ОБЕЗБЕЂЕНОСТ ЛЕКАРСКИМ КАДРОМ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ ОД 2000. ДО 2014. ГОДИНЕ

Зденка Јанковић¹, Анђелија Нешковић²

SUPPLY WITH DOCTOR PERSONNEL IN SERBIA, 2000 TO 2014

Zdenka Janković, Anđelija Nešković

Сажетак

Да би здравствени систем адекватно функционисао потребно је обезбедити довољан број здравствених професионалаца, њихову равномерну географску расподелу, као и правовремено и адекватно обнављање радне снаге.

Циљ рада је да се сагледа обезбеђеност лекарским кадром у Србији, укупно и по окрузима, као и у односу на друге државе. Анализирани су промене броја лекара у периоду 2000–2014. година, промене структуре лекарског кадра у односу на пол, старост, специјалност и оптерећеност.

Метод рада: Извршена је ретроспективна анализа података о лекарском кадру у државним здравственим установама у Републици Србији из Плана мреже за период 2000–2014. година. Као извор података коришћени су статистички годишњаци Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ и подаци из пописа становништва.

Резултати: Укупан број запослених у здравственим установама у Србији у посматраном периоду је смањен са 114.129 на 109.237 (за 4,3%). Број лекара је повећан са 19.698 на 20.645 (за 4,8%). Број доктора медицине је повећан за 13,4%, број лекара специјалиста за 5,9%, док је број лекара на специјализацији смањен за 10,2%. На једног доктора медицине долази око 5 лекара специјалиста. Око 2/3 запослених лекара су жене. Постоји неравномерна географска обезбеђеност лекарског кадра. Најбољу обезбеђеност имају: Нишавски, Београдски и Шумадијски округ где су универзитетски

Summary

In order to have a properly functioning health system, it is necessary to ensure a sufficient number of health workers, their uniform geographic distribution, as well as timely and adequate renewal of the workforce.

The aim is to examine the medical staff supply in Serbia, in total and by districts, as well as in relation to other countries. We analyzed the trends of change in the number of doctors in the last 15 years, the structure of the medical staff in relation to gender, age and specialty, as well as workload.

Methods: Information was obtained through retrospective analysis of medical personnel in public health institutions in Serbia from the Plan network for the period from 2000 to 2015. As a source of data, the statistical yearbooks of the Institute for Public Health „Dr Milan Jovanović-Batut“ were used, together with data from the Census of Population.

Results: The total number of employees in health institutions in Serbia in the last 15 years has been reduced from 114,129 to 109,237 (4.3%). The number of doctors has increased from 19,698 to 20,645 (4.8%). Number of generalist practitioners has increased by 13.4%, the number of specialists by 5.9%, while the number of residents decreased by 10.2%. At a single generalist practitioner comes about 5 medical specialists. About 2/3 of employed doctors are female. There is uneven geographical supply with medical personnel. The best supply have: Nišavski district, Belgrade district and Šumadija district where are university centers. Excluding university centers, a huge range can be seen between the districts

¹ Прим. др сц. мед. Зденка Јанковић, специјалиста социјалне медицине, Београд.

² Мр сц. мед. др Анђелија Нешковић, специјалиста социјалне медицине, Градски завод за јавно здравље, Београд.

центри. Уколико се искључе универзитетски центри, уочава се велики распон између округа (Сремски округ са само 188 лекара / 100.000 становника, а Зајечарски са 337 лекара / 100.000 становника). У 2014. години у Србији је било 307 лекара / 100.000 становника, што је испод просека за државе европског региона, као и за државе чланице OECD и чланице Европске уније.

Закључак: И поред централизованог планирања кадра, у државним здравственим установама у Србији и даље постоје велике географске разлике у обезбеђености лекарским кадром.

Кључне речи: здравствени професионалци/радници, лекари, обезбеђеност лекарским кадром.

