (у октобру 2009. године) до 10. извештајне недеље (у марту 2010. године). Највише оболелих (103) хоспитализовано је у 46-ој недељи када је и популационим надзором регистровано највише оболелих од грипа (2.214). Други врх у броју хоспитализованих бележи се у 51-ој (74 оболелих) и 52-ој недељи (87 оболелих) и касни у односу на други врх у обољевању за недељу дана. Овај пораст броја хоспитализованих условљен је највероватније порастом компликација код оболелих. Нови скок броја хоспитализованих бележи се у другој извештајној недељи (у јануару 2010. године) када су хоспитализована 72 пацијента. Највише пацијената, 398 (37%) је лечено у Клиничком центру Србије и то у Институту за инфективне и тропске болести (56%). Међу хоспитализованим пацијентима било је више мушкараца (54%) него жена (46%), старости до 30 година. Само 8,6% хоспитализованих оболелих је било старијих од 65 година. Међу хоспитализованим пацијентима са обољењем сличним грипу, било је и 30 беба старости до 1 године.

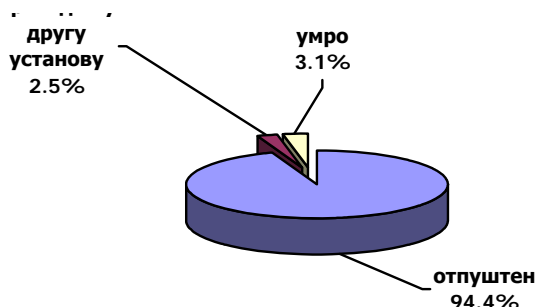
Од укупног броја хоспитализованих пацијената, 60,4% је имало неку другу болест пре појаве обољења сличног грипу. Уочава се да су обољења плућа, срца и шећерна болест биле најчешће повезане за обољењима сличним грипу (табела 9.).

Табела 9.: Коморбидитет хоспитализованих пацијената због обољења сличног грипу у Београду, 2009/2010.

Обољење/стање које је пацијент имао пре појаве болести	Број	%
Карцином	28	4,3
Дијабетес	57	8,8
ХИВ и други вид имунодефицијенције	12	1,9
Срчано обољење (осим хипертензије)	75	11,6
Обољења централног и периферног нервног система	39	6,0
Хронично обољење плућа	85	13,2
Астма	57	8,8
Трудноћа	45	7,0
Породиља	12	1,9
Неухрањеност	3	0,5
Гојазност	17	2,6
Друго	216	33,4
Свега	646	100

Нови грип је вирусолошки потврђен на Институту „Торлак“ код 172 хоспитализована пацијента (16,1%). Највише пацијената (94,4%) је отпуштено из болнице као излечени или су упућени на кућно лечење (графикон 21.).

Графикон: 21.: Исход болничког лечења пацијената са обољењем сличним грипу у Београду, 2009/2010.

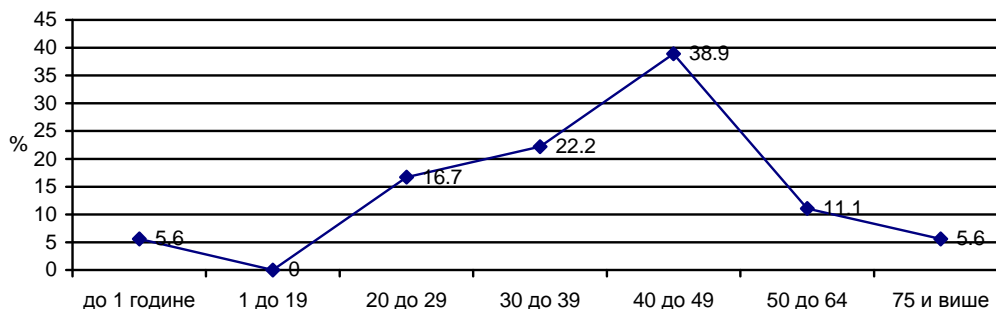


Од укупно 495 особа женског пола хоспитализованих са обољењем сличном грипу, 47 су биле труднице (9,5%). Болест је завршена смртним исходом код 3 труднице (2 са акутним респираторним дистресом и 1 са пнеумонијом) и код свих је вирусолошки потврђен грип изазван новим сојем вируса А(Н1Н1). Све три умрле труднице биле су са пребивалиштем изван Београда.

Од 33 пацијента чије је лечење завршено смртним исходом, у 18 случајева је смртни исход био повезан са обољењем сличном грипу. Вирус новог грипа потврђен је на Институту за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“ код 15 умрлих пацијената. Смртни исход је био чешћи код пацијената женског пола (55,6%) него код мушкараца. Број умрлих пацијената расте са старашћу

пацијената и максимум достиже у добној групи 40 - 49 година (7 умрлих пацијената), а затим опада (графикон 22.)

Графикон: 22.: Дистрибуција умрлих пацијената од обољења сличног грипу према старости, 2009/2010



Од 18 умрлих пацијената, 17 (94,4%) је имало пнеумонију, а акутни респираторни дистрес синдром је имало 15 пацијената. Механичку вентилацију користило је 16 умрлих пацијената у укупном трајању од 204 дана или у просеку 12,8 дана по пацијенту (минимална вредност 1 дан, максимална вредност 32 дана).

• **Превентива**

Мере социјалног дистанцирања које подразумевају и забране јавног окупљања, коришћене су приликом продужења школског распуста у новембру 2009. године (46. недеља), као и у другој половини децембра 2009. године (52. недеља). Ове мере су дале евидентне резултате и позитиван утицај на ток епидемије. Дошло је до наглог пада обољевања у школском узрасту, па се укупна циркулација вируса у популацији смањила, што је смањило оболевања и у осталим узрастима. На тај начин се обезбедило да максимум обољевања буде знатно нижи него када би се епидемија јавила само у једном таласу.

Смањење интензитета ширења вируса се рефлектовало и на смањење укупног броја хоспитализованих случајева, односно, оних који су имали тежу клиничку слику, па и оних којима је био неопходан респиратор. Наиме, пратећи број хоспитализованих пацијената на територији Београда, јасно се уочавају три максимума. Након прве мере продужења распуста, јавља се смањење хоспитализованих у 48., 49. и 50. недељи у Београду. Пораст интензитета активности вируса и циркулација вируса у 50. недељи рефлектовала се и

порастом броја хоспитализованих случајева у 51. и 52. недељи. Превремени распуст поново је смањио интензитет активности вируса и његову циркулацију и довео до поновног смањења хоспитализација у 53. недељи 2009. и 1. недељи 2010. године. Последњи пораст броја хоспитализованих у 2. недељи 2010. јавља се највероватније као последица повећања циркулације вируса у току новогодишњих празника када је регистровање обољевања по правилу смањено (графикон 22.). Мером продужења распуста, односно, превременог распуста, максимуми хоспитализација су били „развучени“ у три епизоде, чиме је избегнут нагли пораст броја хоспитализованих случајева који би изискивао далеко тежу организацију интензивне неге и примену вештачке вентилације оболелих.

2.1.2. Обавезна имунизација

Поред показатеља који су везани за инциденцију обољевања од заразних болести које се превенирају вакцином, успешност имунизације се прати и кроз анализу обухвата. Анализа приказаних резултата обавезних имунизација на територији Београда током последњих 5 година (2005-2009.), показује да се оне спроводе успешно у односу на планирани број за вакцинацију. Међутим, постоје измене које се уочавају и продубљују од 2008. године у вези спровођења обавезне ММР имунизације, посебно у школском узрасту (табела 10.).

Табела 10.: Општи успех извршених имунизација на територији Београда, 2005-2009.

Вакцина	Успех у процентима %				
	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Полио вакцинација	97.8	97,5	98.4	97,4	98.4
I Ревакцинација	96.5	96,0	97.0	93,2	96.3
II Ревакцинација	97.9	98,4	98.2	97,6	98.0
III Ревакцинација	98.4	96,6	90.1	98,2	96.7
Ди-Те-Пер-Ал вакцинација	97.6	96,6	98.2	97,6	98.6
I Ревакцинација	96.5	95,0	96.5	93,1	95.3
Ди-Те-Ал	97.9	98,6	96.8	97,3	96.9
Ди-Те-Ал про адултис	98.0	97,2	91.3	98,3	96.9
ММР вакцин.	95.1	94,9	95.7	94,6	93.9
ММР ревакцинација у 7. години	-	83,2	98.6	96,6	89.3
ММР ревакцинација у 12. години	98.0	97,5	79.3	87,3	75.2
НiВ вакцинација			94.0	98,6	98.8
Хепатитис Б вакцинација у 1.години			94.6	89,7	95.3
Хепатитис Б вакцинација у 12. години			73.0	80,8	50,0

У 2009. години, обухват вакцинисаних ММР вакцином у односу на број планиране деце износио је 93,9% и најнижи је у последњих пет година (даљи пад у односу на 2008.). Овај обухват се оцењује као незадовољавајући јер није достигнуто 95% од планираног броја. Анализа података о имунизацији са ММР вакцином у односу на планирани број по општинама указује да је обухват био испод 90% у 2009. години; Сопот (84,18%), Гроцка (85,21%) Чукарица (82,82%) и Младеновац (88,96%). Испод 95% од планираног броја су имале и општине Земун (94,05%) и Нови Београд (92,9%). Ревакцинација са ММР вакцином у 7. години живота је извршена са обухватом од 89,3% (даљи пад у односу на 2008.). Испод 90% обухвата имају и општина Земун (71,08%), Сопот (87,44%), Раковица (59,02%), Нови Београд (84,11%), Палилула (88,33%), Стари град (92,95%), Звездара (92,6%) и Вождовац (93,50%).

Ревакцинација са ММР вакцином у 12. години извршена је са још неповољнијим обухватом од 75,24% који је значајно мањи у односу на 2008. годину. Постоји разноликост обухвата по општинама, али су најмањи обухват оствариле општине Раковица (50,92%), Чукарица (30,29%), Нови Београд (43,94%) и Младеновац (47,34%), а у марту 2009. године је било и прекида у снабдевању ММР вакцином. Одржавање будности за додатно ангажовање и у спровођењу имунизације против морбила, заушака и рубеле, постаје забрињавајуће у 2009. години када се уочавају и неједнакости у приступу проблемима између домова здравља (маргинална група, миграције у делу нехигијенских ромских насеља).

Подаци из блиског окружења су врло алармантни. Епидемија морбила у Бугарској која је започела у априлу 2009. године је добила повећан интензитет све до 18. марта 2010. године када се кумулативни број случајева повећао на 9.314. У 2010. години је регистровано и 15 смртних случајева. Већина оболелих није имунизована и код фаталних случајева смрт је наступила неколико сати након пријема у болницу. У фебруару 2010. године, заједнички тим Европског центра за контролу болести и СЗО је проценио да ће се ширење наставити све до достизања колективног имунитета, кроз вакцинацију или природно обољевање. Кампања имунизације започела је у мају 2009. и посебно је појачана у 2010. години. Упркос томе, од почетка 2010. године до краја 26 недеље, број оболелих у Бугарској је достигао 21.180, а у истом периоду 2009. године је било пријављено само 8 случајева морбила.

2.2. Деца и омладина

У складу са дефиницијом UNICEF-а (Конвенција о правима детета, усвојена на Генералној скупштини UN, 20. новембра 1989. године, чл.1.), дететом се сматра особа која се налази у животном периоду од рођења до навршених 18 година живота. Због специфичности везаних за раст и развој, социјалних карактеристика, могуће изложености факторима ризика и основних принципа организације здравствене заштите, ово животно раздобље се дели на два периода:

- деца предшколског узраста (0-6 година)
- деца школског узраста (7-19 година).

Период од рођења до навршене прве године живота детета чини издвојену целину унутар периода предшколског детета, а здравствено стање деце овог узраста представља базични индикатор који указује на степен развијености и организованости здравствене службе једног подручја и веома је осетљив индикатор здравственог стања становништва у целини.

Адолесценција, најчешће дефинисана као животно доба од 10 до 19 година, је период који представља прелазак из детињства у зрелост, а карактерише се дубоким променама везаним за биолошки раст, сексуално, емотивно и психосоцијално сазревање, као и когнитивно сазревање са развојем апстрактног мишљења.

2.2.1. Предшколска деца

У Београду, према попису из 2002. године, живи 95.843 деце узраста од 0 до 6 година (6% од укупног броја становника), што је за 1/3 мање него у 1991. години (133.560).

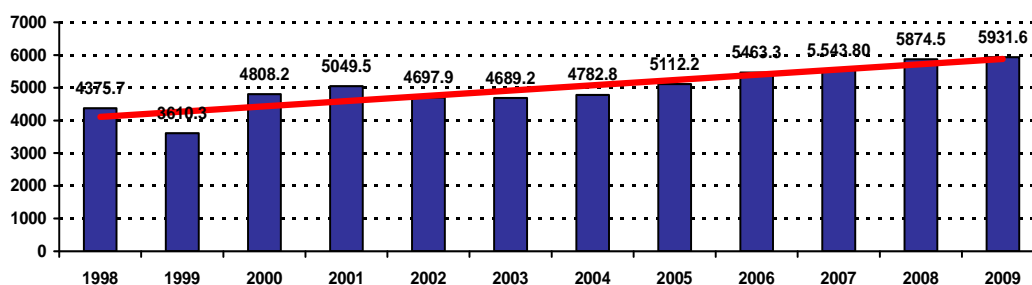
2.2.1.1. Ванболнички морбидитет

У оквиру ванболничке здравствене заштите у 2009. години региструје се 568.506 случајева обољења и патолошких стања деце узраста 0–6 година, са стопом специфичног морбидитета од 5.931/1000. У односу на 1998. годину

(4.376/1000) и надаље, у 2009. години се бележе све веће вредности (графикон 23.). Пораст стопе се региструје из годину у годину, а највише је условљен порастом стопе обољевања деце од болести система за дисање.

Графикон 23.: Ванболнички морбидитет деце узраста 0-6 година у Београду, 1998 – 2009.

Стопа на 1000



У укупном ванболничком морбидитету деце узраста 0-6 година, у 2009. години, у оквиру пет водећих група болести које чине 88,7% укупног морбидитета, истиче се да има промена у редоследу у односу на базну годину посматрања, 1998. годину.

Ранг првих пет најчешћих група болести у 2009. години је следећи:

- Болести система за дисање (4058/1000)
- Заразне и паразитарне болести (369/1000)
- Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (312/1000)
- Болести средњег ува и мастоидног наставка (276/1000)
- Болести коже и поткожног ткива (250/1000)

Редослед првих пет група болести је готово у целини идентичан у посматраном временском интервалу. Изузетак чини 1999. година, када су заразне и паразитарне болести биле на III месту. Те исте године су болести ува и мастоидног наставка биле на II, док су се у свим осталим годинама, осим последње посматране, налазиле на III месту. Болести коже и поткожног ткива су на V месту само у 2009. и 2008. години, док су у осталим годинама биле на IV месту. Међутим, пада у очи да се у последње две године региструје пораст учешћа групе „симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази“, која се све дотле налазила на V или нижем месту у рангу.

Првих пет обољења у 2009. години, рангирано према заступљености у укупном морбидитету деце предшколског узраста су:

- Акутно запаљење ждрела и крајника (2004/1000)
- Акутне вишеструке инфекције горњих дисајних путева, неозначене локализације (1255/1000)
- Акутно запаљење душника и крајњих огранака душица (349/1000)
- Болести средњег ува и мастоидног наставка (236/1000)
- Акутно запаљење гркљана и душника (196/1000)

Прва три наведена обољења и пето у низу обољење припадају болестима система за дисање према МКБ-10, као најчешћој групи болести. За болести средњег ува и мастоидног наставка, иако нису сврстане у ову групу болести, може се рећи да су узрочно-последично повезане са њом, односно да најчешће чине компликацију обољења горњих дисајних путева.

Са приближно истом морбидитетном сликом и учесталошћу обољевања деце као у Републици Србији у 2006. години (5,4 јављања лекару по 1 детету, са првих пет водећих група болести које чине 86,9% укупног морбидитета), регистроване су и болести код деце у Београду, са изузетком фактора који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом (14,5%) који се налазе на II месту у рангу забележеном у Републици Србији.

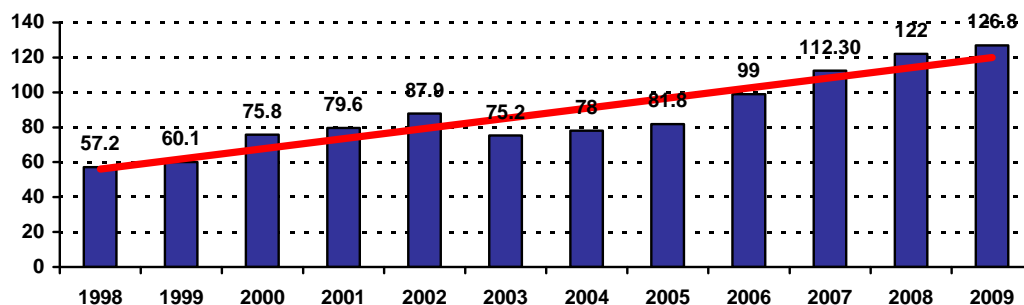
Повреде деце узраста 0–6 година представљају посебно значајан проблем везан за морбидитет, инвалидитет и морталитет. Трауматизам има све социомедицинске карактеристике и значај који га сврстава у водеће проблеме савремене дечије патологије.

У примарној здравственој заштити деце предшколског узраста, у 2009. години регистровано је 12.156 повреда. Величину овог проблема јасније изражава стопа повређивања деце овог узраста која је у 2009. години износила 126,8/1000. Број регистрованих повреда код деце предшколског узраста у периоду 1998-2009. године има тенденцију пораста. Тако је у 1998. години тај број износио 6.896 са стопом од 57,2/1000. Унутар овог временског интервала било је незнатних одступања у смислу пораста и смањења наведене појаве, али

је генерално посматрано, трауматизам у дечијем узрасту у порасту (графикон 24.).

Графикон 24.: Стопе повређивања деце узраста 0-6 година у Београду, 1998–2009.

Стопа на 1000



У периоду од 1998–2009. године је долазило до промене места повреда у рангу у односу на друге водеће болести, али не и до смањења наведене појаве. Разлоге треба тражити у повећању броја других обољења и стања у дечијем узрасту, као што су болести система за дисање, заразне и паразитарне болести, болести ува и мастоидеа, болести дигестивног тракта итд. Наведена обољења, поред масовности, носе и одређени степен тежине обољевања, али у сваком случају немају за последицу високи инвалидитет и смртност као повреде. Стога, проблем повређивања деце треба схватити озбиљно и приступити предузимању превентивних мера на свим нивоима.

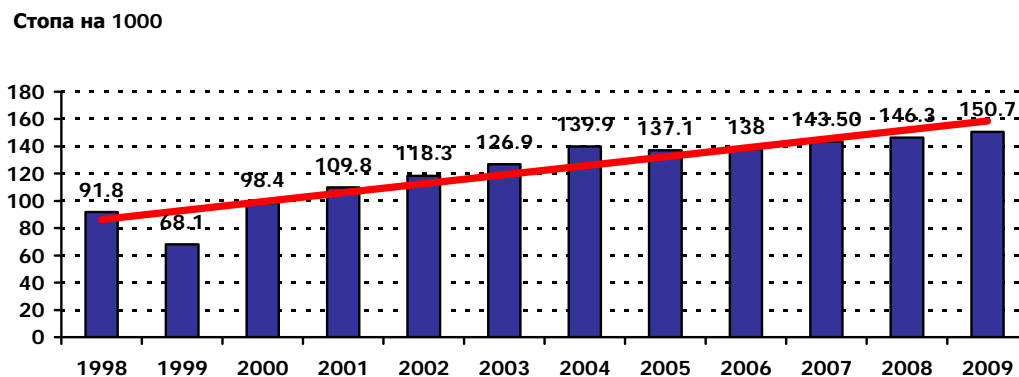
Примена X ревизије Међународне класификације болести и стања није дала знатно веће могућности детаљнијег разврставања повреда, па се групација повреда означених као „друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде“ и даље налази на I месту. Ранг листа водећих повреда код деце предшколског узраста у 2009. години је следећа:

- Друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде (97,9/1000)
- Опекотине и нагризи (6,8/1000)
- Преломи дугих костију удова (4,4/1000)
- Специфична и вишеструка уганућа, расцепи и утиснућа (4,4/1000)
- Последице повреда, тровања и друге последице спољних узрока (4/1000)

2.2.1.2. Болнички морбидитет и леталитет

Болничком здравственом заштитом београдске деце предшколског узраста, у 2009. години је обухваћено 14.443 деце, што је за 3.371 дете више него у 1998. години (11.072). Стопа хоспитализације у 2009. години је повећана у односу на 1998. годину (91,8/1000) и износи 150,7/1000. Узрок повећане хоспитализације деце овог узраста је повећана потреба за болничким лечењем тежих облика болести и сложенијих клиничких стања деце, чији се број у укупној популацији повећава (графикон 25.).

