



IZVEŠTAJ ZA ZEMLJU
Srbija
Maj 2022. godine

Sadržaj

Rezime	3
I.Pregled zdravstvenog sistema zemlje	4
A. Demografski kontekst	4
B. Društveni kontekst	5
C. Politički kontekst	7
D. Ekonomski kontekst	10
E. Tehnološki kontekst	12
F. Kontekst životne sredine	13
zdravstveni sistem	16
II.Mapiranje medicinskih pustinja	31
A. Metodologija (opis kompletne metodologije istraživanja koja je primenjena na nivou zemlje)	31
Kriterijumi uzorkovanja za studije slučaja	37
Sadržaj za studije slučaja	37
Protokol za izbor zainteresovanih strana	38
B. Analiza medija zasnovana na najnovijim medijskim izveštajima o medicinskim situacijama u oblastima studije slučaja - glavni nalazi po zemlji i izabranom okrugu (okruzima)	46
C. Rezultati: Studija slučaja medicinske pustinje (dubinsko istraživanje medicinske pustinje na lokalnom nivou)	47
III.Kontekst okruga	48
Najmanji broj lekara (hirurga) na 100.000 stanovnika (odnosno manje od 30 lekara (hirurga/100.000) je identifikovan u Vojvodini - NUTS3 Severnobački Srednjobanatski Sremski i Mačvanski okrug (Slika 7.9))	57
A. Nalazi kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja	60
B. Zaključak i implikacije politike	64
C. Preporuke za politiku	65
Prilog 1. Podaci prikupljeni za izračunavanje MDDT indikatora	67
Prilog 2: Protokol intervjuja za prikupljanje percepcija i iskustava u vezi sa medicinskim pustinjama od relevantnih zainteresovanih strana	73
Prilog 3. Upitnik na srpskom jeziku	76
Prilog 4. Metodologija analize medija i spisak članaka koji su razmatrani	90

Rezime

Projekat Akcija za zdravlje i jednakost: rešavanje problema medicinskih pustinja – ili AHEAD – je sufinansirani projekat HaDEA zdravstvenog programa Evropske unije koji ima za cilj smanjenje zdravstvenih nejednakosti rešavanjem izazova medicinskih pustinja i medicinske dezertifikacije u Evropi. Sa vizijom da doprinese postizanju boljeg pristupa zdravstvenim uslugama posebno u nedovoljno pokrivenim područjima i ravnopravnijem pristupu dovoljnim kvalifikovanim i motivisanim zdravstvenim radnicima rukovodilac projekta WEMOS (Holandija) sa partnerima iz Italije Moldavije Holandije, Rumunije i Srbije je postavio cilj izgradnje znanja koje podstiče (digitalne) inovacije u pružanju zdravstvenih usluga, uz primenu participativnog pristupa uključivanja direktno zainteresovanih strana u kreiranje politike javnog zdravlja. Jedan od ishoda projekta AHEAD je interaktivni alat za mapiranje koji vizualizuje po zemlju važne indikatore koji se odnose na različite aspekte dezertifikacije – Dijagnostički alat za medicinske pustinje (Medical Deserts Diagnostic Tool - MDDT). Da bi vodio razvoj prototipa MDDT konzorcijum se složio oko privremene radne definicije „medicinskih pustinja“ na osnovu nalaza iz našeg pregleda literature. „Radna definicija medicinskih pustinja je sledeća: *„Medicinske pustinje podrazumevaju nemogućnost datog stanovništva (i/ili grupe stanovništva) da pristupi zdravstvenim uslugama ili stanje izolacije kada je u pitanju dobijanje zdravstvenih usluga na osnovu tri kategorije kvantitativnih i kvalitativnih barijera („dimenzija“) koje su međusobno povezane i zavisne jedna od druge u različitim stepenima i modalitetima.“*¹

Ovaj izveštaj za zemlju je napisan da ilustruje ključne nalaze iz istraživačkih aktivnosti preduzetih u cilju istraživanja validnosti razvijene radne definicije medicinskih pustinja i istraživanja potencijala za primenu MDDT u Srbiji. MDDT će biti u potpunosti razvijen do kraja projekta na osnovu AHEAD nalaza istraživanja. Ovaj izveštaj kombinuje nalaze kabinetske i terenske analize. Iz urađenog pregleda literature predlaže se gore pomenuta radna definicija medicinskih pustinja,, a nakon analize MDDT indikatora kreirane su mape koje su zatim validirane u radu na terenu korišćenjem anketa i dubinskih intervjuva sa zainteresovanim stranama. Osim toga nalazi kabinetskih istraživanja o aktuelnom kontekstu zemlje predstavljeni su pregledom dostupnih indikatora demografskih društvenih ekonomskih i tehnoloških karakteristika i karakteristika zdravstvenog sistema Srbije za poslednjih pet godina. U zaključku uobličena su potencijalna rešenja i preporuke za razmatranje u narednoj fazi projektne aktivnosti AHEAD korišćenjem participativnog mehanizma kreiranja zdravstvene politike.