(Srem district with only 188 doctors/100,000 inhabitants, whereas Zaječarski district has 337 doctors/100,000 inhabitants). In 2014, in Serbia there were 307 doctors/100,000 inhabitants, which is below the average for the countries of the European region, as well as OECD members and EU Member States.

Conclusion: Despite the centralized planning of staff in Public health institutions in Serbia, there are still large geographical differences in the provision of the medical staff.

Key words: health care professionals/workers, supply of medical staff, physician density.

УВОД

„Људски ресурси су најважнији у здравственом систему. Перформансе система здравствене заштите базирају се на знању, вештинама и мотивацији одговорних лица за пружене здравствене услуге.“⁽¹⁾

Свет ће се до 2035. године суочити са недостатком од око 12,9 милиона здравствених професионалаца/радника, што може имати озбиљне последице на здравље милијарди људи у свим регионима и на свим континентима. Кључни узроци оваког стања су старење и пензионисање здравствених радника, и све мања заинтересованост младих људи за рад у здравственом систему због дугог и скупог школовања, напорног и стресног посла, често неадекватне зараде... Миграције доводе до недостатка одређеног профила здравствених професионалаца у многим државама и онемогућавају адекватно планирање потребног кадра. Неке земље су током транзиције и светске економске кризе, биле приморане да смањују број здравствених радника, јер се за хумане ресурсе троши највише средстава из здравственог буџета.⁽²⁾

С друге стране, продужен људски век је праћен повећаном учесталошћу хроничних незаразних обољења (малигних обољења, кардиоваскуларних болести, можданог инфаркта, дијабетеса и др.), што захтева већи број здравствених професионалаца.⁽²⁾

Сматра се да ће школовање и запошљавање довољног броја здравствених радника који су адекватно географски дистрибуирани, бити од кључног значаја за постизање одрживог развоја циљева и решавања растућих изазова у области здравственог система.⁽³⁾

У Републици Србији је централизовано планирање броја запослених и њихове дистрибуције по државним здравственим установама (здравствене установе на буџету), односно према нивоима здравствене заштите и географским регионима. Кадровска политика је рестриктивна са циљем смањења броја запослених, а спроводи се ограничавањем запошљавања у јавном сектору.^(4, 5)

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је анализа обезбеђености лекарским кадром у Републици Србији, укупно и по окрузима, као и у односу на друге државе. Анализиране су промене броја лекара у периоду од 2000. до 2014. године, као и промене структуре лекарског кадра у односу на пол, старост, специјалност и оптерећеност.

МЕТОД РАДА

Извршена је ретроспективна анализа података о лекарском кадру у државним здравственим установама у Републици Србији из Уредбе о плану мреже здравствених установа за период од 2000. до 2014. године.⁽⁶⁾ У анализу нису укључени подаци о лекарима у здравственим установама са подручја Косова и Метохије, као ни лекари који раде у војним установама, затворским установама, лекари у приватном сектору и установама социјалне заштите.

Као извор података коришћени су здравствено-статистички годишњаци Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (ИЗЈЗ) за наведене године.⁽⁷⁾ Подаци о броју становника коришћени су из пописа становништва, домаћинстава и станова у Републици Србији из 2002. године, Републичког завода за статистику за године: 2000, 2001, 2002, 2003. и 2004, а попис становника из 2011. коришћен је и за 2011. и 2012.^(8,9) За остале године коришћене су процене броја становника Републичког завода за статистику Републике Србије.⁽⁹⁾

За статистичку обраду података коришћена је проста дистрибуција и метода линеарног тренда.

РЕЗУЛТАТИ

Укупан број запослених у државним здравственим установама у Србији у периоду 2000–2014. година је смањен за 4.892 или 4,3%. Међутим, број запослених показује знатне осцилације у наведеном периоду. Тако је, од 2000. до 2004. године, број запослених имао тенденцију повећања, да би у 2005. и 2006. години био значајно смањен. Ово смањење проузроковано је рестриктивном кадровском политиком Владе Републике Србије од средине 2005. године са циљем рационализације броја запослених у јавном сектору, кроз стварање економских услова за профитабилно пословање и раст продуктивности.⁽¹⁰⁾ У државним здравственим установама број запослених је у 2006. години смањен за око 11.500 у односу на 2004. годину.