Графикон 25.: Стопа хоспитализације деце узраста 0-6 година у Београду, 1998–2009.



Просечна дужина лечења у 2009. години износи 7,5 дана и смањена је за 2,2 дана у односу на вредности регистроване у 1998. години, као базној години посматрања (9,7 дана). Уочава се да је у односу на просечну дужину болничког лечења, дужина лечења деце са смртним исходом, у свим посматраним годинама била већа, а у већини чак и два, односно три пута.

Десет најчешћих обољења у 2009. години чине 33,8% од укупног броја обољења и стања, узрока пријема у болницу, док је у 1998. години тај проценат износио 52,1%. Међу најчешћим узроцима хоспитализације у 2009. години су:

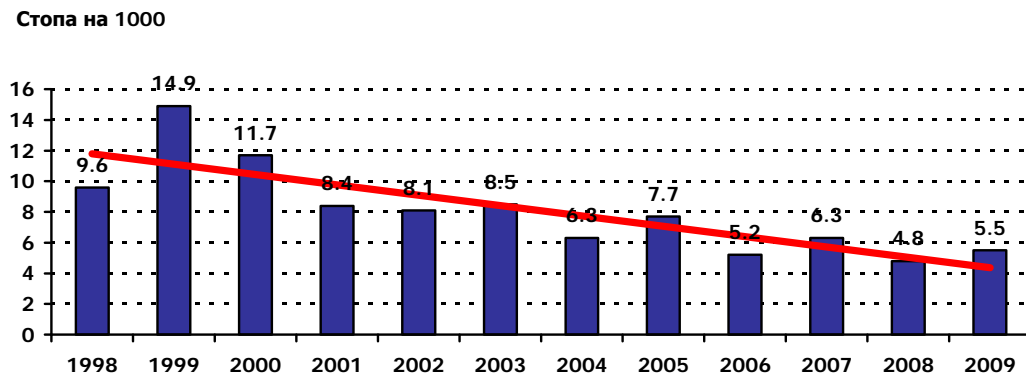
- Хроничне болести крајника и трећег крајника (13/1000)
- Акутно запаљење каналића бубрега и међућелијског ткива (8,6/1000)
- Препонска кила (7,7/1000)
- Акутно запаљење крајњих огранака душница (7,6/1000)
- Грозница непознатог порекла (5,6/1000)

У 2009. години се запаљење плућа, астма-заптивање и негнојно запаљење средњег ува не налазе међу првих пет дијагноза, односно региструју се са мањом учесталošћу међу разлозима пријема у болницу у односу на све претходне године. Насупрот томе, по први пут за 10 година, међу пет најчешћих узрока пријема у болницу и то на високом II месту, налази се акутно запаљење каналића бубрега и међућелијског ткива. Такође се од 2008. године и у 2009. години, на V месту по учесталости, региструје грозница непознатог порекла.

У 2009. години, од укупног броја болнички лечене деце, више од половине су чинили дечаци (8.179 или 56,6%) са стопом хоспитализације од 161,8/1000, док стопа хоспитализације девојчица износи 131,4/1000. У односу на узроке хоспитализације, препонска кила је, као што се и очекивало, чешћа код дечака (на II месту) него код девојчица (V место). Насупрот томе, акутно запаљење бубрежног ткива је чешће код девојчица и налази се на II месту.

Број умрле деце у току болничког лечења се такође смањо; у 2009. години је износио 0,5% од укупно лечене деце, у односу на 0,9% у 1998. години. Обзиром да се у посматраном временском периоду смањује број умрле деце, од 106 у 1998. години на 80 у 2009. години, а расте број болнички лечене деце, стопа леталитета се смањује са 9,6/1000 у 1998. на 5,5/1000 у 2009. години (графикон 26.).

Графикон 26.: Стопа леталитета деце узраста 0-6 година у Београду, 1998–2009.



Водећи узроци смрти у болници деце предшколског узраста у 2009. години су:

- Превремени порођај са последицама по новорођенче (1,5/1000)

- Септикемија – тровање крви новорођенчета узрокована бактеријама (0,6/1000)
- Гушење новорођенчета узроковано недостатком кисеоника (0,5/1000)
- Урођене аномалије преграде срца (0,5/1000)
- Унутарлобањско крварење плода и новорођенчета узроковано повредом (0,4/1000)

Истиче се да је у 1998. години међу узроцима смрти регистрован и тежак поремећај дисања новорођенчета, а да се унутарлобањско крварење плода и новорођенчета узроковано повредом налазило на II месту. У 2009. години се, по први пут, септикемија налази на II месту у рангу, а недовољна дисајна функција уопште није регистрована међу узроцима смрти.

Првих пет узрока смрти хоспитализоване деце предшколског узраста у 2009. години чине 62,3% од укупног броја умрле деце (новорођенчади), у односу на 1998. годину када је проценат износио 38,7%. То значи да је смртност деце овог узраста у болницама порасла, највише због учесталих компликација у току порођаја и непосредно после рођења.

За разлику од 2007. године, када је смртни исход у току болничког лечења био чешћи код дечака него код девојчица, у 2008. и 2009. години стопа леталитета је већа код девојчица (5,7/1000 у 2009) него код дечака (5,4/1000 у 2009) (табела 11.).

Табела 11.: Најчешћи узроци смрти болнички лечене деце предшколског узраста у Београду, 2009.

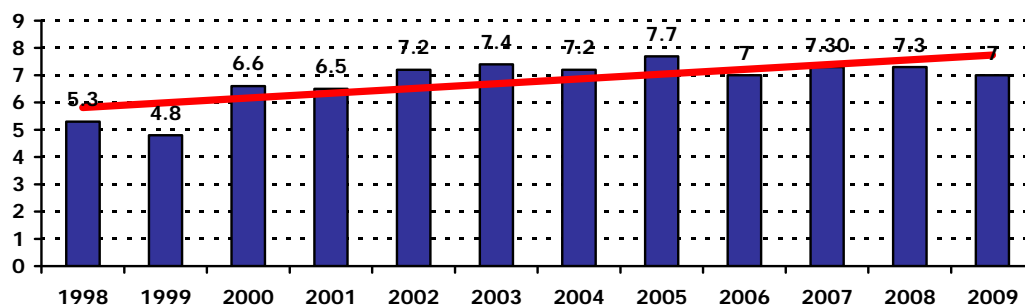
Дијагноза	Дечаки		Девојчице	
	Стопа леталитета на 1000	Ранг	Стопа леталитета на 1000	Ранг
Превремени порођај са последицама по новорођенче	1,60	I	1,28	I
Гушење новорођенчета узроковано недостатком кисеоника	0,74	II		
Септикемија – тровање крви новорођенчета узроковано бактеријама	0,61	III	0,64	II
Урођене аномалије преграде срца	0,61	III	0,32	IV
Унутарлобањско крварење плода и новорођенчета узроковано повредом	0,49	V	0,32	IV
Тежак поремећај дисања новорођенчета			0,48	III

На основу изнетих података о узроцима леталитета, уочава се да пол болнички лечене деце битно не утиче на узрок смрти, посебно ако се пође од тога да се тежак поремећај дисања новорођенчета, као дијагноза регистрована код девојчица, може посматрати и као гушење новорођенчета узроковано недостатком кисеоника које се као дијагноза појављује код дечака.

Повреде деце лечене у београдским стационарним установама су биле присутне код 666 деце у 2009. години. На 1000 деце тог узраста, 7 је имало тешке повреде које су захтевале стационарно лечење. У периоду 1998 - 2009. године, број деце која су имала тешке повреде је у порасту са незнатним одступањем. Тако је у 1998. години, код деце узраста 0-6 година стопа хоспитализације износила 5,3/1000, а у 1999. години 4,8/1000, док је у 2009. години износила 7/1000 (графикон 27.).

Графикон 27.: Стопе хоспитализације због повреда деце узраста 0-6 година у Београду, 1998–2009.

Стопа на 1000



Анализом десет водећих врста повреда као узрока хоспитализације, уочава се да се као најчешћи узрок хоспитализације у 2009. години појављује:

- Површинска повреда главе (1,1/1000)
- Повреде лобање и прелом костију лица (0,7/1000)
- Повреде унутар лобање (0,51/1000)
- Прелом у пределу рамена и надлактице (0,34/1000)
- Прелом бутњаче (0,4/1000)

У овој старосној доби, мушка деца се више повређују него женска. Стопа хоспитализације код мушке деце износила је 7,4/1000, а код женске деце 6,1 /1000.

Малигне болести деце узраста 0-6 година представљају посебан проблем. Оне су присутне и у овом узрасту, а као болести од већег социо-медицинског значаја повлаче за собом дуготрајно и скупо лечење, неизванстан исход, као и одређене последице које се односе на неспособност, инвалидитет и прерани смртни исход. У периоду од 1999. до 2009. године, просечна стопа регистроване новооболеле деце износи 16,5/100.000.

Најучесталије у овом узрасту су малигне неоплазме крви и лимфоног ткива (С81-С96) које су 1999. године обухватале 53,3%, а 2009. године 53,8% све новорегистроване оболеле деце. Следе малигне неоплазме централног нервног система, ока и жлезда са унутрашњим лучењем (С69-С80), са учешћем од 33,3% у 1999. и 23,1% у 2009. години, те се бележи пад новорегистрованих лица за 10%. Од појединачних дијагноза, код предшколске деце издвајају се лимфоидне леукемије, малигне неоплазме бубрега, као и малигне неоплазме мозга. Стопе обољевања су ниске, тако да се неће посебно наводити.

У укупној структури регистрованих оболелих од малигнух неоплазми, учешће деце од 0-6 година износи просечно око 0,3% у посматраном периоду. Због малог броја умрле деце, израчунате су вредности за узраст 0-19 година, при чему просечно учешће у укупном умирању становништва износи око 0,3% у посматраном периоду (0,5% у 1998. и 0,1% у 2009. години) и има тенденцију значајног смањења.

2.2.1.3. Морталитет деце предшколског узраста

У структури укупних узрока смрти **одојчади** у 2009. години (6,7/1000), доминирају асфиксија, недозрелост плућа, интракранијално крварење, превремено рођење, мала телесна маса на рођењу. Они заједно чине групу болести "стања у порођајном периоду", која је у 2009. години заступљена са 67,3% међу узроцима смрти деце у првој години живота. Редослед водећих узрока смрти одојчади према групама болести, у 2009. години је остао непромењен у односу на 1998. годину:

- Стања у порођајном периоду (3,9/1000)
- Урођене наказности, деформације и хромозомске ненормалности (1,2/1000)

- Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (0,8/1000)

Водећа дијагноза међу узроцима смрти одојчади је превремени порођај са последицама по новорођенче (стопа у 2009. години износи 2/1000), као и у предходне две године. На II месту је друга смрт непознатог узрочника (0,7/1000), с тим да се ова дијагноза по први пут појављује на овако високом месту. На III месту је дијагноза гушење новорођенчета због недостатка кисеоника (0,6/1000) која је до 2009. године била више заступљена, па се намеће претпоставка да је тешко направити динстинкцију између ове две дијагнозе приликом регистровања узрока смрти. За разлику од ранијих година, на V месту је урођено запаљење плућа (0,3/1000). Ова дијагноза се ранијих година није сврставала ни у првих десет најчешћих узрока смрти.

У односу на пол, уочава се већа стопа смртности дечака (8,2/1000) него девојчица (6,2/1000), с тим да је код дечака и већа заступљеност прве две наведене групе болести. У редоследу водећих дијагноза као узрока смрти, са изузетком I у рангу (превремено порођај са последицама по новорођенче), постоји разлика међу половима. Код дечака, на II месту је гушење новорођенчета због недостатка кисеоника, а на III су аномалије великих артерија. Код девојчица, гушење је на IV, а аномалије на XI месту, док се смрт неозначеног узрока региструје на II месту.

Међу узроцима смрти деце узраста **1-4 године** у 2009. години, код укупно 16 умрле деце овог узраста, са стопом морталитета од 0,3/1000, у структури узрока смрти доминирају следеће групе болести:

- Тумори (0,1/1000)
- Урођене наказности, деформације и хромозомске ненормалности (0,04/1000)
- Болести нервног система (0,04/1000)
- Заразне и паразитарне болести (0,04/1000).

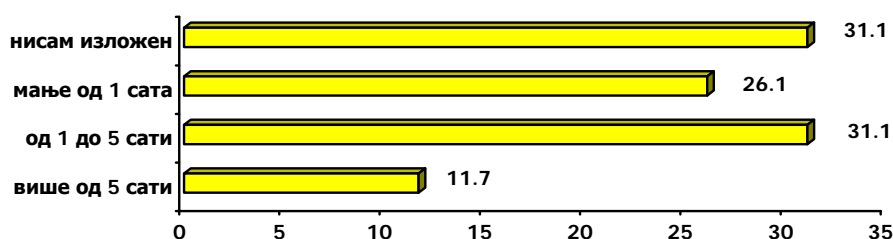
Код дечака (стопа смртности 0,32/1000) доминирају тумори и заразне и паразитарне болести, а код девојчица (стопа смртности 0,27/1000) се уз туморе, налазе и болести нервног система.

2.2.2. Школска деца и омладина

У 2002. години, регистровано је 234.496 деце узраста од 7-19 година старости, што чини 14,9% у укупном броју становника Београда. Међу факторима ризика се истичу неправилна исхрана, недовољна физичка активност, учестало повређивање, облици понашања штетни по здравље (пушење, конзумирање алкохола, дроге), ризик од појаве болести које се преносе полним путем, ране нежељене трудноће, утицаји различитих секти итд.

Према истраживању здравља становника Републике Србије 2006. године, само 1/3 деце из Београда живи у непушачком окружењу, а преко 2/3 је изложено дуванском диму у породици или ван ње (графикон 28.).

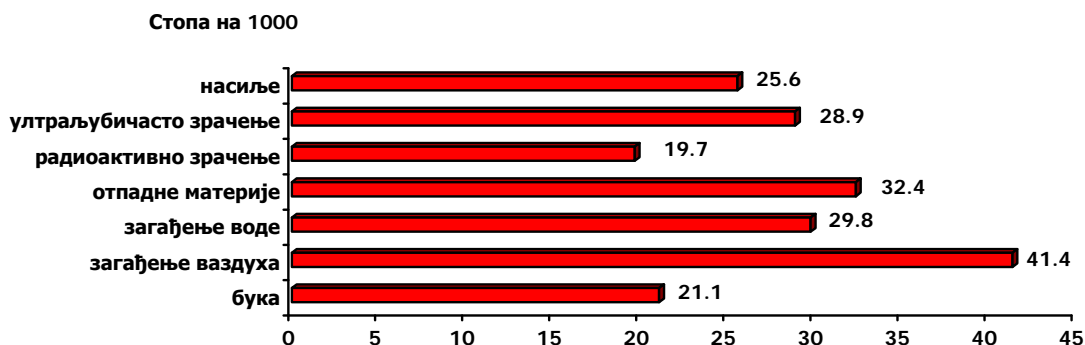
Графикон 28.: Изложеност дуванском диму у кући деце узраста 7–19 година у Београду, 2006.



Иако у здравствено-статистичком систему не постоје релевантни показатељи о социјалним и психичким компонентама здравља, досадашња истраживања указују на пораст заступљености поремећаја здравља младих, који су израз начина живота у савременом друштву, нарочито кризе и распада традиционалне породице, поремећаја односа међу генерацијама и пораста социјалних тензија, што све може резултирати појавом нових, веома сложених здравствених и социјалних промена међу младима.

Према истраживању здравља становника Републике Србије 2006. године, може се констатовати да око 40% деце из Београда узраста 7-19 година старости правилно идентификују факторе ризика из животне средине (графикон 29.).

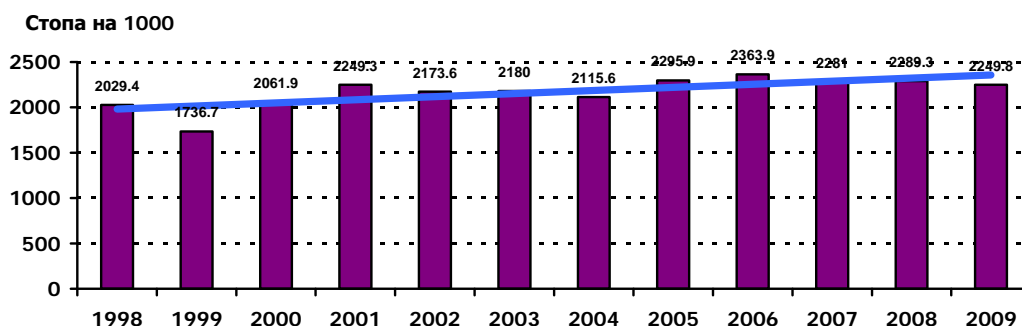
Графикон 29.: Познавање ризика и знања о здрављу деце узраста 7-19 година у Београду, 2006.



2.2.2.1. Ванболнички морбидитет

У оквиру ванболничке здравствене заштите школске деце и омладине, у 2009. години је регистровано 527.571 обољења и стања, што је мање него у 1998. години када их је било 542.987. Смањен број оболеле деце не прати смањење укупног броја деце ове доби у популацији, те се за посматрани период (1998-2009) региструје пораст стопе морбидитета, са 2.029/1000 у 1998. на 2.249/1000 у 2009. години, с тим да се ова стопа смањује у односу на претходне године и спушта на ниво из 2001. године (графикон 30.)

Графикон 30.: Ванболнички морбидитет деце узраста 7-19 година у Београду, 1998–2009.



У 2009. години, првих пет група болести чине 85,9% укупног морбидитета:

- Болести система за дисање (1.378/1000)
- Заразне и паразитарне болести (171/1000)
- Симптоми, знаци и клинички и лабораторијски налази (159/1000)
- Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (132/1000)
- Болести коже и поткожног ткива (91/1000)

У односу на 1998. годину, па све до 2007. године, када су се повреде налазиле на II или ређе III месту, од 2008. године се ова група болести налази на IV месту, али ипак са већим вредностима специфичне стопе у односу на раније године. Насупрот томе, заразне и паразитарне болести показују пораст учесталости и то од 2008. године.

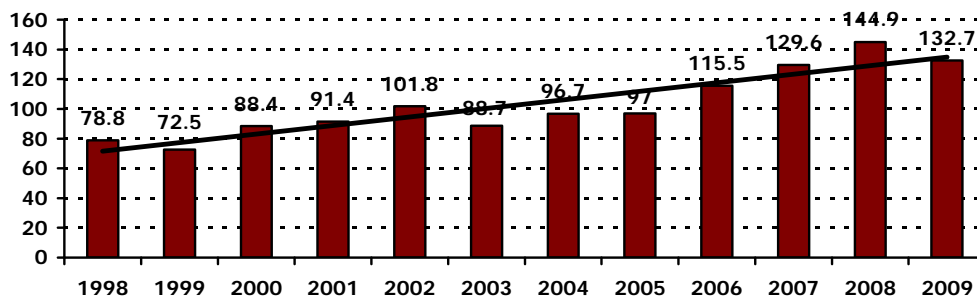
Посматрајући појединачне дијагнозе према редоследу јављања у укупном морбидитету школске деце, ранг првих пет болести је следећи:

- Акутно запаљење ждрела и крајника (704/1000)
- Вишеструке инфекције горњег дела респираторних путева (432/1000)
- Друге вирусне болести (112/1000)
- Друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде (100/1000)
- Други симптоми, знаци и клинички и лабораторијски налази (94/1000)

По први пут се вирусне болести појављују међу првих пет дијагноза, и то на III месту, испред повреда. С друге стране, повреде, иако се налазе на IV месту имају већу вредност специфичне стопе у односу на период пре 2008. године.