Nalazi glavnog izveštaja za zemlju uključuju to da zainteresovane strane imaju nisku svest o značenju „medicinske dezertifikacije“. Kako neadekvatna dostupnost tako i fizička i vremenska dostupnost zdravstvene zaštite smatraju se najrelevantnijom

¹ Više detalja o projektu AHEAD može se preuzeti sa veb strane projekta <http://ahead.health>

dimenzijom medicinskih pustinja dok se gustina naseljenosti ne smatra za isključivu odgovornost zdravstvenog sektora, dakle smatra se manje promenljivim faktorom uz primenu uticaja i alata koji su dostupni zainteresovanim stranama u zdravstvenom sektoru. Preporuke za MDDT metodologiju uključuju dalje izračunavanje MDDT indeksa i njegovu primenu za validaciju identifikovanih medicinskih pustinja kao i za uključivanje indikatora dostupnosti stacionarne nege. Glavna rešenja koja su naveli ispitanici odnose se na nastavak ulaganja u zdravstveni sektor (resursi i kapital), u zapošljavanje radne snage u zdravstvu i podsticaje za rad u udaljenim područjima (medicinske pustinje), uspostavljanje mobilnih timova zdravstvenih profesionalaca i profesionalnih negovatelja (zdravstveni radnici i negovatelji), kao i mobilnih ambulanti i mobilnih apoteka, obučavanje radne snage vezana za ustanove i dobrovoljaca kao podrške kontinuitetu zdravstvene zaštite i nege i ulaganje u veću upotrebu digitalnih rešenja za konsultacije sa kolegama zdravstvenim radnicima.

I. Pregled zdravstvenog sistema zemlje

A. Demografski kontekst

Republika Srbija pripada regiji Zapadnog Balkana² i najveća je država među zemljama sa kojima se upoređuje, sa oko 75% teritorije u jugoistočnoj Evropi i Panonskoj niziji,, a oko 25% u srednjoj Evropi³. Srbija je prema popisu stanovništva 2011. godine imala 7,519 miliona stanovnika⁴. Zavod za statistiku Republike Srbije (RZS) je procenio da u 2021. godini ima 6.945.235 stanovnika (Tabela 1)⁵, od čega je 48,7% muškaraca i 64,4% stanovništva u produktivnoj dobi od 15-64 godine.

² Evropska komisija – Zapadni Balkan. https://ec.europa.eu/info/research-i-innovation/strategi/strategi-2020-2024/europe-world/international-cooperation/vestern-balkans_en

³ Bjegovic-Mikanovic V Vasic M Vukovic D Jankovic J Jovic-Vranes, a Santric-Milicevic M Terzic-Supic Z Hernández-Quevedo C. Serbia: Pregled zdravstvenog sistema. Zdravstveni sistemi u tranziciji 2019; 21(3):i-211.

⁴ Republički zavod za statistiku nije raspolagao određenim podacima za AP Kosovo i Metohija od 1999. godine tako da oni nisu obuhvaćeni podacima za Republiku Srbiju (ukupno).

⁵ Republički zavod za statistiku. Statistički kalendar Republike Srbije za 2022 godinu. Beograd: RZS 2022. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2022/Pdf/G202217015.pdf> pristupljeno 3.3.2022.

Tabela 1. Broj stanovnika i prirodni priraštaj u Republici Srbiji za poslednju dostupnu godinu i promene u poslednjih 5 godina

	2021	2020	2019	2018	2017
Procene ukupnog broja stanovnika sredinom godine <i>n</i> (hiljade)	6.927	6.899	6.982	7.020	7.058
Prirodni priraštaj <i>n</i> (%)		-55.158 (-8,0)	-37.059 (-5,3)	-37.680 (-5,4)	-38.828 (-5,5)

Izvor: Zavod za statistiku Republike Srbije. Statistički kalendar Republike Srbije za 2022. Beograd: RZS 2022. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2022/Pdf/G202217015.pdf> kojem je pristupljeno 3.3.2022.

Broj stanovnika se kontinuirano smanjuje od 1989. godine, a godišnji priraštaj stanovništva je negativan u poslednjih pet godina (Tabela 1). Stanovništvo Srbije pripada starim populacijama jer se prosečna starost stanovnika procenjuje na 43,4 godine (Srbija-sever uključujući NUTS2 - Nomenklaturu teritorijalnih jedinica za statistiku 2 za region Beograd i NUTS2 za Region Vojvodina: 42,8 i Srbija-jug uključujući NUTS2 za region Šumadija i Zapadna Srbija NUTS2 za region Južna i Istočna Srbija i NUTS2 za region Kosovo i Metohije: 44,1) i odnos starosne zavisnosti (tj. odnos starog (60 i više) i mladog (0-19 godina) stanovništva) je 144,7 (Srbija-sever: 136,3 i Srbija -jug: 153,8).⁶

Prema poslednjem popisu (2011.) prosečna gustina naseljenosti iznosila je 92,6 stanovnika na jedan kvadratni kilometar, sa prosečno 2,9 članova po domaćinstvu (ukupno 2,49 miliona domaćinstava). Gustina naseljenosti pokazuje koncentraciju stanovništva, raspored stanovništva i stepen korišćenja prostora. Opšta/prosečna gustina naseljenosti pokazuje koliko stanovnika živi na 1km² teritorije. U zavisnosti od tipa naselja postoje razlike u gustini naseljenosti. U Srbiji su najgušće naseljena područja velikih gradova, posebno Beograda. U Beogradu živi skoro petina stanovništva Srbije. Gustina naseljenosti u svim regionima se smanjuje pri čemu je smanjenje najizraženije na jugu Srbije (NUTS2 za region Južne i Istočne Srbije).