Већ у 2007. и 2008. години региструје се значајно повећање броја запослених. Међутим, светска економска криза је утицала да држава поново спроведе мере за рационализацију броја запослених у јавном сектору, тако да број запослених у државним здравственим установама константно опада од 2009. године. У децембру 2013. године донета је забрана запошљавања у јавном сектору⁽⁴⁾, због чега је дошло до значајног смањења броја запослених у 2014. години (Графикон 1).

Графикон 1. Укупан број запослених у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014.

У истом периоду број лекара у државним здравственим установама је повећан за 947 или 4,8% (Графикон 2).

Графикон 2. Број лекара у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014.

У укупном броју запослених у 2014. у државним здравственим установама у Србији лекари чине око 19%. Због повећања броја лекара, а смањења укупног броја

запослених у државним здравственим установама, учешће лекара се у посматраном периоду повећало са око 17% на око 19% (Графикон 3).

Графикон 3. Удео лекара у укупном броју запослених у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014. (%).

Број доктора медицине (искључени су лекари на специјализацији и лекари специјалисти) је у посматраном периоду по-

већан за 381 или 13,4% (Графикон 4). Тренд показује пораст запошљавања доктора медицине ($y=42,371x+2.806,8$).

Графикон 4. Број доктора медицине у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014.

Број лекара у државним здравственим установама којима је одобрена специјализација из неке од грана медицине у 2014. години је мањи у односу на 2000. годину за 265 или 10,2% (Графикон 5).

Ако се посматра период од 2003. до 2014. године, знатно мање лекара је добијало специјализацију у односу на време од 2000. до 2002. године, због чега је и негативан тренд ($y=-0,15x+2.156,4$).

Графикон 5. Број лекара на специјализацији у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014.

У 2000. години лекара специјалиста било је 14.262, а у 2014. години 15.093, што је за 831 (5,9%) лекара више (Графикон 6).

Графикон 6. Број лекара специјалиста у државним здравственим установама у Србији, 2000–2014.

Када се посматра структура лекара, уочава се да доминирају лекари специјалисти, који чине око 3/4 свих лекара. У 2000. години лекари специјалисти су били заступљени са 72,4%, доктори медицине са 14,4%, а доктори на специјализацији са 13,2% (Графикон 7). На 1 доктора медицине било је 5,0 специјалиста.

У 2014. години дистрибуција лекара је незнатно другачија: нешто је више лекара специјалиста (73,1%), доктора медицине (15,6%), а мање је лекара на специјализацији (Графикон 7). Однос је 1 доктор медицине на 4,7 специјалиста.

Графикон 7. Дистрибуција доктора медицине, лекара на специјализацији и специјалиста у државним здравственим установама у Србији (%).

У Србији су у докторе медицине приказани искључиво лекари без специјализације. Уколико би се у овај број укључили и лекари специјалисти опште медицине, којих је у 2014. години било 1.721, онда би учешће доктора медицине и лекара специјалиста опште медицине порасло са 15,6% на 23,9%. На једног доктора медицине и специјалисту опште медицине било би 2,7 лекара специјалиста осталих специјалности.

На обезбеђење здравствене заштите утиче не само број лекара, већ и њихова структура према полу и старости. У рутинској здравственој статистици коју публикује ИЗЈЗ „Др Милан Јовановић Батут“, подаци о старосној структури лекара у Србији постоје закључно са 2004. годином, када је од укупног броја лекара, њих 2.976 или 15% било старије од 55 година. У наредним годинама (од 2005) због изостављања овог веома значајног податка, није било могуће анализирати промене старосне структуре лекара.