Повреде деце узраста 7-19 година представљају вишеструки проблем. Са растом и развојем, деца постају мобилнија и изложенија већем броју фактора ризика за повређивање. У примарној здравственој заштити деце школског узраста, стопе повређивања имају изразито узлазан тренд. У 2009. години је регистровано 31.127 повреда, са стопом повређивања од 133/1000. Податак да је број регистрованих повреда у 1998. години био 21.079 са стопом повређивања од 79/1000, доказује ову тврдњу (графикон 31.). Уочавају се незнатне осцилације, односно благо смањење у одређеним годинама овог интервала, као што је 1999. година, када је стопа повређивања била 73/1000.

Графикон 31.: Стопа повређивања деце узраста 7-19 година у Београду, 1998-2009.
Стопа на 1000



У 2009. години, водеће врсте повреда су рангиране на следећи начин:

- Друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде (100,8/1000)
- Специфична уганућа, расцепи и утиснућа (16/1000)
- Преломи дугих костију удова (8,7/1000)
- Опекотине и нагризи (2,1/1000)
- Последице повреда, тровања и друге последице спољних узрока (0,8/1000)

Примећује се да са одрастањем детета долази и до промене структуре повреда. Тако су код предшколске деце опекотине биле на II месту, а код школске деце оне заузимају IV место. Насупрот томе, преломи преовлађују код школске деце. Тровања се чешће дешавају код деце предшколског узраста него код школске деце. Уочавање доминантности одређених врста повреда у различитом дечијем узрасту од значаја је за спровођење циљаних превентивних програма.

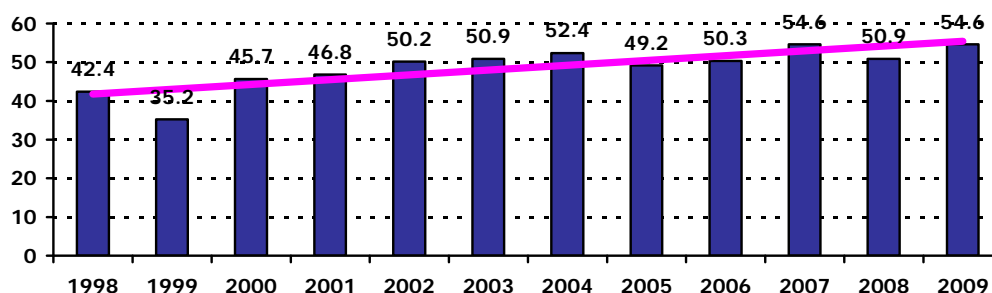
Анализа структуре морбидитета по групама обољења у здравственој заштити деце школског узраста показује да су се повреде и тровања у периоду 1998 – 2009. године налазиле на II месту, са незнатним одступањима 2001., 2003. и 2005. године када су биле на III месту. У 2008. и 2009. години, повреде се налазе на IV месту морбидитетне листе код деце овог узраста. Без обзира на то, повреде и даље представљају важан социо-медицински проблем и захтевају израду и примену специфичних програма превенције.

2.2.2.1. Болнички морбидитет и леталитет

Болничка здравствена заштита београдске деце узраста од 7-19 година, у 2009. години показује пораст од 11.335 у 1998. на 12.797 случајева у 2009. години, а стопа хоспитализације се повећава са 42,4/1000 на 54,6/1000 деце (графикон 32.). Број дана болничког лечења се смањује са 118.797 у 1998. на 97.621 у 2009. години, као и просечан број болесничких дана по једном леченом школском детету (са 10,5 на 7,6 дана). Уочава се да је у односу на просечну дужину болничког лечења, дужина лечења деце са смртним исходом, у свим посматраним годинама била већа, чак и двоструко, са изузетком 2002. године.

Графикон 32.: Стопа хоспитализације деце узраста 7-19 година у Београду, 1998–2009.

Стопа на 1000



Десет најчешћих обољења у 2009. години чине 23,4% од свих узрока хоспитализације школске деце, док је у базној години посматрања тај проценат износио 38,3%. Међу најчешћим узроцима болничког лечења су:

- Хроничне болести крајника и трећег крајника (2,1/1000)
- Акутно запаљење слепог црева (1,9/1000)
- Спонтани порођај код једноплодне трудноће (1,3/1000)
- Астма - заптивање (1,3/1000)
- Бол у трбуху и карлици (1,2/1000)

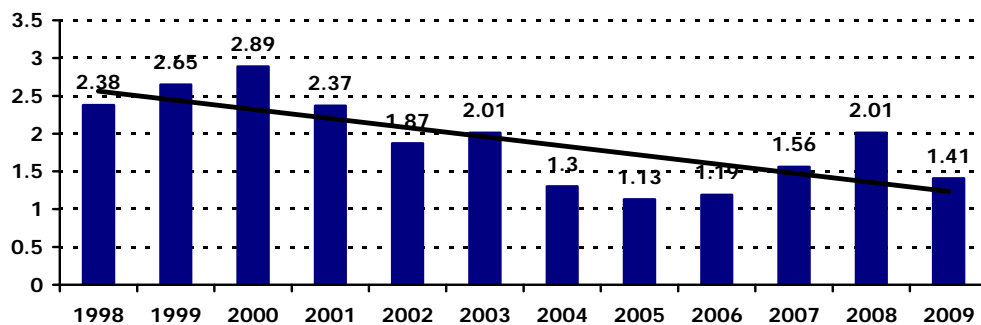
Првих пет наведених дијагноза су регистроване у готово свим годинама посматраног периода, с тим да је у почетним годинама међу узроцима хоспитализације астма била на II месту са већом вредношћу специфичне стопе, као и запаљење плућа.

Иако се стопа хоспитализације битно не разликује међу децом женског (56,2/1000) и мушког пола (54,1/1000), узроци пријема у болницу се веома разликују. Код деце женског пола се на I месту налази спонтани порођај код једноплодне трудноће, бол у трбуху и карлици је чешће присутан, а тумор крвних судова и лимфе се налази међу првих пет узрока хоспитализације. Међутим, код деце мушког пола се после хроничних болести крајника и акутног запаљења слепог црева, на III месту налази хемофилија, а затим следе прелом подлактице и препонска кила.

У болници је у 2009. години умрло 18 деце школског узраста, што представља смањење у односу на 1998. годину (27 деце). Стопа леталитета се смањила са 2,4/1000 у 1998. години на 1,4/1000 у 2009. години (графикон 33.).

Графикон 33.: Стопа леталитета деце узраста 7-19 година у Београду, 1998–2009.

Стопа на 1000



Заступљеност првих пет обољења од којих су умирала деца овог узраста се смањује са 59,6% у 1998. на 50% у 2009. години. Водећи узроци смрти у болници деце школског узраста у 2009. години су:

- Повреде унутар лобање (0,3/1000)
- Злоћудни тумор кости и зглобне хрскавице удова (0,2/1000)

Сви остали узроци, осим два водећа, јављају се појединачно, са стопом од 0,1/1000. Смртни исход у току болничког лечења чешћи је код деце женског (11) него мушког пола (7). У 2009. години, стопа леталитета дечака је износила 1,1/1000, уз нагласак да се код дечака чешће региструју повреде унутар лобање и само код њих леукемија лимфоидних ћелија крви. Стопа леталитета девојчица је износила 1,7/1000, а узроци се односе на злоћудни тумор кости и зглобне

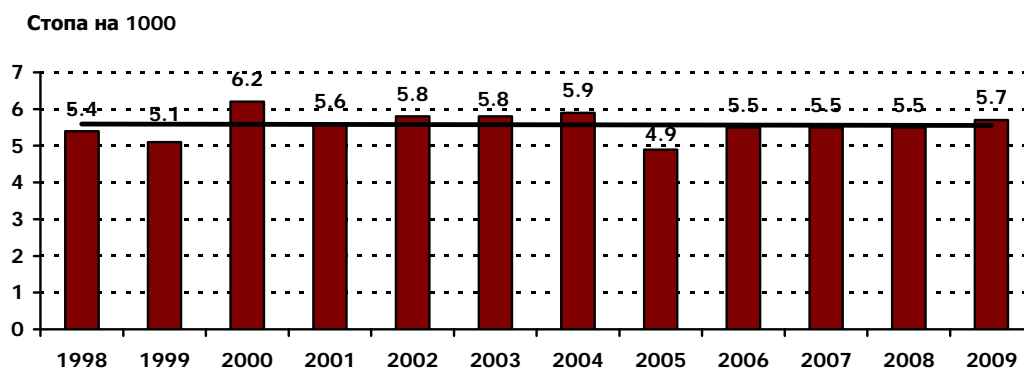
хрскавице удова. Ови узроци смрти нису регистровани код дечака. Код девојчица следе појединачни случајеви „аномалије срчане преграде и великих артерија“. (табела 12.).

Табела 12.: Најчешћи узроци смрти болнички лечене деце школског узраста у Београду, 2009.

Дијагноза	Дечаци		Девојчице	
	Стопа леталитета на 1000	Ранг	Стопа леталитета на 1000	Ранг
Повреде унутар лобање	0,47	I	0,16	II
Леукемија лимфоидних ћелија крви – злоћудна болест крви	0,16	II		
Друге повреде више предела тела	0,16	II		
Гризлица желуца	0,16	II		
Страно тело у систему за варење	0,16	II		
Злоћудни тумор другог везивног и меког ткива			0,3	I
Урођене аномалије преграде срца			0,16	II
Урођене аномалије великих артерија			0,16	II
Друге болести мозга			0,16	II

Због повреда деце узраста 7-19 година, у 2009. години је болнички лечен приближно исти број деце као и ранијих година. Лечено је 1.333 деце, што указује на високи степен озбиљности и тежину повреда. У 2009. години, стопа хоспитализације је износила 5,7/1000 деце тог узраста и није се битно мењала у односу на период од 1998. године. Компаративно посматрано, у односу на 1998. годину нема неких битнијих одступања у смислу смањења или пораста повређивања која захтевају стационарно лечење (графикон 34.).

Графикон 34.: Стопа хоспитализације због повређивања деце узраста 7-19 година у Београду, 1998-2009.



У 2009. години, структура повреда по рангу код стационарно лечене деце од 7-19 година је била следећа:

- Прелом подлактице (1/1000)
- Прелом унутар лобање (0,5/1000)
- Прелом лобање и прелом костију лица (0,4/1000)
- Прелом потколенице укључујући и предео скочног зглоба (0,3/1000)
- Прелом у пределу рамена и надлактице (0,3/1000)

У овој старосној доби деца мушког пола се повређују више од деце женског пола. Стопа хоспитализације деце мушког пола у 2009. години је била 7,9/1000, а деце женског пола 3,5/1000.

Малигне болести деце и омладине узраста 7–19 година показују тренд пораста стопе инциденце. Просечна стопа инциденце у посматраном периоду је 13,2/100.000 деце овог узраста. У 1998. години, стопа је била 9,4/100.000; 2008. године је била 16,2/100.000, а 2009. године је износила 8,5/100.000. Осцилације вредности стопе инциденце у десетогодишњем периоду праћења се могу приписати и неуједначеном пријављивању у овом периоду.

Према групама дијагноза, као најчешће у овој добној групи, издвајају се малигне неоплазме крви и лимфног ткива са просечним учешћем од око 45% (1998. је било 45,5%, а 2009. године 45%). Следе малигне неоплазме кости, коже, везивног ткива и дојке са око 23,2% (1998. је било 27,3%, а 2009. године 30%). На III месту су малигне неоплазме ока, централног нервног система и жлезда са унутрашњим лучењем, уз учешће од 15% у 2009. години, при чему постоје значајне осцилације у посматраном периоду за све ове групе обољења. Посматрајући појединачне дијагнозе, код деце узраста 7 - 19 година, најчешће су Хоџкинова болест, малигна неоплазма мозга и лимфоидна леукемија, а редослед учесталости се мења према годинама пријаве.

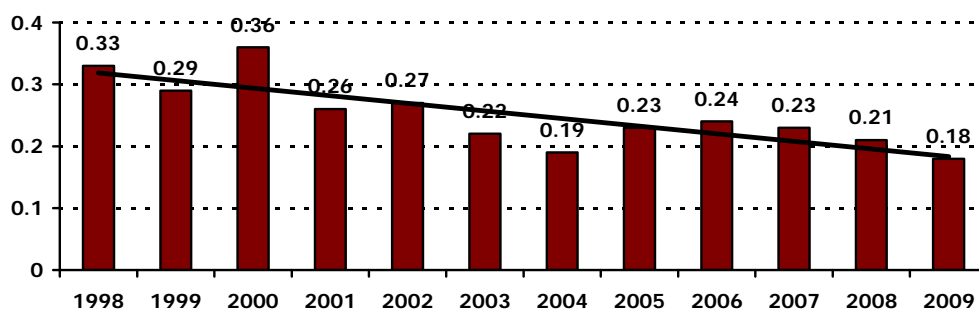
Од укупног броја новооболелих од малигнух неоплазми у посматраном периоду, деца старости 7-19 година учествују у просеку са око 0,5%. Укупан морталитет од малигнух неоплазми код деце ове старосне доби се одржава на готово истом нивоу; 5,9/100000 у 1998. години и 5,2/100000 у 2009. години.

2.2.2.2. Морталитет школске деце и омладине

Смртност деце узраста 5-19 година (графикон 35.) показује да је у посматраном временском периоду у Београду дошло до смањења апсолутног броја смртних случајева (100 у 1998. и 48 у 2009. години) и смањења односно одржавања на ниским вредностима стопе морталитета, која у 2009. години износи 0,2/1000, а у 1998. години 0,3/1000.

Графикон 35.: Стопе смртности деце узраста 5-19 године у Београду, 1998–2009.

Стопа на 1000



Посматрајући смртност према добним подгрупама (5-9, 10-14 и 15-19), стопа морталитета се у свим подгрупама смањује, а највише код деце најмлађег школског узраста.

Међу узроцима смрти деце узраста 5-19 година у 2009. години доминирају следеће групе болести:

- Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (0,08/1000)
- Тумори (0,04/1000)
- Болести система крвотока (0,03/1000)
- Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (0,02/1000)

У односу на 1998. годину, ради се о истим групама болести, с тим да тумори показују пораст учесталости, а разлике међу половима не постоје у односу на узроке смрти.

Удео умрлих који припадају подгрупи 15-19 година унутар добне групе 5-19 година износи 69% у 2009. години (61% у 1998). Стопа смртности деце од 15-19 година у 2009. години износи 0,33/1000 и у пола је мања него у 1998. години

(0,60/1000). Водећи узроци смрти у овој добној групи су идентични са узроцима који су наведени за групу 5–19 година:

- Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (0,2/1000)
- Тумори (0,07/1000)
- Болести система крвотока (0,05/1000)
- Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (0,02/1000)

У овој добној групи, већа је стопа смртности код дечака (0,4/1000) него код девојчица (0,3/1000), док не постоје разлике међу половима у редоследу узрока смрти.

2.3. Одрасли грађани

У одрасла лица спадају све особе старије од 19 година живота. Унутар ове групе становништва, животна доб је подељена у неколико раздобља. Старост у ширем смислу речи означава раздобље живота од 60 година и више. Међутим, граница старости је арбитрарна као и границе осталих животних раздобља. Имајући у виду ову поделу, као и одређене здравствене карактеристике везане за радну активност грађана оба пола и припадност репродуктивном животу жена, анализа здравственог стања одраслих Београђана је вршена у оквиру следеће четири категорије становништва:

- групација одраслих грађана од 20–59 година
- групација радно-активног становништва
- групација жена у генеративном добу
- групација одраслих грађана од 60 година и више

2.3.1. Одрасло становништво старости 20–59 година

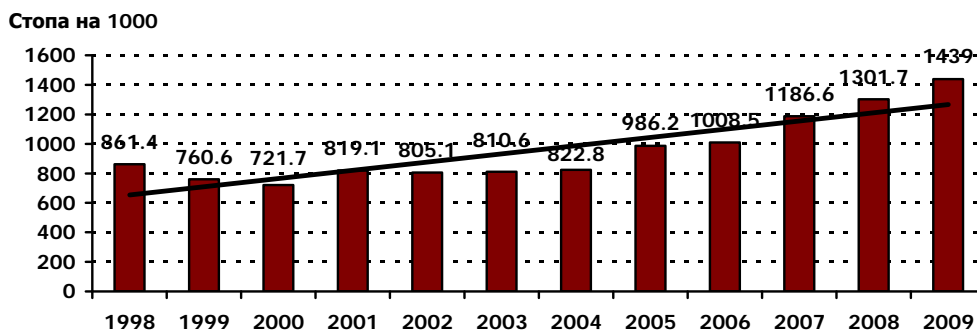
Према попису из 2002. године, у Београду живи 1.236.622 одраслих грађана, односно 78,5% од укупног броја свих грађана Београда. Удео становника града старости од 20–59 година у укупној популацији има тенденцију пада (1981. године 64,7%; 2002. године 56,8%), док тенденцију раста има удео групације становништва од 60 и више година старости; са 8,3% у 1981. години на 21,6% у 2002. години.

2.3.1.1. Ванболнички морбидитет

У укупном морбидитету забележеном у оквиру ванболничке здравствене заштите која се остварује у домовима здравља Београда (општа медицина и медицина рада), одрасла лица учествују са уделом од око 55%. Овакав степен коришћења здравствене службе указује на чињеницу да се преко половине свих прегледа у домовима здравља односи на грађане старије од 20 година живота.

У периоду праћења од 1998 до 2009. године, укупан ванболнички морбидитет је имао благу тенденцију опадања до 2004. године, да би након овог периода постепено растао. У 1998. години, стопа на 1000 одраслих лица која су се јавила здравственој служби је била 861,4/1000, а у 2009. години, стопа је била већа за око 2/3 и достигла вредност од 1.439/1000 (графикон 36.).

Графикон 36.: Ванболнички морбидитет одраслих грађана у Београду, 1998-2009.



У 2009. години, ранг најчешћих група болести због којих се одрасли грађани обраћају службама опште медицине, изражен стопама на 1000 грађана старијих од 20 година је следећи:

- Болести система крвотока (299,4/1000)
- Болести система за дисање (292,0/1000)
- Болести мишићно-коштаног система (148,0/1000)
- Болести мокраћно-полног система (94,9/1000)
- Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма (61,9/1000)

Десет најчешћих група болести које се региструју у оквиру ванболничке здравствене заштите, чији се појединачни проценат учешћа у укупном морбидитету креће од 2,9 до 22,0%, чине преко 90% укупног морбидитета

одраслих лица лечених у домовима здравља. Првих пет учествују у укупном морбидитету са уделом од преко 75%.

У односу на 1998. годину, у 2009. години су значајно порасле стопе лечених од кардио и цереброваскуларних болести (са 151,7/1000 на 299,4/1000); тумора (са 9,9/1000 на 34,0/1000); болести жлезда са унутрашњим лучењем (са 25,0/1000 на 84,8/1000); душевних поремећаја (са 42,9/1000 на 82,6/1000); болести нервног система (са 15,0/1000 на 41,3/1000); болести коже и подкожног ткива (са 23,5/1000 на 44,3/1000); болести мишићно-коштаног система (са 97,5/1000 на 148,0/1000) и повреда, тровања и последица деловања спољних фактора (са 32,3/1000 на 66,4/1000).

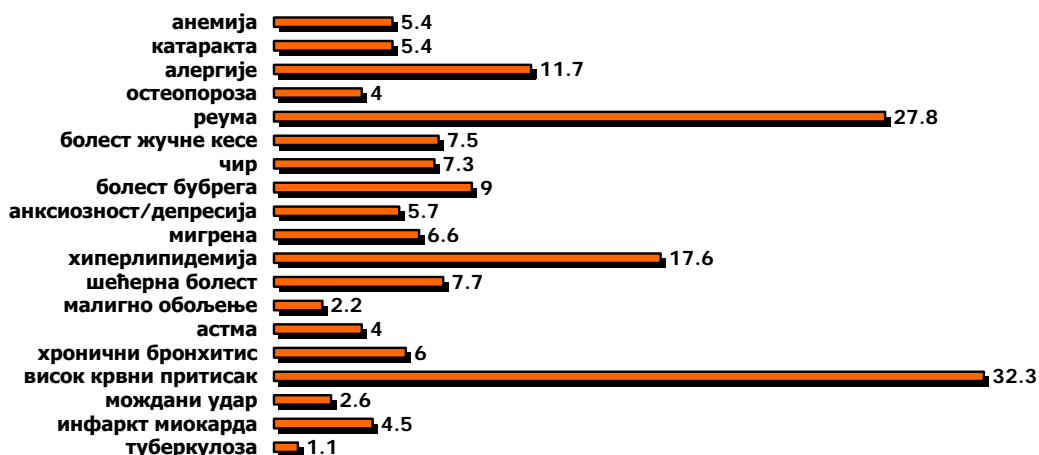
У 2009. години, рангиране према заступљености у укупном морбидитету, првих пет обољења због којих се одрасли грађани обраћају ванболничкој здравственој служби су:

- Повишени крвни притисак непознатог порекла (191,2/1000)
- Акутно запаљење ждрела и крајника (104,2/1000)
- Друга обољења леђа (87,9/1000)
- Акутна запаљења горњег дела респираторног тракта (67,1/1000)
- Запаљење мокраћне бешике (44,6/1000)

Набројане болести се појављују са релативно високим стопама морбидитета од преко 40 на 1000 лечених (V у рангу), до око 190 на 1000 лечених (I у рангу). У односу на 1998. годину, у 2009. години се бележи значајан пораст морбидитета од набројаних болести.

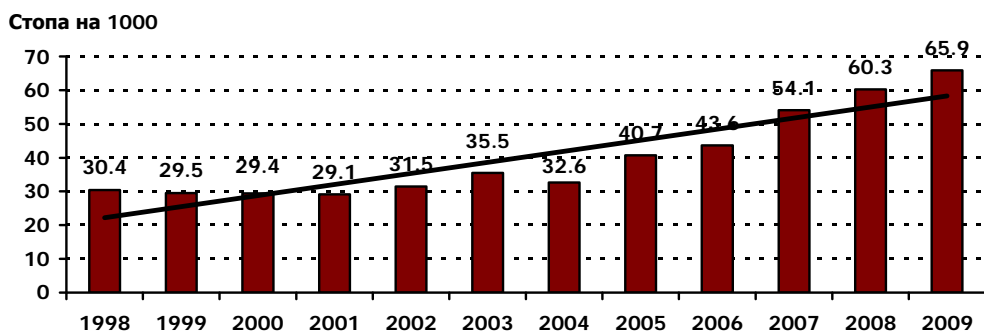
На основу истраживања здравственог стања становника Републике Србије 2006. године, констатује се да је трећина одраслих грађана Београда имала артеријску хипертензију, а четвртина реуматска обољења зглобова. Хиперлипидемија и алергијске реакције представљају значајан фактор ризика (графикон 37.)

Графикон 37.: Процент одраслих грађана Београда који имају неку од хроничних болести, 2006.



Повреде и тровања код одраслог становништва се појављују као велики здравствени и социо-медицински проблем. Висока заступљеност морбидитета ради повређивања, велики степен инвалидитета, апсентизма и смртности указују на сву сложеност овог проблема. Број регистрованих повреда у 2009. години износио је 82.109, са стопом повређивања од 66/1000 одраслих лица. Сагледавајући број регистрованих повреда у 1998. години, када је број повређених одраслих особа износио 36.939, са стопом повређивања од 30,4/1000, може се са сигурношћу рећи да су повреде код одраслих лица у индикативном порасту (графикон 38.).

Графикон 38.: Стопа повређивања одраслих грађана у Београду, 1998-2009.



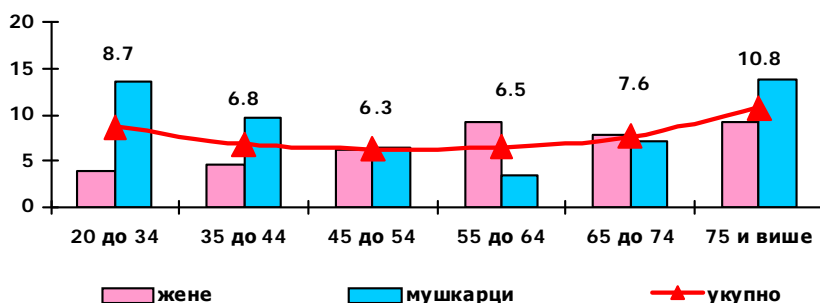
Структура морбидитета по групама обољења по МКБ-10 у здравственој заштити одраслих показује да су се повреде и тровања у периоду од 1998-2009. године налазиле на VII месту обољевања од свих болести. Тако је било до 2006 године, а од 2007. до 2009. године је дошло до пада повреда и тровања на ранг листи по МКБ-10, па су ове болести доспеле на VIII место.

Водеће повреде у 2009. години су:

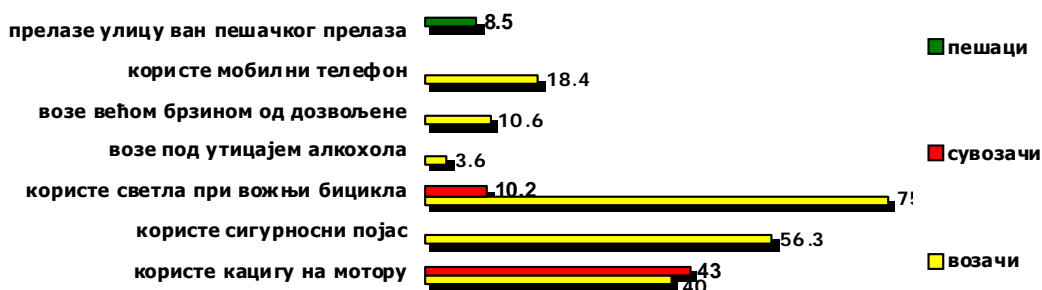
- Друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде (43/1000)
- Преломи дугих костију удова (6,7/1000)
- Специфична и вишеструка уганућа, расцепи и утиснућа (5,8/1000)
- Опекотине и нагризи (2,6/1000)
- Утицај страног тела унетог преко природног отвора (1,5/1000)

На основу истраживања здравственог стања становништва Републике Србије 2006. године, повређивање је најчешће у млађем и старијем животном добу (графикон 39.), а један од честих узрока повређивања одраслог становништва је понашање у саобраћају (графикон 40.).

Графикон 39.: Учесталост повређивања грађана Београда разврстаних по добним групама, 2006.



Графикон 40.: Понашање одраслих грађана Београда у саобраћају, 2006.

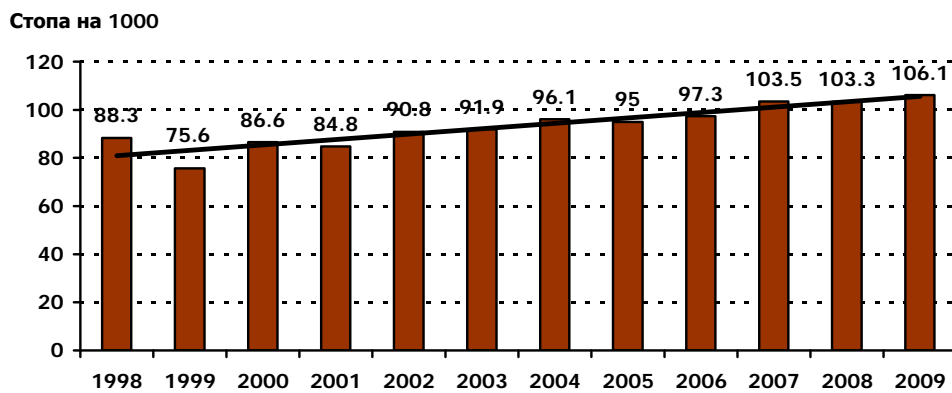


2.3.1.2. Болнички морбидитет и леталитет

У оквиру болничке здравствене заштите, у просеку се лечи око 195.000 одраслих лица. Од укупног броја свих лечених лица у болницама, највећи део чине лица старија од 20 година живота, око 85%. Стопа хоспитализације

одраслих се у периоду од 1998. до 2009. године повећала за око 13%. За лица старости од 20–59 година, дуги низ година се стопа хоспитализације кретала од 85–95/1000. Од 1998. године, када је стопа хоспитализације износила 88,3/1000, бележи се постепени раст ових вредности и у 2007. години, стопа хоспитализације грађана Београда ове старосне доби је достигла вредност од 103,5/1000, а у 2009. години 106,1/1000 (графикон 41.). Број дана лечења је опадао. Просечна дужина лечења је у 1998. години износила 13,4 дана, док у 2009. години ова вредност износи 9,5 дана.

Графикон 41.: Стопа хоспитализације грађана Београда од 20–59 година живота, 1998-2009



У 2009. години, око 60% корисника болничког лечења је у добној групацији од 20–59 година. Око половине постављених дијагноза, индикација за болничко лечење, везане су за популацију грађана од 20–59 година живота.

Од укупног броја регистрованих дијагноза у болницама, једну петину чини првих десет дијагноза (око 23%) рангираних по учесталости разбољевања. Ранг најчешћих узрока лечења у болницама лица старости од 20–59 година, односно прве четири дијагнозе у рангу, везане су за популацију жена генеративног доба:

- Спонтани порођај код једноплодне трудноће (9,3/10000)
- Порођај царским резом код једноплодне трудноће (4,3/10000)
- Други порођај код једноплодне трудноће (4,3/10000)
- Антенатални скрининг (3,2/10000)
- Стезање у грудима (1,9/10000)

Поред пет наведених болести, редослед најчешћих болести због којих се средовечни грађани обраћају здравственој служби, везан је и надаље за женску популацију. То су камен у жучној кеси (1,7/10000), неплодност жене (1,4/10000) и малигни тумор дојке (1,4/10000).

У овој старосној доби, жене више него мушкарци користе болничку здравствену заштиту. Стопа хоспитализације жена је 139,2/1000, док је стопа хоспитализације мушкараца 69,7/1000 (табела 13.)

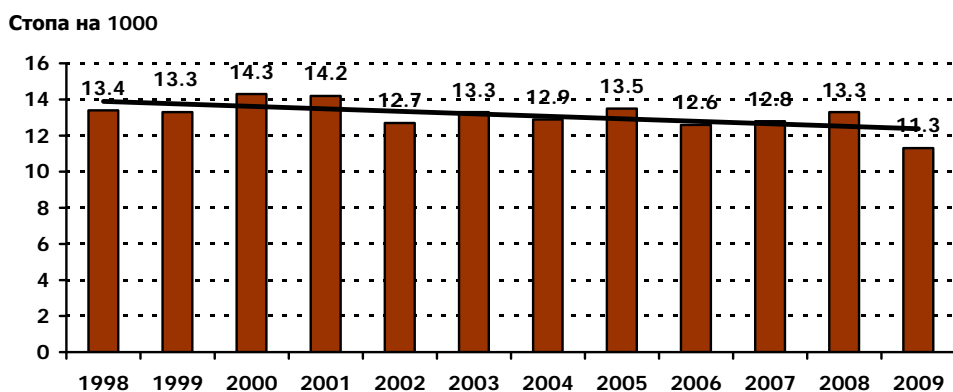
Табела 13.: Најчешћи разлози болничког лечења грађана Београда старости 20–59 година разврстаних према полу, 2009.

Болести	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 1000	Ранг	Стопа на 1000	Ранг
Спонтан порођај код једноплодне трудноће			17,8	I
Порођај царским резом код једноплодне трудноће			8,3	II
Други порођај код једноплодне труднице			8,1	III
Аntenатални скрининг			6,1	IV
Неплодност жене			2,7	V
Стезање у грудима	2,8	I		
Препонска кила	2,6	II		
Акутни инфаркт срца	1,7	III		
Камен у жучној кеси	1,3	IV		
Душевни поремећаји узроковани опијатима	1,3	V		

Најчешћи узроци болничког лечења жена су везани за трудноћу и порођај, а мушкараца за кардиоваскуларне болести, препонску килу, камен у жучној кеси и душевне поремећаје узроковане употребом алкохола.

Смртност у болницама показује да годишње у болницама умре око 6.700 одраслих лица. Стопа леталитета лечених у болницама, старости од 20–59 година је имала тенденцију опадања и кретала се од 15,2/1000 становника у 1998. години до 11,3/1000 становника у 2009. години (графикон 42.).

Графикон 42.: Стопа леталитета грађана Београда старости 20–59 година, 1998-2009.



У 2009. години, водеће узроке смрти стационарно лечених болесника од 20–59 година живота чине болести из групе масовних хроничних незаразних обољења, а пет најчешћих узрока умирања у болницама су:

- Злоћудни тумор душника и плућа (1,2/10000)
- Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (0,7/10000)
- Застој срца (0,6/10000)
- Крварење у мозгу (0,5/10000)
- Крварење испод паучинасте можданице (0,5/10000)
- Акутни инфаркт срца (0,5/10000)

Малигни тумор душника и плућа је на I месту у рангу, али се церебро и кардио васкуларна обољења јављају на следећа четири места у рангу и доминирају у укупном леталитету. Врло висок ранг заузима злоћудни тумор дојке (VII место) и болести јетре узроковане алкохолом (VIII место). У овој старосној доби, смртност у болницама је већа код мушкараца него код жена. Стопа леталитета мушкараца је 14,3/10000, док је стопа леталитета жена 8,5/10000 (табела 14.).

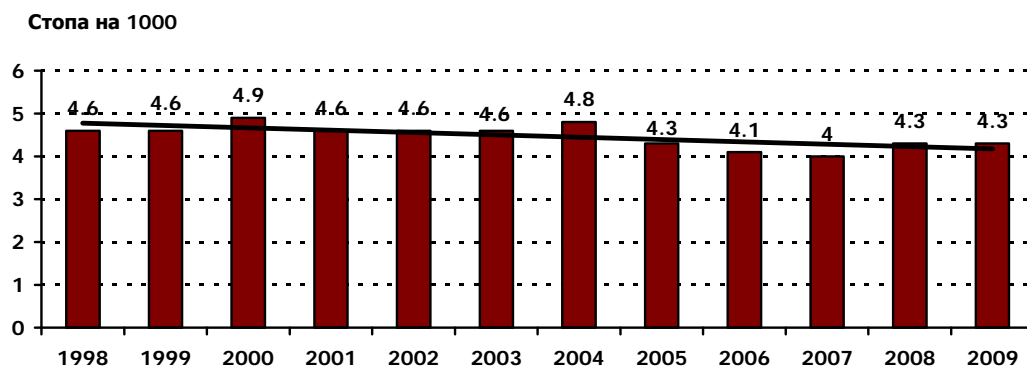
Табела 14.: Најчешћи узроци смрти у болницама грађана Београда старости 20–59 година разврстаних према полу, 2009.

Болести	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 10000	Ранг	Стопа на 10000	Ранг
Злоћудни тумор душника и плућа	1,8	I	0,6	II
Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга	1,2	II	0,4	V
Акутни инфаркт срца	0,7	III		
Застој срца	0,6	IV	0,5	IV
Крварење испод паучинасте можданице	0,6	V	0,6	III
Злоћудни тумор дојке			0,8	I

Средовечни мушкарци чешће од својих вршњакиња умиру од злоћудних тумора душника и плућа и инфаркта мозга, мада се оба узрока умирања налазе на високом месту у рангу и код жена. Акутни инфаркт срца је III узрок смрти код мушкараца. Карцином дојке код жена је I у рангу узрок смртности у болницама. Болести узроковане алкохолом код мушкараца изазивају смртност са стопом леталитета која их сврстава на VI место у рангу са стопом од 0,5/10000.

Од повреда је стационарно лечено 3.888 одраслих лица старости 20-59 година живота. У 2009. години, стопа хоспитализације је износила 4,3/1000 лица ове старосне доби и била је нешто нижа у односу на ранији период од 1998. године (4,6/1000) (графикон 43.).

Графикон 43.: Стопа хоспитализације због повређивања грађана Београда старости 20–59 година, 1998-2009.



У 2009. години, редослед повреда је био следећи:

- Прелом потколенице и скочног зглоба (0,5/1000)
- Прелом лобање и прелом костију лица (0,4/1000)
- Повреде унутар лобање (0,3/1000)
- Последице повреде ноге (0,3/1000)
- Прелом бутњаче (0,2/1000)

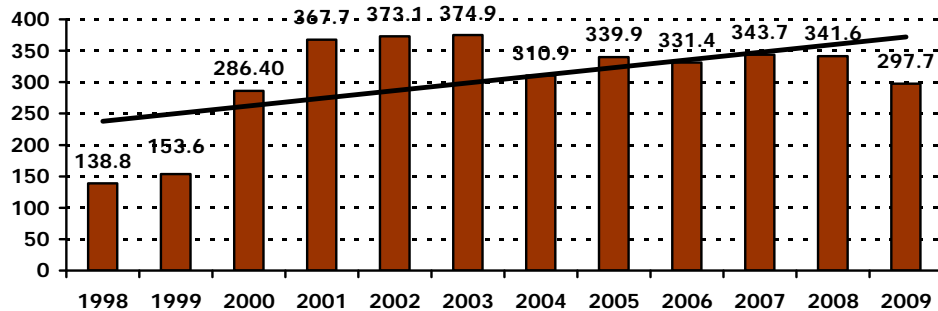
У старосној доби од 20–59 година, мушкарци се више повређују него жене. Стопа хоспитализације мушкараца у 2009. години је износила 6,4/1000, а жена 2,5 /1000 жена ове старосне доби.

Малигне болести код становништва Београда старости од 20-64 године су у порасту, што указује на чињеницу да ова популациона групација све више оболева од малигних неоплазми. Стопа инциденце је порасла са 1,4/1000 у

1998. години на 2,9/1000 становника ове добне групе у 2009. години. У односу на укупан број регистрованих од малигнух болести у 2009. години, 50% особа је старости од 20–64 године, док старији од 50 година чине преко 80% свих регистрованих лица (графикон 44.).

Графикон 44.: Стопа преваленце малигнух неоплазми грађана Београда старости 20-64 године, 1998–2009.

Стопа на 100.000



Најучесталија обољења у овој добној групи сврставају се у малигне неоплазме органа за дисање и органа грудне дупље (C30-C39), са просечним учешћем од 19,5% укупног броја и стопом од 57,5/100.000 у 2009. години. Треба напоменути да учесталост обољевања у овој групи дијагноза бележи стални раст, са благим осцилацијама (1998. године учешће од 12,9% и стопа 17,9/100.000 становника). Следе малигне неоплазме коже (C43-C44), затим женских полних органа (C51-C58), па органа за варење (C15-C26).

Код свих оболелих мушкараца од 20-64 године живота, најчешће појединачне дијагнозе јесу злоћудни тумори душника и плућа, затим коже, мокраћне бешике и простате, а ранг се дискретно мења током периода од 1998. до 2009. године. У свим посматраним годинама, на I месту је малигна неоплазма плућа, чија је стопа у 2009. години износила 44,1/100000 становника Београда. Следи стопа малигнух неоплазми коже (26,9/100000), мокраћне бешике (11/100000) и простате (10/100000).

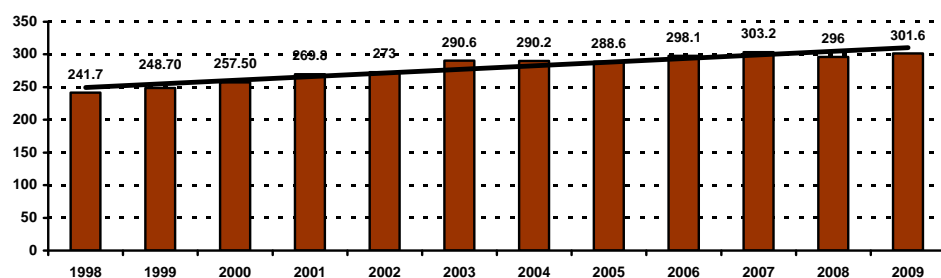
Код оболелих жена од 20-64 године живота, најчешће појединачне дијагнозе јесу злоћудни тумори дојке, материце, коже и плућа. На I месту у посматраном периоду (1998-2009. године) је малигна неоплазма дојке (око 20% свих малигнух неоплазми код жена ове добне групе у 2009. години), а значајно се

издваја и рак грлића материце (10,7% у 2009.). Последњих година се чешће јављају малигне неоплазме коже (на II месту у 2009. години са стопом од 23,4/100000), душника и плућа (на III месту у 2009. години са стопом од 21,7/100000) и јајника.