У Србији доминирају жене лекари: у 2000. години било је запослено 60,1% док-

торки, док се у 2014. години тај број повећао на 64,8% (Графикон 8).

Графикон 8. Дистрибуција лекара према полу у државним здравственим установама у Србији за 2000. и 2014. годину (%).

Уколико се посматра обезбеђеност лекарским кадром у односу на број становника, према последњим доступним подацима Светске здравствене организације за 2014. годину, уочава се да Србија има 307

лекара на 100.000 становника (Графикон 9). Просек за државе Европе 322 лекара, а за земље чланице Европске уније 350 лекара / 100.000 становника.⁽¹¹⁾

Графикон 9. Обезбеђеност лекарским кадром у изабраним државама (број лекара на 100.000 становника), 2014. година.

Приликом поређења држава, мора се имати у виду да постоје различити начини извештавања који могу утицати на добијене резултате. Већина земаља извештава о броју лекара који пружају здравствену заштиту непосредно пацијентима. Србија, попут Грчке, Холандије, Турске и Македоније, извештава о броју лекара који су професионално активни, а то укључује лекаре који пружају здравствену заштиту непосредно пацијентима, али и лекаре који раде на управљачким позицијама, у јавном здрављу, медицинским истраживањима и сл. Процењује се да је на тај начин укупан број лекара већи за 5–10% у односу на државе које извештавају само лекаре који пружају здравствену заштиту непосредно пацијентима.⁽¹²⁾

Неке државе, попут Португала региструју све лекаре са лиценцом, а који можда и не обављају здравствену делатност (попут

незапослених или пензионисаних лекара који имају лиценцу), због чега имају већу обезбеђеност лекарским кадрам.

У Србији постоје значајне разлике по окрузима у обезбеђености лекарским кадрам. Најбољу обезбеђеност имају окрузи у којима су универзитетски центри: Нишавски са 398 лекара / 100.000 становника, Београдски са 359 лекара / 100.000 становника и Шумадијски 344 лекара / 100.000 становника. Међу окрузима који се истичу већом обезбеђеношћу лекарима су Зајечарски са 337 лекара / 100.000 становника и Борски са 325 лекара / 100.000 становника. Најмања обезбеђеност је у Сремском округу са само 188 лекара / 100.000 становника, а затим следе Севернобачки и Западнобачки округ са 217 лекара / 100.000 становника и Мачвански и Расински округ са 221 лекаром / 100.000 становника (Графикон 10).

Графикон 10. Обезбеђеност лекарима у Србији по окрузима у државним здравственим установама, 2014. година (број лекара / 100.000 становника).

Повећање укупног броја лекара у Србији није подједнако заступљено у свим регионима. У периоду 2000–2014. број лекара је смањен у 8 округа, а у 17 округа је повећан. Највеће повећање броја лекара је у Севернобанатском округу (за 221 лекара или за 1,7%), затим у Сремском, Шумадијском и Јужнобачком округу. Највеће смањење

броја лекара је у Нишавском округу (за 138 лекара или за -7,1%), а затим у Зајечарском и Средњебанатском округу. И поред овог смањења, Нишавски и Зајечарски округ су остали са највећим бројем лекара по становнику. Сремски округ је остао са најмањим бројем лекара по становнику (Табела 1).

Табела 1. Дистрибуција укупног броја лекара по регионима у државним здравственим установама, 2000. и 2014.