Укупна смртност од малигнух болести у Београду расте (графикон 45.). Умирање од малигнух неоплазми и у добној групацији 20–64 године има тенденцију изразитог раста, посебно од 2001. године, иако се од 2006 до 2008. године одржава на приближно истом нивоу (у просеку од око 175/100000), али у 2009. години износи 184/100000 (графикон 46.). У структури укупног морталитета, ове болести чине око 24,3% свих узрока смрти у 2009. години.

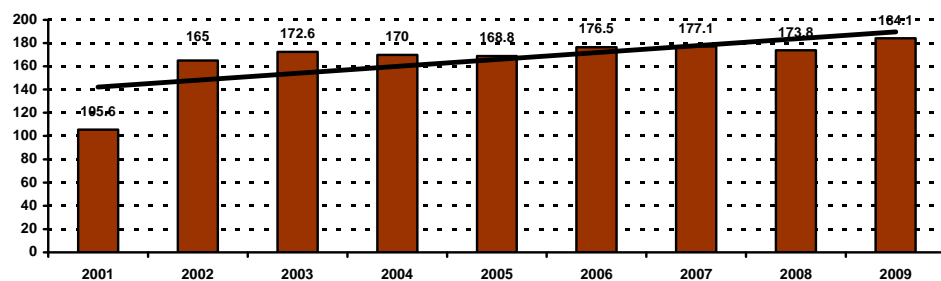
Графикон 45.: Стопа умирања од малигнух неоплазми грађана Београда, 1998–2009.

Стопа на 100.000



Графикон 46.: Стопа умирања од малигнух неоплазми грађана Београда старости 20–64 године, 2001–2009.

Стопа на 100.000



Код старијих од 65 година, стопе морталитета су знатно више него код млађих особа, па је стопа умирања у 2009. износила 1.205,4/100000 становника ове добне групе. Мушкарци најчешће умиру од карцинома плућа, простате и дебелог црева, а жене од карцинома дојке, плућа и дебелог црева (табела 15.).

Табела 15.: Најчешћи узроци смрти од малигних болести грађана Београда развстаних према полу, 2009.

Малигне неоплазме	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 100000	Ранг	Стопа на 100000	Ранг
Плућа	114,5	I	45,4	II
Простата	26,3	II		
Дебело црево	24,2	III	17,6	III
Желудац	19,5	IV		
Дојка			51,6	I
Панкреас			15,0	IV
Грлић материце			13,0	V
Колоректум	17,5	V		

Болести система крвотока су водећи узроци смрти и неспособности у развијеним земљама, а у мање развијеним земљама смртност је у порасту и надмашује стопе смртности од инфективних болести. Неке развијене земље света су достигле смањење смртности и до 50% у задњих 30 година (нпр. САД, Финска), што указује на могућност утицаја на обољевање и умирање од ових болести применом одговарајућих програма превенције.

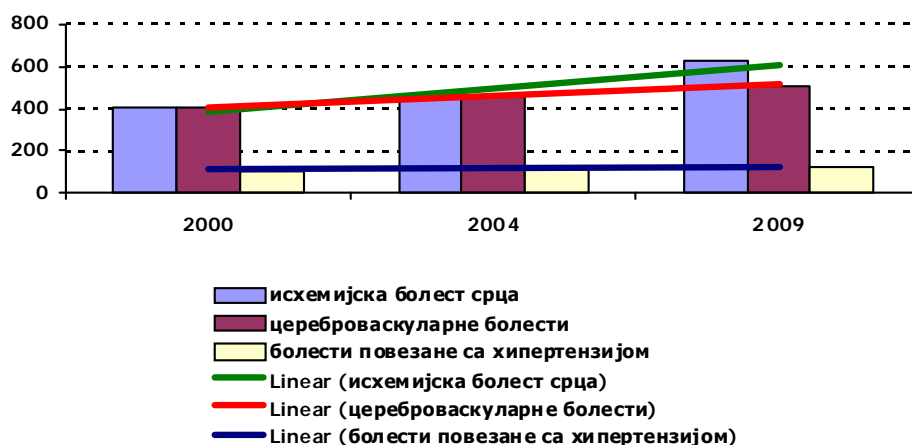
Болести система крвотока, према X ревизији Међународне класификације болести, повреда и узрока смрти, припадају IX групи обољења и стања и воде се под шифром I00-I99. У склопу IX групе, обољења су груписана на следећи начин:

- Акутна реуматска грозница
- Хроничне реуматске болести
- Хипертензивне болести
- Ишемијска (коронарна) болест срца
- Друге болести срца
- Болести крвних судова мозга
- Болести артерија, артериола и капилара
- Болести вена, лимфних судова и лимфних чворова
- Друге и неозначене болести крвотока

У периоду 2000 -2009. године, најчешћи узрок болничког лечења код одраслих лица су болести система крвотока. Укупан број хоспитализованих лица од наведених болести у 2009. години је износио 29.970. Посматрано у односу на 2000. годину тај број је већи за 27%, а стопа хоспитализације се увећала са

13,5/1000 на 19,0/1000. Ишемијске болести срца (6,2/1000), мозга (5,2/1000) и болести узроковане повишеним крвним притиском (1,3/1000) представљају најчешћи разлог болничког лечења у оквиру болести система крвотока, са континуираним трендом пораста (графикон 47.).

Графикон 47.: Водећи узроци хоспитализације због болести система крвотока у Београду, 2000–2009.



Анализирајући болнички морбидитет од болести циркулаторног система према полу, констатује се да мушкарци чине 56%, а жене 44% укупно лечених лица. Стопа хоспитализације код мушкараца износи 22,5/1000, а код жена 15,9/1000. Изразито већа стопа хоспитализације код мушкараца у односу на жене уочава се код ишемијске болести срца, болести крвних судова мозга, као и код других болести срца, док је код жена стопа хоспитализације већа када су у питању болести узроковане повишеним крвним притиском (табела 16.).

Табела: 16.: Водеће групе болести система крвотока код болнички лечених грађана Београда, 2009.

Група дијагноза	Укупно			Мушки пол			Женски пол		
	Број болесника	Процент оболелих	Стопа хоспитализације на 100.000	Број болесника	Процент оболелих	Стопа хоспитализације на 100.000	Број болесника	Процент оболелих	Стопа хоспитализације на 100.000
Ишемијске болести срца (I20-I25)	9840	32.8	624.3	6303	21.0	842.8	3537	11.8	427.0
Болести крвних судова мозга (I60-I69)	8051	26.9	510.8	4052	13.5	541.8	3999	13.3	482.8

Друге болести срца (I30-I52)	6976	23.3	442.6	3758	12.5	502.5	3218	10.7	388.5
Болести узроковане повишеним крвним притиском (I10-I15)	1886	6.3	119.7	799	2.7	106.8	1087	3.6	131.2
Болести артерија, малих артерија и капилара (I70-I79)	1600	5.3	101.5	1123	3.7	150.2	477	1.6	57.6
Болести вена, лимфних судова и лимфних чворова (I80-I89)	1066	3.6	67.6	517	1.7	69.1	549	1.8	66.3
Болести срца плућног порекла и болест крвних судова плућа (I26-I28)	335	1.1	21.3	167	0.6	22.3	168	0.6	20.3
Хронична реуматска болест срца (I05-I09)	126	0.4	8.0	54	0.2	7.2	72	0.2	8.7
Друге и неозначене болести крвотока (I95-I99)	86	0.3	5.5	47	0.2	6.3	39	0.1	4.7
Акутна реуматска грозница (I00-I02)	4	0.0	0.3	3	0.0	0.4	1	0.0	0.1
УКУПНО	29970	100.0	1901.5	16823	56.1	2249.5	13147	43.9	1587.3

Болнички лечена лица старости 45-64 године су најзаступљенија када је о овим болестима реч, са уделом од 33,4%, а заједно са групацијом 65-74 године старости, чине већину од око 62% укупног броја лечених. Трећину хоспитализованих чине најстарији болесници старости изнад 75 година живота (табела 17.).

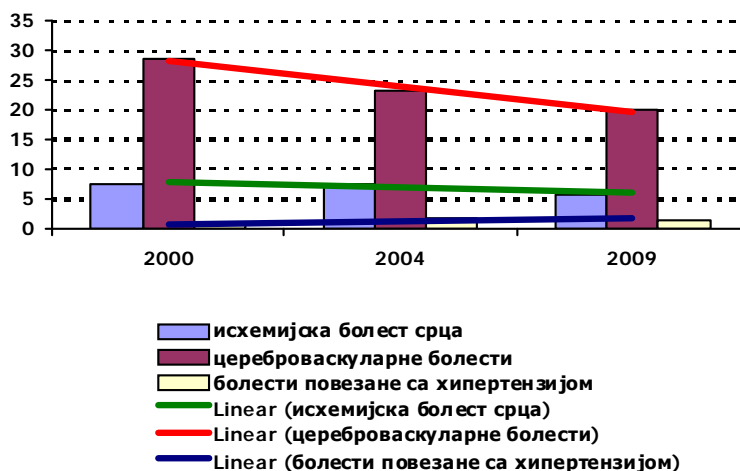
Табела 17.: Дистрибуција болнички лечених грађана од болести система крвотока разврстаних према старосним групама и полу у Београду, 2009.

Старосна доб	Укупно		Мушкарци		Жене	
	Број	Удео %	Број	Удео %	Број	Удео %
0-44	2.224	7,4	1.282	7,6	942	7,2
45-64	10.033	33,5	6.478	38,5	3.555	27,0
65-74	8.560	28,6	4.811	28,6	3.749	28,5
75 и више	9.153	30,5	4.252	25,3	4.901	37,3
Укупно	29.970	100	4.159	100	5.120	100

У периоду 2000–2009. године је дошло до смањења стопа леталитета од болести система крвотока са 14,8/1000 на 10,5/1000 лечених. Значајно је смањен леталитет у 2009. години у односу на 2000. годину код болести крвних судова мозга (са 29% на 20%), хроничне реуматске болести срца (са 12% на 3,2%) и исхемијске болести срца (са 7,6% на 5,6%), изузев код болести

узрокованих хипертензијом чији се леталитет повећава (са 0,5% на 1,4%). Смањење стопе леталитета указује да је у посматраном периоду дошло до побољшања квалитета рада у болницама, посебно у процесу прехоспиталног третмана болесника са кардио и цереброваскуларним сметњама (графикон 48.)

Графикон 48.: Водећи узроци леталитета грађана Београда због болести система крвотока, 2000–2009.



Према подацима из Регистра за акутни коронарни синдром Градског завода за јавно здравље Београд, фактори ризика регистровани код београдских осигураника лечених у коронарним јединицама указују да су хипертензија, пушење, дислипидемија, физичка неактивност, гојазност, као и стрес, доминантни фактори ризика за настанак акутног коронарног синдрома. Истраживања показују да су ти исти фактори ризика узрок настанка и цереброваскуларних болести.

2.3.1.3. Морталитет становништва старости 20-59 година

Укупна смртност становништва старости 20-59 година је имала опадајући тренд, са 3,9/1000 у 1998. години на 3,6/1000 у 2009. години. Водећи узроци смрти средовечних грађана Београда у 2009. години су:

- Злоћудни тумор душника и плућа (4,2/10000)
- Неозначен узрок смрти (3,7/10000)
- Акутни инфаркт срца (2,4/10000)
- Злоћудни тумор дојке (1,6/10000)
- Застој срца (1,4/10000)

Мушкарци ове старосне доби чешће умиру него жене. Стопа умирања мушкараца је 48,8/10000, а жена 24,1/10000. Мушкарци умиру од свих већ наведених узрока смрти истим редоследом који важи за целу популациону групу са изузетком карцинома дојке. Код жена је карцином дојке на I месту, а карцином материце на IV месту. Остали узроци смрти су исти као и код мушкараца.

2.3.2. Радно активно становништво²

Анализа радно активног становништва се односи на све запослене раднике који су опредељени за здравствену заштиту у диспанзерима медицине рада домова здравља у Београду. У периоду од 1998. до 2009. године, укупно коришћење здравствене заштите радно активног становништва се готово преполовило. Стопа морбидитета регистрованог у примарној здравственој заштити је опала са 612,9/1000 у 1998. години на 387,1/1000 у 2009. години. Разлог овако великог пада лежи у чињеници да се читава област медицине рада трансформисала због новог начина финансирања. Редослед група болести по учесталости јављања у оквиру ванболничке здравствене заштите у службама медицине рада, у 2009. години је следећи:

- Болести система за дисање (87,4/1000)
- Болести система крвотока (68,5/1000)
- Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (50,0/1000)
- Душевни поремећаји и поремећаји понашања (28,3/1000)
- Болести мокраћно-полног система (23,3/1000)

Редослед водећих болести је остао мање-више исти у поређењу са 1998. годином, али је учесталост разбољевања од респираторних болести готово двоструко мања у 2009. години, а од васкуларних болести и душевних поремећаја мања за око 30% (графикон 49.).

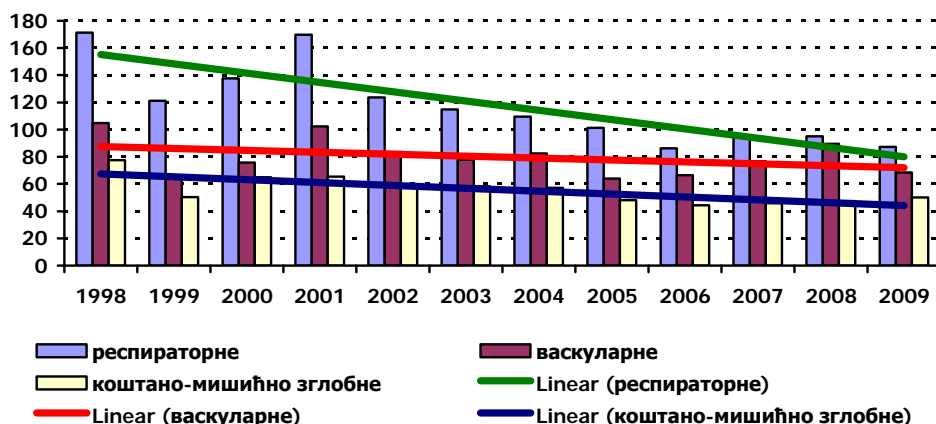
Првих пет водећих група болести због којих се радно активно становништво обраћа изабраном лекару чине око 65% од укупног броја свих болести од којих се лечила ова популациона групација. За разлику од укупне групације

² У Индивидуалном извештају о хоспитализацији - Рачуну за болничко лечење (Обр. 3/21/61/63/65-Ср), радници из материјалне производње нису означени као посебна категорија, па је болничко лечење радника немогуће пратити.

становништва старости од 20–59 година, код којих се у првих пет дијагноза не појављују душевни поремећаји, у категорији „радно активних“, ове болести заузимају IV место у рангу са релативно високом стопом морбидитета од око 30/1000 запослених лица у Београду.

Графикон 49.: Водеће болести радно активних грађана Београда, 1998–2009.

Стопа на 1000



2.3.3. Жене

У Београду, према попису из 2002. године, удео жена у укупној популацији износи 52,6% (828.270 жена). Од укупног броја жена старијих од 15 година, 56,2% су жене генеративног доба, док у 1991. години, оне чине 60,8% у укупној женској популацији. Имајући у виду значај жена у репродукцији становништва, у анализи су посебно посматране жене између 15 и 49 година старости.

2.3.3.1. Ванболнички морбидитет

У ванболничкој здравственој заштити, у периоду од 1998. до 2009. године број првих посета у ординацији код гинеколога (епизода лечења) је опао за 6,4% (са 206.966 у 1998. години на 193.752 посета у 2009. години). Свака жена у просеку је 2-3 пута посетила гинеколога у 1998. години, а 2 пута у 2009. години. У просеку је свака трећа жена старија од 15 година посетила гинеколога због болести, дијагностике и лечења (31,7% у 1998. и 27% у 2009. години)

Број првих посета трудних жена саветовалишту за труднице је порастао за 8,3% (са 17.173 у 1998. години на 18.597 у 2009. години). У просеку је повећан број посета по трудници са 7 у 1998. години на 10 у 2009. години. У првом тромесечју трудноће већи број жена је обухваћен саветовалиштем у 2009. години (68,4%) него у 1998. години (62,6%). У трећем тромесечју још увек се обухвати око 8% трудница (прва посета). Број патолошких стања код трудних жена је у порасту, са 26% у 1998. години на 30% трудних жена у 2009. години.

Број првих посета саветовалишту за планирање породице је смањен за 7,8% (са 28.876 у 1998. години на 26.633 у 2009. години). У просеку је смањен број посета по жени са 2,5 пута у 1998. на 2 пута у 2009. години. Радом саветовалишта за планирање породице смањен је обухват жена генеративног доба са 7,3% на 6,6%, а нешто је већи проценат младих до 19 година који долазе у ово саветовалиште (са 11% у 1998. на 17% у 2009. години)

У односу на 1998. годину, у 2009. години региструје се пораст укупног броја утврђених обољења и стања код жена за 1,3% (са 199.869 у 1998. години на 202.411 у 2009. години). Стопа морбидитета на 1000 жена старијих од 15 година је у благом паду са 290,6/1000 у 1998. години на 282,4/1000 у 2009. години. Највећа стопа је регистрована 2004. године (304,5/1000), а у 1999. и 2002. години 240,6/1000 и 244,5/1000.

Пет група болести чине преко 98% свих регистрованих болести. У 1998. и 2009. години, првих пет група болести су:

- Болести мокраћно полног система (223/1000 у 1998.; 227,3/1000 жена старијих од 15 година у 2009. години)
- Заразне и паразитарне болести (30,6/1000 у 1989.; 21,0/1000 жена старијих од 15 година у 2009. години)
- Тумори (14,2/1000 у 1989.; 17,7/1000 жена старијих од 15 година у 2009. години)
- Стања везана за трудноћу, рађање и бабиње (23,4/1000 у 1989.; 15,4/1000 жена генеративног доба у 2009. години)
- Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма (4,8/1000 у 1998.; 3,1/1000 жена генеративног доба у 2009. години)

Редослед група болести у претходним годинама се није битније мењао, осим што су тумори са IV места од 2004. године прешли на III место, а трудноћа, рађање и бабиње прешли на IV место са III места. Стопа заразних болести је у посматраном периоду опала, док је број тумора и стања везаних за трудноћу, рађање и бабиње у порасту.

Болести мокраћно полног система су, по учесталости јављања у 1998. и 2009. години на I месту. Специфична стопа морбидитета на 1000 жена старијих од 15 година од ових болести, уз мање осцилације се одржава на истом нивоу. У 1998. години је износила 223/1000, а у 2009. години 227,3/1000. На II месту по учесталости јављања су заразне и паразитарне болести. Специфична стопа морбидитета на 1000 жена старијих од 15 година од ових болести се смањила са 30,6 у 1998. години на 21,0 у 2009. Тумори су са IV места, од 2004. године прешли на III место. Специфична стопа морбидитета на 1000 жена старијих од 15 година од ових болести повећала се са 14,2 у 1998. години на 17,7 у 2009. години. У 2004. години је износила 18,6/1000. Стања везана за трудноћу, рађање и бабиње су од 2004. године на IV месту, а до тада су била на III месту. Специфична стопа морбидитета на 1000 жена генеративног доба се смањила са 23,4 у 1998. години, на 15,4 у 2009. години. На V месту су болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма. Специфична стопа морбидитета на 1000 жена генеративног доба се смањила са 4,8 у 1998. години, на 3,1 у 2009. години.

У оквиру водеће групе, болести мокраћно полног система, у 1998. години, на I месту су друга запаљења женских карличних органа, запаљења јајника и јајовода и поремећаји менструације. У 2009. години, на I месту су друга запаљења женских карличних органа, затим поремећаји менструације и болести дојке.