ОКРУГ	ЛЕКАРИ		Разлика 2014. и 2000.
	2000.	2014.	
Република Србија	19.698	20.645	+947
Београдски	5984	6006	+22
Мачвански	572	642	+70
Колубарски	361	410	+49
Подунавски	395	447	+52
Браничевски	407	439	+32
Шумадијски	853	995	+142
Поморавски	567	610	+43
Борски	392	390	-2
Зајечарски	449	387	-62
Златиборски	625	715	+90
Моравички	480	475	-5
Рашки	667	754	+87
Расински	485	519	+34
Нишавски	1610	1472	-138
Топлички	245	240	-5
Пиротски	254	253	-1
Јабланички	569	568	-1
Пчињски	482	556	+74
Севернобачки	408	398	-10
Средњебанатски	454	410	-44
Севернобанатски	119	340	+221
Јужнобанатски	630	718	+88
Западнобачки	430	395	-35
Јужнобачки	1825	1929	+104
Сремски	435	577	+142

Оптерећеност лекара, исказана бројем становника на једног лекара, има опадајући тренд у посматраном периоду ($y = -41252x + 397,49$), односно смањено је са 381

на 345 становника по лекару. Ово смањење је проузроковано повећањем броја лекара, али и смањењем укупног броја становника у посматраном периоду (Графикон 11).

Графикон 11. Просечан број становника на једног лекара у Србији, 2000–2014.

Напомена: У збир лекара ушли су: лекари без специјализације (др медицине), лекари на специјализацији и специјалисти. Као број становника узиман је број из пописа 2002. за 2000, 2001, 2002, 2003, 2004. и попис становника за 2011. и 2012. годину, а за остале године узете су процене ИЗЈЗ „Др Милан Јовановић Батут“ (7).

ДИСКУСИЈА

Здравствени професионалци су основна детерминанта система здравствене заштите, и то у свим областима (промоције, превенције и лечења). Истовремено, људски ресурси представљају највећи и најскупљи инпут здравственог система, као и ресурс који је најтеже развити. У многим државама се више од две трећине укупног буџета у здравственом систему одваја за плате здравствених радника.⁽²⁾

Постоје докази о вези између улагања у хумане ресурсе у здравственом систему и шире могућности друштвено-економског напретка, нарочито у најсиромашнијим земљама света, где развој хуманих ресурса доприноси продуктивности, економском расту, социјалној правди, смањењу сиромаштва због болести...⁽¹³⁾ Стратегија хуманих ресурса Светске здравствене организације успоставља везу између улагања у здравствене раднике и

побољшања здравствене неге, социјалне заштите, отварања нових радних места и економског раста.⁽¹⁴⁾

Недовољан број лекара доводи до немогућности да се задовоље здравствене потребе корисника, стварања дугих листи чекања, развијања неједнакости у здрављу, као и незадовољства корисника. Такође, недовољан број лекара проузрокује преоптерећеност и последично незадовољство запослених лекара.⁽¹⁵⁾ Велики број лекара у здравственом систему повећава трошкове и утиче на веће коришћење здравствене заштите на свим нивоима (повећањем захтева за здравственом заштитом које индукују лекари).⁽¹⁶⁾

Због тога, многе развијене земље имају неки облик централизованог планирања лекарског кадра, кроз уписну политику на медицинске факултете или кроз пројекције потребног броја лекара. Планира се обично укупан број лекара, док се мање пажње посвећује дистрибуцији лекара

према специјалностима или географским регионима, што доводи до неједнаке обезбеђености. За планирање је неопходна процена захтева (здравствених потреба), демографска предвиђања, расположива финансијска средства, процена смањења броја лекара због пензионисања, смрти, миграција,...⁽¹⁷⁾ Планирање лекарског кадра, у односу на друге здравствене раднике, сматра се најсложенијим, због дужине школовања лекара, као и због бројности специјализација.⁽¹⁸⁾ Резултати су показали да државе које имају националну здравствену службу и развијену примарну заштиту придају већи значај планирању здравственог кадра.⁽¹⁹⁾

У Србији од 2006. године постоје национални нормативи за одређивање максималног броја запослених у државним здравственим установама свих нивоа здравствене заштите. Планирање броја лекара, као и њихова дистрибуција по здравственим установама, односно према нивоу здравствене заштите и географском региону, централизовано је. Министарство здравља доноси кадровске планове за здравствене установе утврђујући број и структуру запослених према школској спреми на основу којих Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) обезбеђује финансијска средства за плате запослених.