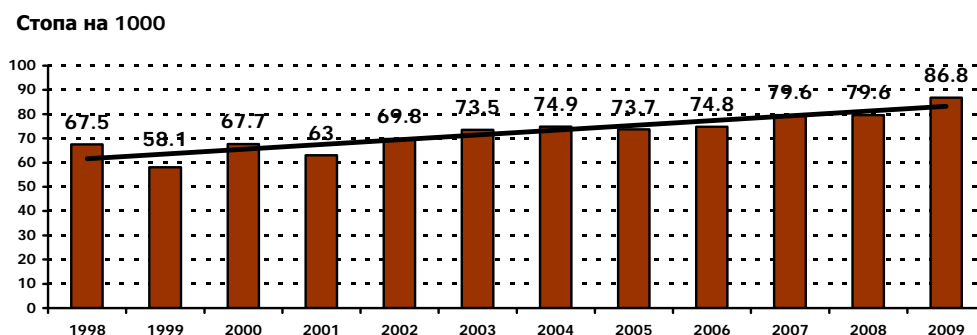
2.3.3.2. Болнички морбидитет и леталитет

У оквиру болничке здравствене заштите, број епизода стационарно лечених жена старијих од 15 година на гинеколошко–акушерским одељењима у Београду, у периоду од 1998. до 2009. године је био уз мање осцилације у сталном порасту. Стопа хоспитализације на 1000 жена старијих од 15 година се

налази у распону од 3.558,6/100000 у 1999. години до 5.221/100000 у 2009. години.

Највећи број хоспитализованих жена припада добној групи од 15-49 година, око 94,0%, док је удео жена старијих од 50 година око 6,0%. Стопа хоспитализованих жена од 15-49 година је порасла са 6.746,9/100000 у 1998. години на 8.680,0/100000 жена у 2009. години (графикон 50.).

Графикон 50.: Стопа хоспитализације на гинеколошко акушерским одељењима жена старости 15-49 година у Београду, 1998.-2009.



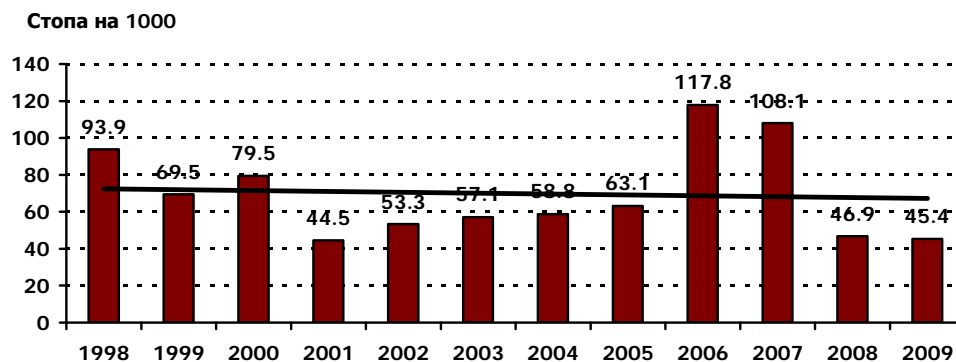
Спонтани порођај код једноплодне трудноће у посматраном периоду представља најчешћи разлог хоспитализације жена старости 15-49 година (код 39,9% у 1998. години, а код 24,7% у 2009. години). Стопа спонтаних порођаја на 100000 жена генеративног доба је у 1998. била 2.691,8/100000, а у 2009. години 2.141,6/100000. На II месту и у сталном порасту је порођај царским резом код једноплодне трудноће. У 1998. години, удео жена са царским резом је био 5,5% (372,4/100000), а у 2009. години је 11,3% (980,4/100000). На III месту, у 1998. години су појачано, учестало и неуредно крварење из материце са 5% удела (336,2/100000), а у 2009. години, други порођај код једноплодне трудноће уз стручну помоћ са учешћем од 11,2% (971,9/100000). На IV месту у 1998. години је крварење у почетној трудноћи са 4,2% (286,2/100000), док је у 2009. години антенатални скрининг са уделом од 8,4% (727,7/100000). На V месту у 1998. години је тумор глатког мишића материце са уделом од 3,8% (253,5/100000), а у 2009. години је неплодност жене са уделом од 3,7% (316,5/100000). Удео неплодности је у сталном порасту и са VIII места у 1998. години је дошао на V место.

На стационарном лечењу на гинеколошко–акушерским одељењима је у 2009. години било 37.429 жена старијих од 15 година. Код тих жена је укупно евидентирано 99.813 дијагноза по МКБ-10. Свака жена је у просеку имала 2-3 дијагнозе (основна дијагноза плус друга обољења и стања). У 2009. години, од укупног броја дијагноза хоспитализованих жена старијих од 15 година на I месту је спонтани порођај код једноплодне трудноће. На II месту је контрола трудноће. На III месту је повреда међице у току порођаја - свака 2-3 порођена жена је имала ову дијагнозу. На IV је антенатални скрининг.

Код жена старијих од 50 година, на I месту је испадање полних органа, на II тумор глатког мишића материце, затим појачано, учестало и неуредно крварење из материце, болести менопаузе и повишен крвни притисак непознатог порекла.

Стопа леталитета жена старијих од 15 година је уз мање или веће осцилације расла до 2006. године, да би затим почела да опада. Она се налази у распону од 44,5/1000 у 2001. години до 117,8/1000 у 2006. години. У 2009. години је износила 45,4/1000 (графикон 51.). Најчешћи узроци смрти болнички лечених жена старијих од 15 година у 2009. години су везани за злоћудни туморе грлића материце и злоћудни тумор јајника. У 1998. години су то злоћудни тумор јајника, акутни инфаркт срца, злоћудни тумор дојке, зачепљење крвних судова плућа и крварење после менопаузе.

Графикон 51.: Стопа леталитета жена старијих од 15 година у Београду, 1998-2009.



Број порођаја на акушерским одељењима у Београду је био највећи у 2009. години (19.180 порођаја), а најмањи 1999. године (15.385 порођаја).

Стопа порођаја на 1000 жена генеративног доба постепено расте и налази се у распону од 38,7/1000 у 1999. години, до 47,6/1000 у 2009. години.

Највећи број жена се порађа између 20 и 29 године живота (60,5% у 1998. години, 47,9% у 2009. години), а заступљеност жена добне групе од 15-19 година које су се порађале, била је већа 1998. године (5,8%), него 2009. године (4%). У просеку су порођене жене старе 28-29 година. Код више од 93% жена порођаји су били у термину.

Оно што је карактеристично за Београд карактеристично је и за Републику Србију. Код око 54% жена се ради о првом порођају, код око 34-35% о другом, а код 8% о трећем порођају. У 2009. години, 76% жена није никад имало намерни прекид трудноће, а свака четврта жена је имала абортус у својој анамнези. Спонтани порођај код једнопложне трудноће је евидентиран код 43,4% жена. Трудноћа се завршила царским резом код сваке четврте жене. Компликације у трудноћи су биле присутне код 35,3% жена. Компликације током порођаја су евидентирани код 60-70% жена. Компликације у пуерперијуму су биле присутне код око 4% жена. Свака трећа жена у 1998. години и свака друга жена у 2009. години је имала повреду међице у току порођаја.

Прекиди трудноће су према званичним подацима у сталном опадању, са 13.905 у 1989. години, на 8.224 у 2009. години (пад од преко 40%). Стопа прекида трудноће на 100 живорођене деце опада са 92,8 у 1998. години, на 42,2 у 2009. години. Удео медицинских прекида трудноће се у укупном броју смањило, са 93,5% (13.001) у 1998. години на 77,8% (6.397) у 2009. години, због обављања ових интервенција у приватним здравственим установама које не достављају Пријаве прекида трудноће. Истовремено се у државним установама повећао број осталих прекида трудноће (други ненормални исход трудноће, спонтани побачај, ванматерична трудноћа) који су се раније ређе пријављивали. Стопа медицинских прекида трудноће на 100 живорођене деце опада са 86,7 у 1998. на 32,8 у 2009. години. До 10. недеље се прекине 90-95% свих трудноћа и изврши преко 81% медицинских побачаја. Највећи број прекида се обави у амбулантним условима (око 87%). Прекиди трудноће код жена млађих од 20 година су заступљени са око 3-4%, док жене млађе од 16

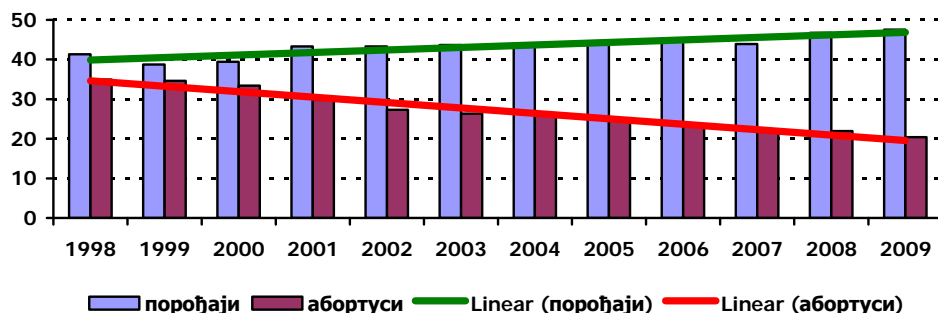
година чине 0,5%. У 2009. години, први прекид трудноће је обављен код 57% жена, а 1998. године први прекид трудноће је обављен код 33% жена.

У односу на број живе деце, највећи број жена има двоје деце (47,1% у 1998., 28,7% у 2009. години), док је без деце у 1998. години било 20,9%, а у 2009. години 39,7% жена.

Око 2/3 прекида трудноћа се обави у приватним здравственим установама, а ове установе не достављају законом прописане обрасце пријава прекида трудноће, па подаци званичне статистике не потврђују напредак у области планирања породице у нашој средини, јер је намеран прекид трудноће још увек најчешћи начин планирања породице у Београду (графикон 52.).

Графикон 52.: Породјаји и прекиди трудноће код жена старости 15-49 година у Београду, 1998 – 2009.

Стопа на 1000



2.3.3.3. Морталитет жена

Удео умрлих жена у укупном броју умрлих се одржава на 47-49%. Стопа морталитета жена се повећала са 10,5/1000 жена у 1998. на 12,4/1000 жена у 2009. години, за око 12,2%. Стопа морталитета жена генеративног доба опада са 1,5/1000 у 1998. на 0,9/1000 у 2009. години. Удео умрлих жена генеративног доба је у сталном паду, са 6,8% у 1998. на 3,4% у 2009. години, док је удео жена старих 50 и више година у порасту, са 91,9% у 1998. на 96,0% у 2009. години.

Структура узрока смрти жена одговара укупном морталитету становништва. Код жена у генеративном добу, на I месту у свим посматраним годинама, као узрок смрти су тумори, на II месту су болести система крвотока (табела 18.) Редослед се не мења до V места. У 1998. години, на V месту су биле заразане болести, док су у 2009. години оне на IX месту, а на V месту су болести система за варење.

Табела 18.: Најчешћи узроци смрти жена генеративног доба у Београду, 1998. и 2009.

Болести	1998		2009	
	Стопа на 100000	Ранг	Стопа на 100000	Ранг
Тумори	62,3	I	39,5	I
Болести система крвотока	28,9	II	12,2	II
Повреде, тровања и последице деловања спољних фактора	16,8	III	10,9	III
Симптоми знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази	20,1	IV	7,0	IV
Болести система за варење	3,3	V	3,7	V
Болести нервног система	2,8	VII	3,0	VI

Посматрано по појединачним дијагнозама, најчешћи узроци смрти код жена у генеративном добу су злоћудни тумори дојке и „узрок неозначен“, затим злоћудни тумор душника и плућа, како у 1998. години, тако и у 2009. години.

2.3.4. Стара лица

Удео Београђана старијих од 60 година у укупном броју становника Београда износи 21,6%, према попису становништва из 2002. године. Њихов удео у категорији «одраслих грађана» старијих од 20 година представља готово 1/3 од укупног броја. Београд спада у изразито демографски старе градове са свим социо-економским и здравственим обележјима карактеристичним за становништво старије животне доби.

2.3.4.1. Болнички морбидитет и леталитет

Хоспитализација старих лица има несумњиво највећи значај са аспекта лечења и рехабилитације ове популационе групације. Упркос релативно добро развијеној служби ванболничког лечења, укључујући и све видове кућног лечења и неге, стара лица са индикацијама за болничко лечење представљају

доминантну групу у оквиру хронично оболелих и оних код којих се појављују честа погоршања болести. У нашој средини не постоји тип здравствене установе искључиво намењен болесницима у терминалној фази болести, односно оним болестима и стањима која захтевају дуготрајну негу и лечење карактеристичним за старије грађане.

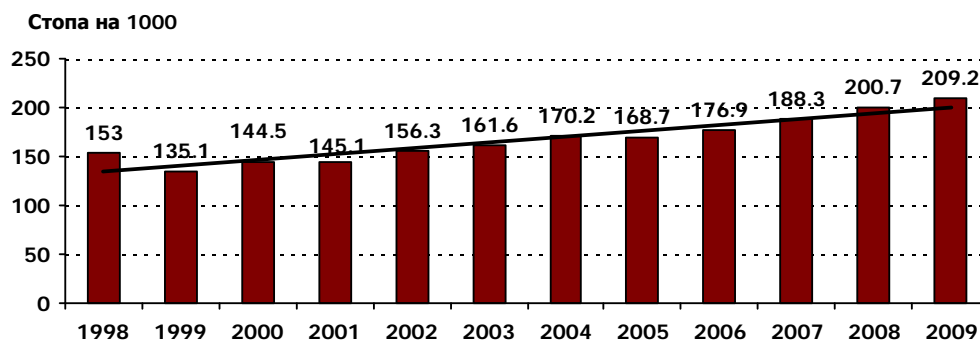
Становништво старије од 60 година користи болнички вид здравствене заштите у обиму од око 35%. У 2009 години, удео старих лица је износио 39,0% од укупног броја лечених. Стопа хоспитализације је 1998. године износила 153,1/1000 када су достигнуте и највеће вредности стопа. Након овог периода, 1999., 2000. и 2001. године број лечених старих лица је опадао (око 140/1000), а затим поново растао до 2007. године (око 188/1000). У 2009. години, стопа хоспитализације је износила 209,2/1000 старих лица (графикон 53.).

Од укупног броја свих регистрованих дијагноза у болницама, око 30–35% дијагноза годишње се односи на стара лица. Првих десет дијагноза чине око 30% од укупног броја свих регистрованих дијагноза.

У 2009. години, најчешћи узроци хоспитализације старих су везани за хронична незаразна обољења:

- Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (10,7/1000)
- Стезање у грудима (9,6/1000)
- Злоћудни тумор кестењаче (6,1/1000)
- Акутни инфаркт миокарда (5,6/1000)
- Прелом бутњаче (4,6/1000)

Графикон 53.: Стопа хоспитализације лица старијих од 60 година у Београду, 1998-2009.



У периоду од 1998. године, акутни инфаркт миокарда и апоплексија су све чешћи узрок болничког лечења старих. Инфаркт мозга је такође био чест узрок хоспитализације, са још већом стопом хоспитализације у назначеном периоду. Остале болести у оквиру десет водећих се односе на карцином простате, прелом кука, обољења плућа, препонску килу, камен у жучној кеси, недовољну функцију срца и шећерну болест, са релативно високим стопама. У овој старосној доби, мушкарци више него жене користе болничку здравствену заштиту. Стопа хоспитализације мушкараца је 248,2/1000, док је стопа хоспитализације жена 179,4/1000 (табела 19.).

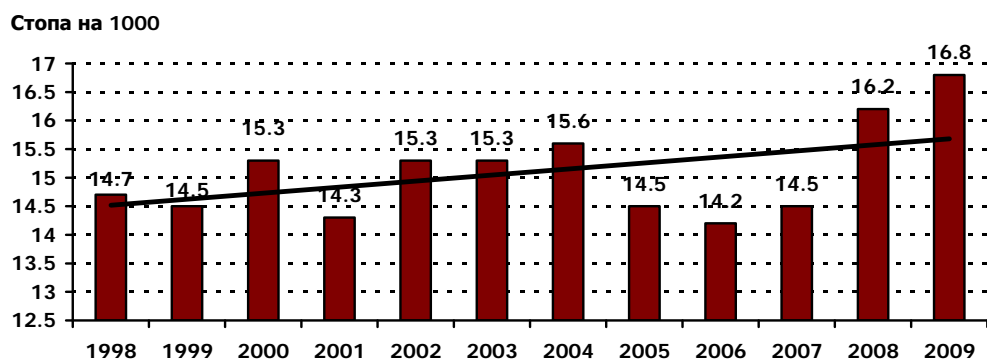
Табела 19.: Најчешћи разлози болничког лечења старих лица у Београду разврстаних према полу, 2009.

Болести	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 1000	Ранг	Стопа на 1000	Ранг
Злоћудни тумор кестењаче	14,2	I	5,9	
Стезање у грудима	13,1	II	6,9	II
Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга	11,3	III	10,3	I
Препонска кила	9,8	IV		
Сива мрена – старачко замућење сочива	7,8	V		
Злоћудни тумор дојке			4,6	IV
Прелом бутњаче			6,1	III
Камен у жучној кеси			4,6	V

Стезање у грудима је чешћи разлог болничког лечења мушкараца старије животне доби, него жена. Злоћудни тумор простате је карактеристичан за мушку популацију. Прелом бутне кости и камен у жучној кеси су више заступљени код жена.

Стопа леталитета старијих од 60 година, односно стопа умирања у болницама је показивала постепени тренд раста. У 1998. години, ова стопа је износила 14,7/1000, а у 2009. години 16,8/1000 лечених лица (графикон 54.).

Графикон 54.: Стопа леталитета лица старијих од 60 година у Београду, 1998-2009.



У 2009. години, пет најчешћих узрока смрти су:

- Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга (3,0/1000)
- Недовољна функција срца (1,1/1000)
- Акутни инфаркт срца (1,0/1000)
- Обољење срчаног мишића (1,0/1000)
- Застој срца (1,0/1000)
- Крварење у мозгу (0,7/1000)

Поред других болести везаних за обољења крвних судова мозга и срца, у првих десет узрока смрти се налазе и малигни тумори бронхија и плућа (VII место у рангу).

У овој старосној доби, мушкарци више него жене умиру у болницама. Стопа леталитета мушкараца је 19,0/1000, док је стопа леталитета жена 15,1/1000 (табела 20.)

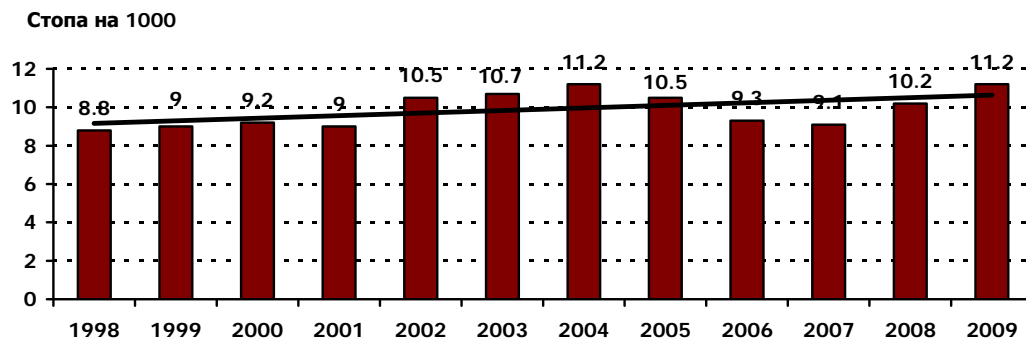
Табела 20.: Најчешћи узроци смрти у болницама старих лица у Београду разврстаних према полу, 2009.

Узроци смрти	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 1000	Ранг	Стопа на 1000	Ранг
Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга	3,0	I	3,0	I
Недовољна функција срца	1,4	II	1,0	III
Акутни инфаркт срца	1,3	III	0,9	IV
Малигни тумори бронхија и плућа	1,0	V		
Обољење срчаног мишића			1,0	II
Застој срца	1,2	IV	0,8	V
Крварење у мозгу	0,7	VI	0,7	VI

Мушкарци и жене старосне доби изнад 60 година живота подјаднако умиру у болницама од инфаркта мозга, и инсуфицијенције и инфаркта срца.