У периоду од 2000. до 2014. године број лекара у државним здравственим установама у Србији из Плана мреже је повећан за 4,8%. Број доктора медицине је повећан за 13,4%, број лекара специјалиста за 5,9%, док је број лекара на специјализацији смањен за 10,2%. Интересантно је да се у овом периоду интензивно развијао и приватни сектор. Према подацима Асоцијације приватних здравствених установа и приватних пракси Србије из 2016. године, приватни сектор обухвата: 1.020 лекарских ординација, око 2.000 апотека, 2.500 стоматолошких ординација, 155 поликлиника, 200 лабораторија, 18 домова здравља, 12 општих болница, 76 специјалних болница и 5 завода за радиолошку дијагностику. Број лекара стално

запослених једино у приватном сектору је 4.223. Може се закључити да развој приватног сектора здравствене заштите није утицао на растући тренд броја лекара у државном сектору.

Подаци из других земаља показују да и у развијеним и неразвијеним државама постоји тенденција повећања броја лекара. Анализе OECD-а показују да је од 2000. године број лекара повећан у скоро свим државама.⁽¹²⁾ Повећање је нарочито изражено у државама које су имале лошију обезбеђеност лекарским кадром, попут Турске, Кореје и Мексика. Пораст се бележи и у државама са добром обезбеђеношћу, попут Грчке и Аустрије.

У Србији у државним здравственим установама доминирају лекари специјалисти, који чине око 3/4 свих лекара. Равнотежа између доктора медицине и специјалиста променила се у последњих неколико деценија у корист брзог повећања броја лекара специјалиста, како у Србији, тако и у другим државама. Овај пораст специјалиста је посебно изражен у Централној и Источној Европи и у Грчкој.⁽¹¹⁾ Лекари опште медицине/праксе имају мање плате, често дуже радно време, посао је мање атрактиван и признат, већа је одговорност у доношењу клиничких одлука (нема тимског рада), систем школовања лекара је више усмерен на болничку, а мање на примарну здравствену заштиту, системи здравствене заштите су усмерени на куративну и специјализовану заштиту, што је утицало на промену односа лекара специјалиста и доктора медицине.⁽²⁰⁾ У многим земљама, светска економска криза 2008/09. године утицала је на примања доктора, што је довело до миграције и промене односа доктора медицине и лекара специјалиста. Неке државе, попут Француске, Канаде и Аустралије су успеле да одрже уједначен однос између лекара специјалиста и доктора медицине током ових година.⁽¹²⁾

У 2013. години око 30% укупног броја лекара у државама OECD су били лекари

опште праксе (General Practitioner), а на једног лекара опште медицине/праксе било је нешто више од два лекара специјалиста. Према дефиницији OECD, лекари опште праксе су сви лекари који обезбеђују континуирану и свеобухватну здравствену заштиту појединцима, породици и заједници, а њихов рад није ограничен на одређене категорије болести или методе лечења. У ову групу спадају лекари опште праксе, породични лекари, као и лекари специјалисти опште медицине (у неким државама и специјалисти интерне медицине који раде као изабрани лекари).⁽¹²⁾

У Србији на једног доктора медицине долази скоро 5 специјалиста (у докторе медицине урачунати су искључиво лекари без специјализације). Уколико би се у овај број укључили и лекари специјалисти опште медицине, онда би учешће доктора медицине и лекара специјалиста опште медицине порасло са 15,6% на 23,9%. На једног доктора медицине и специјалисту опште медицине било би 2,7 лекара специјалиста, нешто више од просечне вредности за државе чланице OECD.⁽¹²⁾