Повреде болнички лечених лица старијих од 60 година живота у 2009. години су биле присутне код 3.826 старих лица, са стопом хоспитализације од 11,2/1000. Посматрано компаративно у односу на 1998. годину, уочава се повећање стопе повређивања (графикон 55.).

Графикон 55.: Стопа хоспитализације због повређивања лица старијих од 60 година у Београду, 1998-2009.



У 2009. години ранг водећих повреда је следећи:

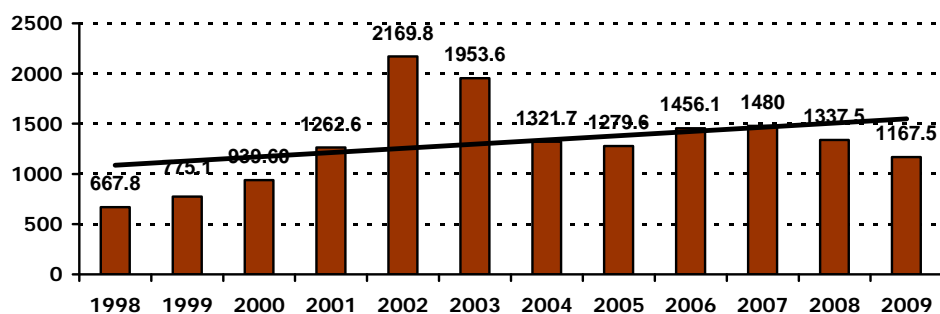
- Прелом бутњаче (4,6/1000)
- Прелом потколенице и скочног зглоба (0,9/1000)
- Повреде унутар лобање (0,7/1000)
- Компликације због имплантата и ношења ортопедских апарата (0,6/1000)
- Последице повреде ноге (0,5/1000)

У овој старосној доби жене се више повређују него мушкарци. Стопа хоспитализације жена износи 12,2/1000, а мушкараца 9,9/1000.

Малигне болести код старијих од 65 година показују континуирани раст. Стопе инциденце оболелих од малигнух неоплазми показују највише вредности, што је потпуно логично с обзиром на чињеницу да су ово болести старијег животног доба. Тако је стопа инциденце регистрованих у 1998. години износила 667,8/100000, а 2009. године 1167,5/100000 становника Београда. Специфичне стопе оболелих ове добне групе су у просеку за око 4-5 пута веће од стопа у добној групи 20-64 године (графикон 56.).

Графикон 56.: Стопе инциденце малигнух неоплазми код лица старијих од 65 година у Београду, 1998–2009.

Стопа на 100.000



Београд је све старији град јер у њему живи 15,7% становника старијих од 65 година. Између два пописа, учешће ове добне групације у структури становништва је порасло за 5,8%. У односу на сва регистрована лица оболела од малигнух неоплазми, старији од 65 година чине у просеку око 45% и тај проценат се повећава. Тако је у 2009. години он износио 49,4%. Најстарији становници Београда најчешће обољевају од малигнух неоплазми коже са просеком од око 20% у посматраном периоду (учешће у 2009. години износило је чак 30,4%). Затим следе малигне неоплазме органа за варење са просечним учешћем од око 20,8% и малигне неоплазме органа за дисање и грудне дупље са око 15%. Најчешће појединачне дијагнозе имају сличан редослед и учесталост као и код свих регистрованих оболелих лица старијих од 20 година. Стопе инциденце имају знатно више вредности, а уочавају се и неке разлике у рангу обољевања по годинама пријаве. Упоређујући податке из популационог регистра са потврдама о смрти, уочава се да одређен број оболелих није за живота регистрован, па је реална стопа инциденце још већа.

Укупна смртност становника Београда је у порасту, а у структури морталитета, учешће малигнух неоплазми континуирано чини око 20%. Умирање особа оболелих од малигнух неоплазми, а старијих од 65 година показује тренд пораста. Међутим, пораст броја становника ове добне групе је већи у односу на остале добне групе, због чега је вредност специфичне стопе морталитета нижа. Тако је 1998. године специфична стопа морталитета од малигнух неоплазми износила 1.369/100000, а 2009. године 1.205,4/100000 становника Београда старијих од 65 година.

У оквиру болести система крвотока најчешћа обољења су исхемијске болести срца, цереброваскуларне болести, као и хипертензија. То су и најчешћи узроци смрти. Ове болести су водећи узрок смрти у Београду са учешћем од 50,1% у укупном морталитету у 2009. години. У наведеној години од ових болести је умрло је 9.280 особа. Од поменутог броја умрлих 55% чине жене, а 45% мушкарци.

Стопе морталитета расту са старошћу и веће су код мушкараца него код жена. Наиме, у 2009. години, у добној групи преко 75 година, удео смртности од наведених болести је износио око 70%. Уколико се занемари добна група од 0-44 године чији је удео у смртности мањи од 1%, значајан је удео умрлих у добној групи 45-64 године који је износио око 11% и добној групи 65-74 године који је износио око 19%. Општа стопа смртности од болести система крвотока је износила 5,9/1000; код жена 6,2/1000; код мушкараца 5,6/1000 (табела 21.).

Табела 21.: Смртност због болести система крвотока грађана Београда разврстаних према полу, 2009.

Старосна доб	Укупно		Мушкарци		Жене	
	Број	Процент	Број	Процент	Број	Процент
0-44	70	0,8	48	1,2	22	0,4
45-64	1.015	10,9	707	17,0	308	6,0
65-74	1.720	18,5	906	21,8	814	15,9
75 и више	6.474	69,8	2.498	60,0	3.976	77,7
Укупно	9.279	100	4.159	100	5.120	100

У структури умирања, жене су чешће повезане са инфарктом мозга као узроком смрти, док мушкарци чешће умиру од инфаркта срца. Код жена се међу десет водећих узрок смрти региструје повишен крвни притисак, који се као дијагноза не налази у првих десет код мушкараца.

Међу десет водећих појединачних узрока смрти у Београду у 2009. години, ако се изузме „неозначен узрок смрти“, налази се чак осам дијагностичких подгрупа/дијагноза из групе болести циркулаторног система (табела 22.).

Табела 22.: Десет водећих узрока смрти од болести система крвотока у Београду, 2009.

Шифра и дијагноза болести		Број	Процент од укупног броја умрлих
I42	Обољења срчаног мишића	2.895	14,8
I63	Инфаркт мозга-изумирање ткива мозга	1.315	6,7
R99	Друга смрт узроци неозначени	1.174	6,0
C34	Злоћудни тумори душника и плућа	1.170	5,9
I67	Друге болести крвних судова мозга	939	4,8
I21	Акутни инфаркт (изумирање ткива) срца	870	4,4
I25	Хронична исхемијска болест срца	596	3,0
I50	Недовољна функција срца	505	2,6
I46	Застој срца	467	2,4
I10	Повишени крвни притисак непознатог порекла	443	2,3
Првих 10 узрока смрти		10.374	52,9

У укупном морталитету од болести система крвотока, у 2009. години су на I месту остали облици срчане болести са учешћем од чак 45%. Овако висок удео I подгрупе указује на неадекватну евиденцију, с обзиром на препоруке СЗО да је подгрупа „остало“ у праћењу свих обољења и стања епидемиолошки релевантна само ако је у оквиру вредности до 10%. Ако се занемари ова дијагностичка подгрупа, може се рећи да су цереброваскуларне болести водећи узрок смрти унутар IX групе обољења са учешћем од 32% (табела 23.). Стопа умирања од наведеног обољења је већа код жена него код мушкараца и износи 2,0/1000. Исхемијске болести срца се налазе на следећем месту са уделом од 13%. Код наведене подгрупе, стопа умирања је већа код мушкараца у односу на жене и износи 0,9/1000.

Табела 23.: Смртност због болести система крвотока грађана Београда разврстаних према дијагностичким групама, 2009.

Шифра и дијагноза болести		Број	Процент	Стопа на 100000
I30-I52	Остали облици срчане болести	4.196	45,2	266,2
I60-969	Цереброваскуларне болести	2.946	31,8	186,9
I20-I25	Исхемијске болести срца	1.221	13,2	77,5
I10-I15	Хипертезивне болести	463	5,0	29,4
I70-I79	Болести артерија, артериола и капилара	416	45,0	26,4
I80-I89	Болести вена, лимфних судова и лимфних чворова	27	0,3	1,7
I05-I09	Хроничне реуматске срчане болести	6	0,1	0,4
I95-I99	Остале и неспецифичне болести система за циркулацију	5	0,1	0,3
Болести система крвотока		9.280	100	589,0

Одређени фактори ризика везани за болести система крвотока се могу превенирани, а то су: хипертензија, хиперлипидемија, пушење, гојазност неправилна исхрана, физичка неактивност и дијабетес, док се на неке од њих не може утицати. Фактори ризика на које се не може утицати су наслеђе и старосна доб и пол и то код мушкараца изнад 45 и код жена изнад 55 година живота. Међу наведеним факторима ризика најзаступљенији су пушење, хипертензија и хиперлипидемија, а преваленција гојазности и дијабетеса последњих година бележи изразит пораст.

2.3.4.2. Морталитет старих лица

Општа смртност старих лица показује да 75–80% укупно умрлих припада добној групи од 60 и више година. Првих десет узрока смрти чини преко 50% укупног морталитета старијих грађана. Стопе морталитета у 1998. години (45,0/10000) и 1999. години (47,3/10000) показују благи тренд пораста. У 2009. години оне достижу вредности од 50,7/10000 лица старије животне доби.

У 2009. години, водећи узроци смрти у овој добној групи су:

- Кардиомиопатија (8,5/1000)
- Инфаркт мозга (4,4/1000)
- Друге цереброваскуларне болести (2,8/1000)
- Акутни инфаркт срца (2,7/1000)
- Малигни тумори бронхија и плућа (2,5/1000)

Стопе умирања од ових болести су релативно високе и крећу се од 8,0 на 1000 (I место у рангу) до 2,3/1000 лица стријих од 60 година (V место у рангу). Поред болести везаних за крвне судове мозга и срца, високо место на лествици узрока смрти имају и малигни тумори бронхија и плућа са стопом морталитета од око 3,0/1000 старих лица. У овој старосној доби, мушкарци више умиру него жене. Стопа морталитета мушкараца је 5,6/1000, док је стопа морталитета жена 4,7/1000 (табела 24.).

Табела 24.: Најчешћи узроци смрти старих лица у Београду разврстаних према полу, 2009.

Узроци смрти	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 1000	Ранг	Стопа на 1000	Ранг
Кардиомиопатија	7,4	I	9,0	I
Малигни тумори бронхија и плућа	3,4	II		
Инфаркт мозга – изумирање ткива мозга тумори	3,8	III	3,7	II
Неозначени узроци смрти	2,7	IV	2,0	V
Акутни инфаркт срца	2,7	V		
Друге цереброваскуларне болести			3,0	III
Злоћудни тумор дојке			2,1	IV

Кардиомиопатија је најчешћи разлог умирања жена у старосној доби изнад 60 година живота. Поред кардиомиопатије, малигни тумори бронхија и плућа, инфаркт мозга и акутни инфаркт срца су карактеристичан узрок смрти старијих мушкараца, док се код старијих жена као водећи узроци смрти појављују још и рак дојке и друге цереброваскуларне болести. Стопа умирања од инфаркта мозга је готово изједначена код оба пола (око 3,7/1000), али жене чешће умиру од кардиомиопатије (око 9,0/1000) него мушкарци (око 7,5/1000).

2.4. Укупно становништво Београда

2.4.1. Ванболнички морбидитет

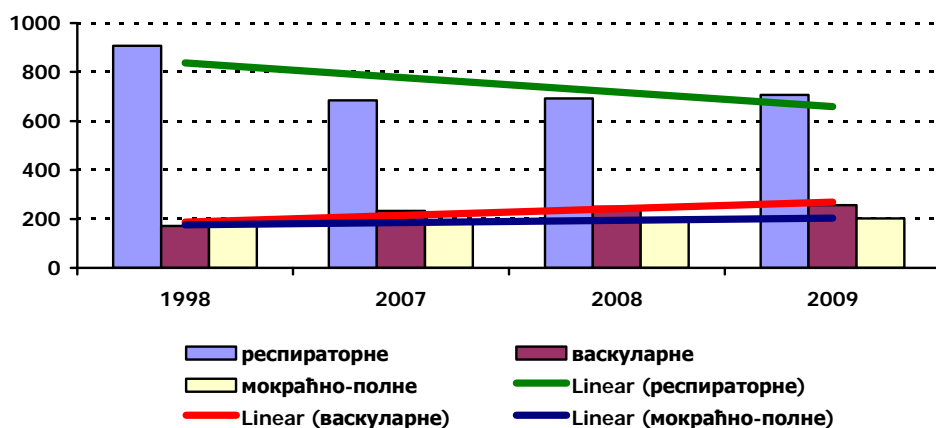
У домовима здравља Београда, 1.576.124 становника Београда (према попису из 2002. године) оствари преко 3.200.000 епизода лечења на нивоу примарне здравствене заштите. У периоду од 1998. године до 2009. године, посете овим здравственим установама које су остварили грађани свих добних групација (деца, омладина, одрасли грађани и стара лица) порасле су за 6%, са 1.986,0/1000 на 2.068,8/1000 укупног становништва Београда.

У 2009. години, од укупно двадесет једне групе болести према морбидитетној листи МК–10, најзаступљенија је група болести система за дисање са стопом морбидитета од 707,2/1000. То значи да је више од 2/3 становника Београда, без обзира којој добној групацији припадали, имало потребу да се јави једном или више пута изабраном лекару ради неке од респираторних болести. Болести система крвотока које су на II месту у оквиру првих пет најчешћих дијагноза, су порасле за више од 1/3 у назначеном периоду, са 174,0/1000 на 256,7/1000

становника. Порасле су и болести мокраћно-полног система које су на III месту у рангу најзаступљенијих болести на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ) (графикон 57.).

Графикон 57.: Водеће болести регистроване на нивоу ПЗЗ у Београду , 1998. године и 2007 - 2009.

Стопа на 1000



Порастао је број болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, душевних поремећаја и болести нервног система. Удвостручио се и број тумора различите етиологије, затим симптома, знака и патолошких стања, као и урођених наказности и хромозомских ненормалности. Међутим, иако су респираторне болести водећи узрок обраћања изабраном лекару, стопе морбидитета од ових болести су имале тренд опадања, као и болести очног и ушног апарата, болести коже и поткожног ткива и свих узрока везаних за трудноћу, рађање и бабиње. Од појединачних дијагноза, у односу на 1998. годину, артеријска хипертензија непознате етиологије се готово удвостручила.

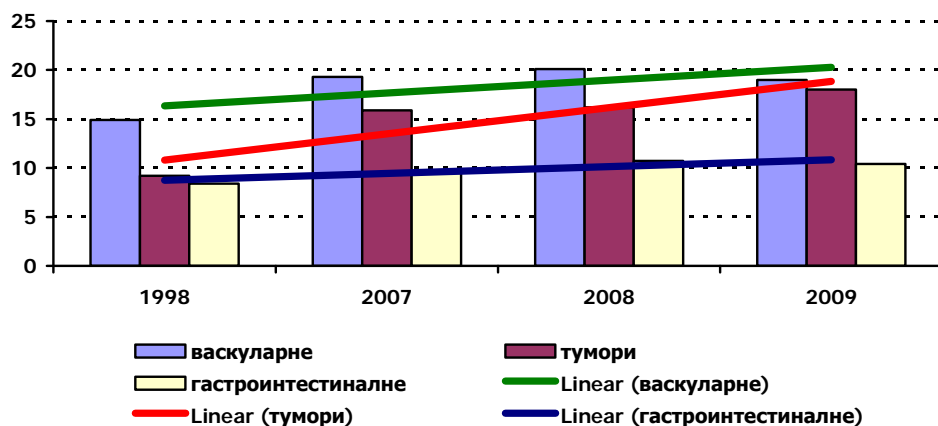
2.4.2. Болнички морбидитет и леталитет

Болничко лечење грађана Београда је значајно порасло у 2009. години у односу на 1998. годину, са 90,1/1000, на 113,6/1000 (за око 20%) и незнатно у односу на предходну, 2008. годину. Најчешћи разлог хоспитализације су представљале болести система крвотока, а стопа хоспитализације због болести везаних за васкуларни систем је имала тренд континуираног раста, са 15,1/1000 у 1998. години, на 19,0/1000 у 2009. години. На II месту у рангу су тумори који су показивали још бржи тренд раста, са 9,4/1000 у 1998, на 18,0/1000 у 2009.

години. Болести система за варење су, такође, порасле са 8,6/1000 на 10,4/1000, али се исти тренд десио и када су у питању узроци везани за трудноћу, рађање и бабиње; са 11,9/1000 на 15,4/1000 (графикон 58.).

Графикон 58.: Стопе хоспитализације од водећих болести у Београду, 1998. године и 2007-2009.

Стопа на 1000



Мушкарци (22,5/1000) су чешће него жене (15,9/1000) лечени од болести везаних за васкуларни систем, док су подједнако хоспитализовани ради тумора различите етиологије (око 18,0/1000). Болести система за варење су биле чешћи узрок хоспитализације мушкараца (12,7/1000) него жена (8,3/1000), док су болести мокраћно-полног система које су IV у рангу, биле чешће заступљене код жена (11,7/1000) него код мушкараца (6,7/1000).

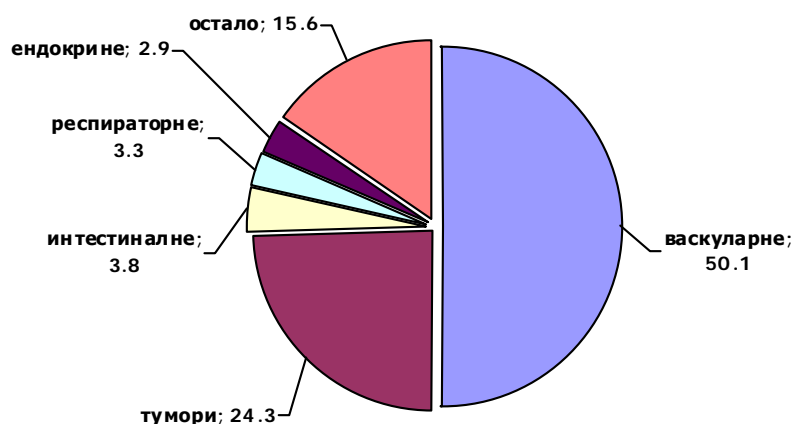
2.4.3. Општа смртност

Стопе опште смртности грађана Београда су релативно високе. У Београду годишње умире у просеку 20.500 становника свих добних група. У 2006. години је удео умрлих у Београду износио 19,2% од укупног броја умрлих становника Србије. Стопа смртности становништва Београда је исте године била значајно нижа (12,5/1000) од стопе смртности становништва Србије (13,9/1000). Општа стопа смртности грађана Београда постепено расте од 1998-2009. године, са 11,6/1000 на 13,1/1000.

Од 10 првих узрока смрти у рангу, болести система крвотока чине око 50%, а тумори различите етиологије готово 25% свих узрока смрти. Према дијагнозама

болести, на I и II месту су обољења срчаног мишића и инфаркт мозга; на III и IV месту су злоћудни тумори душника и плућа и акутни инфаркт миокарда, а на V и VI месту су болести везане за крвне судове мозга и смртност непознате етиологије (графикон 59.).

Графикон 59.: Водећи узроци смрти грађана Београда у 2009. години



Првих пет узрока смрти су исти за женску и мушку популацију, само је учесталост умирања од одређених болести различита, односно, редослед у рангу (табела 25.).

Табела 25.: Најчешће дијагнозе као узроци смрти грађана Београда разврстаних према полу, 2009.

Дијагнозе	Мушкарци		Жене	
	Стопа на 1000 становника	Ранг	Стопа на 1000 становника	Ранг
Обољења срчаног мишића	1,6	I	2,1	I
Злоћудни тумор душника и плућа	1,1	II		
Инфаркт мозга	1,1	III	1,0	II
Акутни инфаркт срца	1,0	IV	0,6	IV
Друга смрт-узрок не означен	0,8	V		
Друге болести крвних судова мозга			0,7	III
Злоћудни тумор дојке			0,5	V

Жене чешће умиру од болести васкуларне етиологије него мушкарци, док мушкарци чешће умиру од злоћудних тумора, посебно душника и плућа и инфаркта срца. У првих пет узрока смрти код жена заступљен је и злоћудни тумор дојке.