На обезбеђење здравствене заштите утиче не само број лекара, већ и њихова структура према полу и старости. Просек за све земље чланице OECD-а показује да је у 2000. години 1/5 свих лекара била старија од 55 година, док је у 2013. години сваки трећи лекар старији од 55 година. Док је у Великој Британији и Кореји око 15% лекара старије од 55 година, у Италији и Израелу је скоро сваки други лекар старији од 55 година.⁽¹²⁾ У рутинској здравственој статистици коју публикује Институт за јавно здравље Србије, подаци о старосној структури лекара у Србији постоје закључно са 2004. годином, када је од укупног броја лекара, њих 15% било старије од 55 година. За анализирање и планирање лекарског кадра, потребно је у рутинску статистику укључити и податке о старосној структури лекара.

У државном здравственом систему у Србији доминирају жене лекари (близу

65% од свих лекара). У Европској Унији ситуација је обрнута: у 2000. години су више били заступљени мушкарци (59,9%), док се у 2013. години та разлика знатно смањила: мушкарци су заступљени са 52,1%, а жене са 47,9% (11). У земљама OECD-а жене лекари су биле заступљене у 1990. години са свега 29% (просек за све државе), након једне деценије са 38%, а 2013. године већ са 45%, а у десет земаља најмање је 1/2 жена доктора од свих доктора. У Јапану и Кореји, сваки пети лекар је жена.⁽¹²⁾

Обезбеђеност лекарским кадром у Србији (307 лекара на 100.000 становника) је мања од просека за европски регион (322/100.000), као и од просека за земље чланице Европске уније (350/100.000). Приликом међународних поређења треба бити опрезан због различитих методологија евидентирања и извештавања.

У Србији постоје значајне разлике по окрузима када је у питању обезбеђеност лекарским кадром. Најбољу обезбеђеност имају окрузи у којима су универзитетски центри: Нишавски, Београдски и Шумадијски. То је и очекивано с обзиром на то да се у њима обезбеђује и здравствена заштита терцијарног нивоа за становништво гравитирајућих округа. Уколико се искључе универзитетски центри, уочава се велики распон између округа (Сремски округ са само 188 лекара/100.000 становника, а Зајечарски са 337 лекара/100.000 становника).

И у многим државама света примећена је неравномерна географска распоређеност доктора, посебно се специјалисти највише групишу у великим градовима где су и велике здравствене установе.⁽¹²⁾

СЗО дала је следеће препоруке како да се превазиђе постојеће стање, али и пројектовани недостатак здравствених радника у свету:

1. Владе држава треба да подрже дугорочни развој људских ресурса у здравственом систему.

2. Потребно је прикупити поуздане податке за базу кадрова.
3. Здравствене услуге на примарном нивоу здравствене заштите треба да буду максимално приступачне и прихватљиве уз максимизирање улоге здравствених радника на том нивоу.
4. Задржавати здравствене професионалце у земљама где су најизраженији њихови дефицити и применити њихову бољу географску дистрибуцију.
5. Обезбедити механизме права и одговорности здравствених радника уз доношење и имплементацију здравствених политика, националних стратегија и планова.⁽²⁾

ЗАКЉУЧАК

Да би здравствени систем функционисао потребно је обезбедити довољан број

здравствених радника, али и њихову равномерну географску распоређеност, као и правовремено и адекватно обнављање радне снаге. И поред централизованог планирања кадра у државним здравственим установама у Србији постоје велике географске разлике у обезбеђености лекарским кадром.

Обезбеђеност лекарима је мања у односу на просек земаља Европске уније или земаља чланица OECD. Није дефинисан „жељени“ ниво лекарске обезбеђености, као ни однос лекара са и без специјализације на националном, као и на регионалним нивоима. Зато је неопходно обезбедити системско планирање развоја људских ресурса, посебно имајући у виду резултате економетријске анализе спроведене у Србији⁽²¹⁾, који показују да повећање броја здравствених радника доприноси порасту укупних трошкова за здравствену заштиту у већој мери од повећања броја становника или повећања коришћења болничке заштите.

ЛИТЕРАТУРА

1. The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance; Geneva, World Health Organization, 2000.; www.who.int/publications/en/
2. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization: A Universal Truth: No health Without a Workforce; Third Global Forum on Human Resources for Health Report; Brazil, 2013.; www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/
3. Ban Ki-moon, United Nations Secretary-General: Secretary-General Appoints Commission on Health Employment and Economic Growth; www.un.org/press/en/2016/sga1639.doc.htm
4. Закон о изменама и допунама Закона о буџетском систему; Сл. гласник РС 108/13
5. Уредба о поступку за прибављање сагласности за ново запошљавање

и додатно радно ангажовање код корисника јавних средстава; Сл. гласник РС 113/13

6. Уредба о плану мреже здравствених установа; Сл. гласник РС 42/06, 119/07, 84/08, 85/09, 24/10, 6/12, 37/12, 8/14
7. Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, Београд; Здравствено-статистички годишњак 2000–2014.; www.batut.org.rs
8. Републички завод за статистику, Република Србија: Саопштење – Коначни резултати пописа 2002.; бр. 295, год. LII, 24.12.2002.; www.mtt.org.rs/Srbijapopis2002.pdf
9. Републички завод за статистику, Република Србија: Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији, Становништво; Београд, 2012.; webzrs.stat.gov.rs
10. Одлука Владе Републике Србије о утврђивању Програма за решавање

вишка запослених у процесу рационализације, реструктурирања и припреме за приватизацију; *Сл. гласник РС* 64/05

11. World Health Organization-Regional Office for all Europe: European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe, July 2016; <http://data.euro.who.int/hfadbf/>

12. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

13. Scheil-Adlung X, Behrendt T, Wong L.: *Health sector employment: a tracer indicator for universal health coverage in national Social Protection Floors*; *BioMed Central- Human Resources for Health*, 2015; p 13:66

<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0056-9>

14. WHO - Health workforce: Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030; *Accessed 9 June 2016.*; <http://who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en>

15. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Voorde Van de C, Vrijens F, Leonard C: Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges; 2008; Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);

http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027309.pdf

16. Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S: Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball?; *BioMed Central-Human Resources for Health*;

Feb 2009; www.human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-10

17. Bloor K, Maynard A, Hall J, Ulmann Ph, Farhauer O, Lindgren B: Planning human resources in health care: Towards an economic approach – An international comparative review; March 2003., Toronto: Canadian Health Services Research Foundation; www.fcass-cfhi.ca

18. Gamzu R, Kaidar N, Afek A, Horev T: Physician density planning in a public healthcare system: Complexities, threats and opportunities – The case of the Israeli healthcare system; *Health Policy*; Aug 2016; 120 (8):920–927; [www.healthpolicyjrnal.com/article/S0168-8510\(16\)30174-9/abstract](http://www.healthpolicyjrnal.com/article/S0168-8510(16)30174-9/abstract)

19. Batenburg Ronald: Health workforce planning in Europe: Creating learning country clusters; *Health Policy*; Oct 2015; 119 (12):1537–1544

www.researchgate.net/publication/283280974_Health_workforce_planning_in_Europe_Creating_learning_country_clusters

20. Stordeur S, Leonard Ch: Challenges in physician supply planning: the case of Belgium; *BioMed Central-Human Resources for Health*; Dec 2010; p 8:28; www.human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-8-28

21. Santric-Milicevic M., Vasic V., Terzic-Supic Z.: Do healthcare workforce, population, and service provision significantly contribute to the total health expenditure? An econometric analysis of Serbia; *БиоМед централ – Human Resources for Health*, Ауг 2016; p 14:50

Контакт: Прим. др сци. мед. Зденка Јанковић, адреса: Народних хероја 41-б/спрат XXV, стан 100, 11070 Нови Београд, tel: 063 865 24 27 ili 011/613 91 96, e-mail: zdenkaj@gmail.com