Водећи узроци смрти у популацији Европске уније и других земаља Европе³ указују на чињеницу да су васкуларне и малигне болести прве на ранг листи свих узрока смрти. Према последњим објављеним подацима Светске здравствене организације, односно стопама умирања од свих узрока на 100.000 становника европског региона, Србија се налази у прихватљивим оквирима када су у питању малигне болести. На жалост, далеко је изнад просечних вредности стопа умирања када су у питању болести циркулаторног система. Поредиће Србију са Хрватском као бившом Републиком СФРЈ и Великом Британијом као једном од најразвијенијих земаља Европе, стопе умирања од васкуларних болести су готово дупло веће у Србији (794,0/100000) него у Великој Британији (328,0/100000), а за 1/3 веће у односу на Хрватску (575,0/100000). Од земаља југо-источног региона, по вредностима овог показатеља Србија се приближила Румунији (742,0/100000), мада и даље са мање повољним показатељима (табела 26.).

Табела 26.: Упоредни подаци (стопе на 100.000) два водећа узрока смрти, Србија, Румунија, Хрватска, Велика Британија, 2006.

Групе болести	Србија	Румунија	Хрватска	Велика Британија
Васкуларне болести	794,0	742,3	575,0	327,6
Малигне неоплазме	274,1	209,6	284,9	255,4

Имајући у виду да је удео смртности у 2006. години од болести васкуларног система у укупној смртности у Београду нешто повољнији (53,3%) од смртности од истих узрока у Србији (57,3%), што не важи и за малигне неоплазме (Београд 23,8%; Србија 19,7%), може се претпоставити да реципроцитет постоји и када су у питању горе наведени подаци.

³http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm

ЗАКЉУЧАК

На основу података рутинске здравствене статистике, у Београду је у периоду од 1998–2009. године дошло до пораста разбољевања како деце и омладине, тако и одраслих грађана. У популацији младих доминирају повреде и малигне болести са ниским стопама инциденце и малим процентом укупне смртности. Око 2/3 укупног смртог исхода одојчади чине стања у порођајном периоду.

На основу података ванболничког морбидитета, код одраслих доминирају болести система крвотока које су порасле за 50% у назначеном периоду и тумори различите етиологије који су се готово утростручили. Порастао је и број оболелих од ендокриних болести, повреда и тровања, као и од душевних и нервних болести. Од појединачних дијагноза, расте број оболелих од артеријске хипертензије непознате етиологије, а акутне респираторне болести чине 2/3 ванболничког морбидитета.

Болести система крвотока учествују са преко 50% свих узрока смрти у Београду, а Србија је по броју умрлих од ових болести једна од водећих земаља европског региона. На другом месту су малигне болести које чине готово четвртину свих узрока смрти. Разлози оваквог здравственог стања грађана Београда леже у низу околности, пре свега, ризико фактора везаних за етиологију хроничних незаразних болести, али и других фактора везаних за прилике у друштву и економску стабилност земље у којој живимо.

Насупрот томе, имајући у виду добру приступачност и доступност здравствене службе у Београду, напори за очување и унапређење здравља становништва се одвијају у оптималним условима када је реч о институционалној здравственој заштити. Неки индикатори здравља, као што су смртност одојчади, перинатални морталитет, смртност деце испод 5 година живота, пад броја деце рођене пре термина и деце мале телесне масе, указују на одрживост система здравствене заштите у Београду и још увек добар здравствени потенцијал становништва. Охрабрује и податак да благи пораст стопа наталитета у последње две године, уз назнаку стагнације стопа умирања, доводе до повољнијих кретања природног прираштаја и биолошке обнове становништва Београда.

РЕЗИМЕ

(I) Здравствена служба

Здравствена делатност у Београду се обавља у 56 здравствених установа; 24 установе примарне здравствене заштите; 29 установа секундарног и терцијарног нивоа; 2 завода за јавно здравље и 1 апотекарској установи. Број запослених радника износи око 32.100 радника; 3/4 чине здравствени радници и сарадници; 1/4 административни и технички радници. ПЗЗ има следеће карактеристике:

- Примарну здравствену заштиту пружа 16 домова здравља и 8 завода намењених здравственој заштити одређених популационих група или лечењу од појединих болести. Мрежу домова здравља чини и око 265 здравствених станица и амбуланти.
- Основне службе примарне здравствене заштите: педијатрију, општу медицину, медицину рада и гинекологију, посети око 9.500.000 становника због лекарског прегледа и око 3.000.000 становника због других услуга. Просечан број посета лекару износи 5,5 (превентивни рад чини 12%).
- Примарну здравствену заштиту деце 0-6 година обезбеђује 1 тим на 540 деце (3 превентивна прегледа годишње); здравствену заштиту деце 7-19 година обезбеђује 1 тим на 1.400 деце (око 90% деце обухваћено систематским прегледима).
- Примарну здравствену заштиту одраслих лица обезбеђује 1 тим на 1.500 становника (око 5% чине превентивни прегледи); жене репродуктивног доба покрива 1 тим на 5.700 жена (саветовалишта посети око 18.000 трудница).
- Поливалентна патронажна сестра покрива 6.330 становника. Посетама су покривене труднице, породиље, мала деца, стари и лица оболела од хроничних болести (обухват здравих 93%; старих 10%; 5 посета новорођенчету).

(II) Животна средина и здравље

Будући да су индикатори животне средине снажан инструмент у комуникацији и управљању заштитом животне средине, на територији Београда је успостављен систематски мониторинг у циљу добијања података о концентрацијама загађујућих материја и унапређењу квалитета животне средине и здравља становника Београда:

- Специфичне загађујуће материје повремено прелазе граничне вредности као последица загађења ваздуха углавном од технолошких процеса. При мерењу дејства сумпордиоксида, азотових оксида и озона, измерене вредности GVI углавном не прелазе 10%, односно 36 дана годишње.
- Дobar квалитет анализа узорака воде за пиће из система београдског водовода указује на незнатна одступања; 1,6% физичко-хемијских и 5,9% бактериолошких одступања од норми предвиђених Правилником, док у погледу радиолошких особина одступања нису забележена.
- Упоредним приказом прегледаних узорака, односно систематском контролом површинских вода од 2005. до 2009. године, констатује се да је 2009. године вода Дунава била најгорег квалитета у микробиолошком погледу, док је вода Саве била најбоља у физичко-хемијском погледу.
- Контрола квалитета изворске воде са јавних чесми је показала да велики број јавних чесми нема хигијенски исправу воду за пиће; 22,2% је било физичко-хемијски, а 43,1% је било бактериолошки неисправно.
- Узорци за испитивање квалитета воде на купалиштима и подавалским акумулацијама углавном су у границама I и II класе бонитета. Испитивања воде језера на Ади Циганлији показују да је квалитет воде је у оквиру препорука СЗО.

(III) Виталне карактеристике

Београдска популација се увећава природном обновом становништва и миграторним кретањима. Ипак, последњих деценија XX века виталне карактеристике београдске популације су добиле карактеристике демографске регресије, а основне карактеристике су следеће:

- Просечна старост становника Београда је 40,4 година. Број младих становника Београда је недовољан да замени бројчано веома јак

контингент средовечне популације београђана који такође опада. Удео старијих од 65 година живота расте.

- У укупном женском становништву Београда је све мање учешће жена фертилног доба. Између два последња пописа, број жена фертилног доба је опао за 4,7%, као и стопа фертилитета. У 2009. години, стопа фертилитета се враћа на повољније вредности од 42/1000.
- Стопа смртности одојчади последњих деценија има тенденцију пада. У периоду од 1998-2009. године, ова стопа је опала за 10 промила и 2009. године износи 6,7/1000. Београд карактерише ниска стопа морталитета одојчади према критеријумима СЗО.
- Стопе перинаталног морталитета и морталитета су редуковане за готово половину у односу на 1998. годину, са тенденцијом даљег пада. У Београду се очекује достизање вредности дефинисаних Националним миленијумским циљевима развоја до 2015. године.
- Број деце рођене пре термина и деце мале телесне масе у Београду опада у односу на 1998. годину, али су вредности ових стопа 2009. године веће у односу на предходне две године. Према истраживањима, ова појава је чешћа у сиромашним срединама.
- Смртност деце испод 5 година живота показује благи тренд опадања у последњих десет година. У 2009. години ова стопа износи 2,1/1000, па се Београд, у погледу овог показатеља, приближава Националним миленијумским циљевима развоја до 2015. године.
- Стопа смртности становника у периоду 1998–2009. године је у благом порасту и у 2009. години износи 13,1/1000. Истовремено и наталитет има тенденцију пораста (за 13%), тако да природни прираштај, нарочито у последње две године, показује повољнија кретања. У 2009. години, стопа природног прираштаја износи минус 1,6.

(IV) Заразне болести

У току 2009. године, епидемиолошка ситуација у Београду не показује битна одступања у односу на раније године, изузев када је реч о новом соју вируса грипа А(Н1Н1) чија је појава у свету условила проглашење пандемије од стране СЗО:

- У периоду мај-септембар 2009. године регистрован је четвороструки пораст броја оболелих од грипа у односу на исти период претходне године. Инфекција новим сојем вируса грипа А(Н1Н1) је потврђена код укупно 30 особа.
- У сезони 2009/2010. године највећи број оболелих од грипа је пријављен у новембру и децембру 2009. године са два врха, у добној групи 10-19 година и 30-64 године, док је у 2008. години највећи број пријављених био у фебруару и марту.
- Вирусолошким испитивањем, инфекција новим сојем вируса грипа А(Н1Н1) је потврђена од октобра 2009. до марта 2010. године код 33,5% од укупног броја особа којима је узет материјал.
- Због обољења сличног грипу чешће су хоспитализовани млади; 60,4% је имало неку другу болест пре појаве обољења; механичку вентилацију је користило 20% пацијената; код 16% је нови грип потврђен и вирусолошки; код 95% болест је завршена излечењем; код око 3% смртним исходом.
- Превентивне мере продужења распуста и увођења превременог распуста су довеле до пада обољевања у школском узрасту, смањења циркулације вируса у популацији, као и спречавања наглог пораста хоспитализованих случајева.
- Обзиром да се у свим општинама Београда мора обезбедити обухват вакцинације и ревакцинације од преко 95%, констатује се да су у 2009. години евидентиране општине са обухватом испод 90%.
- У Београду и Србији је присутан ризик и од појаве епидемија морбила, рубеле и паротитиса. Епидемија морбила у суседној Бугарској указује да недовољан обухват вакцинисаних неминовно води ка појави епидемија.

(V) Здравље деце и омладине

У ову групацију спадају сва деца предшколског узраста и деца и омладина узраста 7–19 година. Ове две добне групе карактеришу различити узроци обољевања, болести и фактори ризика. Здравствено стање је следеће:

0–6 година

- Између два последња пописа, у Београду живи за трећину мање деце узраста 0–6 година, али је у периоду од 1998–2009. године ванболнички морбидитет порастао за око 20%.
- У оквиру ванболничког морбидитета доминирају болести система за дисање, заразне и паразитарне болести, болести ува и мастоидног наставка.
- Стопа хоспитализације се повећала за скоро 50%. У оквиру 5 најчешћих дијагноза, изузев препонске киле која је на III месту, налазе се превентабилне болести са релативно високим стопама хоспитализације.
- Стопа леталитета деце узраста 0–6 година се готово преполовила, али постоји благи тренд пораста првих пет узрока смрти повезаних са компликацијама у току порођаја мајке.
- Повређивање деце предшколског узраста има тренд пораста, а то важи и за болничко лечење услед повреда које се најчешће организује за спољашње и унутрашње повреда главе и преломе руку.
- У структури укупних узрока смрти одојчади, доминирају «стања у порођајном периоду» са уделом од око 73% од свих узрока смрти деце у првој години живота.

7-19 година

- Између два последња пописа, у Београду живи за 12% мање деце и омладине узраста 7-19 година, али је у периоду од 1998–2009. године ванболнички морбидитет порастао за око 12%.
- У оквиру ванболничког морбидитета доминирају акутни тонзилитис, инфекције респираторног тракта и вишеструке повреде.
- Стопа хоспитализације се повећала за око 23%. Поред хроничног тонзилитиса и акутног запаљења слепог црева, на III месту је спонтани порођај код једноплодне трудноће, али са благо опадајућим трендом у односу на 1998. годину.
- Стопа леталитета се смањила за половину. Доминантан узрок смрти су повреде и малигне неоплазме, али са релативно ниским стопама леталитета.
- Повреде су чест узрок ванболничког морбидитета са порастом стопе повређивања у 2009. години за око 40%. Болничко лечење се најчешће

- организује за вишеструке повреде, преломе дугих костију и опекотине, чешће код дечака него код девојчица.
- Новонастале малигне болести деце и омладине показују тренд пораста али са учешћем од 0,5% у укупном броју свих новооболелих. Најчешће болести су Хоџкинова болест, малигна неоплазма мозга и лимфоидна леукемија.
 - На основу истраживања здравља становника Србије 2006. године, деца и омладина Београда су изложена бројним ризико факторима, али само око 40% њих правилно идентификује факторе ризика из свог окружења.

(VI) Здравље одраслих лица

Ова групација становништва је подељена на популациону групу 20–59 година живота у коју спада и радно-активно становништво, лица старија од 60 година и жене генеративног доба старости 15–49 година. Свака од наведених групација има одређена обележја везана за здравствено стање:

20 – 59 година

- Између два последња пописа, у Београду живи за 1% више одраслих лица старости 20–59 година, али је у периоду од 1998–2009. године ванболнички морбидитет порастао за око 40%.
- Значајно су порасле стопе ванболнички лечених лица од тумора које су се готово утростручиле, као и душевних поремећаја, нервних болести и повреда и тровања. Болести система крвотока су порасле за 50%, а ендокрине болести за готово 2/3.
- Радно активно становништво у 2009. години користи ванболничку здравствену заштиту мање за 50%, а душевни поремећаји заузимају IV место у рангу са стопом од око 30/1000 запослених.
- На основу истраживања здравственог стања становништва Републике Србије 2006. године, 1/3 одраслих грађана Београда има артеријску хипертензију, а 1/4 реуматска обољења зглобова. Хиперлипидемија и алергијске реакције представљају значајан фактор ризика.
- Стопа хоспитализације средовечних грађана је порасла за око 13%. Прве три дијагнозе су везане за популацију жена генеративног доба. У овој добној групацији, стопа хоспитализације жена је двоструко већа од стопе хоспитализације мушкараца.

- Стопа леталитета је опала за око 15%. Мушкарци најчешће умиру од злоћудних тумора душника и плућа, а жене од карцинома дојке. Болести узроковане алкохолом код мушкараца сврстане су у VI групу леталитета од свих узрока смрти. Ове стопе показују тренд пораста.
- Ишемијске болести срца, мозга и болести узроковане повишеним крвним притиском представљају најчешћи разлог болничког лечења у оквиру болести система крвотока; стопа хоспитализације код мушкараца је за око 30% већа него код жена.
- Стопе хоспитализације због повреда стагнирају са вредностима од око 4,5/1000 и троструко су веће код мушкараца него код жена. Доминирају преломи дугих костију, повреде унутар лобање и вишеструке повреде.
- Стопа инциденце малигних болести код средовечних грађана се удвостручила. Умирање од ових болести је у порасту и оне чине готово трећину свих узрока смрти у 2009. години.
- Укупна смртност становништва старости 20–59 година показује опадајући тренд, а доминантни узроци смрти су карциноми душника, плућа и дојке, акутни инфаркт и застој срца.

60 и више година

- Између два последња пописа, у Београду живи за 5% више лица старијих од 60 година, а стопа хоспитализације старих лица је од 1998. године порасла за око 27%.
- Удео старих у укупном броју лечених у 2009. години износи око 39%. Најчешћи узроци хоспитализације старих лица су инфаркт мозга и срца, стезање у грудима, карцином простате и прелом бутне кости.
- Мушкарци више него жене користе болничку здравствену заштиту. Стопа хоспитализације код мушкараца је за око трећину већа него код жена. Карцином простате је водећи узрок болничког лечења код мушкараца, а инфаркт мозга код жена.
- Стопа леталитета старих лица је порасла за око 12%. Првих пет узрока смрти у болницама су услед болести циркулаторног система. Мушкарци чешће од жена умиру у болницама, али су водећи узроци смрти исти код оба пола.
- Од болести система крвотока, облици срчане болести означени као „остали“ чине 45,2% узрока смрти. На II месту су цереброваскуларне

болести са уделом од 31,8%, док су на III месту исхемијске болести срца са уделом од 13,2%.

- Болничко лечење због повреда старих лица је све чешће. Жене се више повређују него мушкарци, а најчешћи преломи се односе на бутњачу, потколеницу и скочни зглоб.
- Старији од 65 година чине у просеку 45% свих оболелих од малигнух неоплазми. Стопа инциденце од малигнух болести се удвостручила и у овој добној групи је 4-5 пута већа него код млађих лица.
- Мушкарци старији од 60 година чешће умиру него жене исте старосне доби. Кардиомиопатија је чешћи разлог умирања жена, а малигни тумори бронхија и плућа и акутни инфаркт срца су чешћи разлог умирања мушкараца.

Жене старије од 15 година

- Између два последња пописа у Београду живи за око 4,5% мање жена старијих од 15 година, а стопа ванболничког морбидитета је опала за око 3%.
- Најчешће болести евидентирани у ванболничким здравственим установама су болести мокраћно-полног система, заразне и паразитарне болести, тумори и стања везана за трудноћу, рађање и бабиње.
- Опао је број првих посета гинекологу због дијагностике и лечења, као и саветовалиштима за планирање породице за око 7%, док је број првих посета саветовалиштима за труднице порастао за око 8%.
- Највећи број хоспитализованих жена припада добној групи 15-49 година. Стопа хоспитализације жена генеративне доби је порасла за око 30%, а најчешћи разлог хоспитализације је спонтани порођај код једноплodne трудноће и порођај царским резом.
- Стопе спонтаног порођаја имају тенденцију пада за преко 20%, као и удео медицинских прекида трудноће у укупном броју прекида (за 16%) и прекиди трудноће на 100 живорођене деце који су се готово преполовили.
- Стопе леталитета жена старијих од 15 година су, уз мање или веће осцилације, у последње две године задржале вредности од око 50/1000 жена, док је умирање жена генеративне доби у болницама готово у пола мање.

- Стопа морталитета жена старијих од 15 година се повећала за око 12%, док стопа морталитета жена генеративе доби има тренд благог пада са најчешћим узроцима смрти везаним за туморе и болести система крвотока.

(VII) Укупно становништво Београда

У Београду се оствари преко 3.200.000 првих прегледа само у оквиру примарне здравствене заштите. Према попису из 2002. године, овај број прегледа оствари 1.576.124 потенцијалних корисника, грађана Београда. На основу анализе коришћења свих нивоа здравствене заштите, може се констатовати следеће:

- Коришћење услуга примарне здравствене заштите је порасло за око 6%. Од респираторних болести болује више од 2/3 становника Београда.
- Од болести система крвотока болује готово 1/3 становника Београда. У групи са двоструким трендом пораста су и тумори, симптоми, знаци и патолошка стања, урођене аномалије и хромозомске аберације.
- Болничко лечење је порасло за око 20%. Мушкарци чешће користе болничко лечење због циркулаторних болести, а оба пола подједнако због тумора различите етиологије.
- У Београду годишње умире у просеку 18.500 становника свих добних група, што је око 20% од укупног броја умрлих лица у Србији. Од обољења срчаног мишића чешће умиру жене, а мушкарци од злоћудних тумора душника и плућа.
- Болести система крвотока чине преко 50% свих узрока смрти у Београду, а Србија је по броју умрлих од ових болести једна од водећих земаља европског региона. У Београду је проценат умрлих од циркулаторних болести нешто мањи у поређењу са Србијом.
- Малигне неоплазме чине готово 1/4 свих узрока смрти у Београду, а Србија се по броју умрлих од ових болести креће у границама просечних вредности земаља европског региона, посебно југо-источног дела. У Београду је проценат умрлих од малигних болести нешто већи у поређењу са Србијом.