B. Društveni kontekst

Podaci RZS pokazuju da je etnički Republika Srbija multinacionalna zajednica u kojoj su najbrojniji Srbi (83,3%) Mađari (najviše u NUTS 2 region Vojvodine), Romi (NUTS2 region Južna i Istočna Srbija) i Bošnjaci (uglavnom u NUTS 2 region Šumadija i Zapadna Srbija). Romi su raznolika i raštrkana grupa stanovništva i druga po veličini manjina u Srbiji. Prema domaćim i međunarodnim izvorima oko 300.000-460.000

⁶ Republički zavod za statistiku. Statistički kalendar Republike Srbije za 2022 godinu. Beograd: RZS 2022. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2022/Pdf/G202217015.pdf> pristupljeno 3/3/2022.

Roma u Srbiji je visoko koncentrisano u urbanim sredinama Beograda, Niša, Vojvodine i Južne Srbije⁷.

Prema podacima Svetske banke, 2015. godine primećeno je da Romi imaju probleme sa pristupom osnovnim uslugama kao što su zdravstvena zaštita i socijalna pomoć, izazvano diskriminacijom i nedostatkom jezičkih veština, što je pogoršano time što mnogi Romi nemaju lična dokumenta. Iako procena zdravstvenog statusa romske populacije u Srbiji ima nedostatke, istraživanja su pokazala da dok je obuhvat rutinskom imunizacijom u Srbiji 97 odsto, obuhvat među Romima prema proceni Instituta za javno zdravlje Beograda, je tek 20-30 odsto. UNICEF⁸ je prijavio skoro dva puta veću stopu smrtnosti romske odojčadi i dece mlađe od pet godina od prosečne stope mortaliteta u Srbiji. U 2016. godini usvojena je Strategija socijalnog uključivanja Roma za period od 2016. do 2025. godine,⁹ a dalja podrška Romima u Srbiji materijalizovana je prvenstveno kroz partnerstvo sa Zajedničkim programom Evropske unije/Saveta Evrope ROMACTED „Promovisanje dobrog upravljanja i osnaživanje Roma na lokalnom nivou“ 2021. - 2024.¹⁰ Potpisan je Memorandum o razumevanju od strane Saveta Evrope, Ministarstva za ljudska i manjinska prava i socijalni dijalog i predstavnika opština iz 14 partnerskih gradova/opština u Srbiji. On će poslužiti za konsolidaciju i proširenje napora na poboljšanju integracije romske populacije u lokalne zajednice kroz pojačano učešće u kreiranju lokalne politike i sprovođenju lokalnih akcija.

Prema popisu iz 2011. godine, u Srbiji je manje od 2% stanovništva starosti 10 i više godina bilo nepismeno (82,1% su bile žene, a 70,5% je bilo u starosnoj grupi 65 i više godina). Samo polovina stanovništva starijeg od 15 godina (48,9%) imala je završenu srednju školu,, a jedan od šest stanovnika imao je visoko obrazovanje od kojih većina živi u NUTS2 regionu Beograd (28,5%),, a najmanje u NUTS2 regionu Južna i Istočna Srbija (19,3%). Uglavnom muškarci imaju završenu srednju školu, ali žene su većina u populaciji koja je završila tercijarno obrazovanje.

U Srbiji osobe sa invaliditetom čine 8% ukupnog broja stanovnika (58,2% žene i 41,8% muškarci). Njihova prosečna starost je oko 67 godina, a 71% njih pripada starosnoj grupi od 65 i više godina. Najviše ih je u NUTS2 regionu Južne i Istočne Srbije (9,4%) dok je najmanji procenat osoba sa invaliditetom u regionu Beograd (5,9%).

⁷ Svetski direktorijum manjina i autohtonih naroda

⁸ Klastersko istraživanje višestrukih indikatora o položaju žena i dece u Srbiji/Istraživanje višestrukih indikatora o položaju žena i dece u romskim naseljima u Srbiji MICS (1996 2000 2005 2010 i 2014) Konačni rezultati Beograd i Srbija: Republički zavod za statistiku i UNICEF 2014 <http://vebrzs.stat.gov.rs/VebSite/userFiles/file/MICS/MICS%20GLAVNI%20NALAZI%20srp.pdf>

⁹ Strategija socijalnog uključivanja Roma za period od 2016. do 2025. godine <https://vvv.rcc.int/romaintegration2020/files/admin/docs/25271eee1fb46a73d48630d6d4d63bec.pdf>

¹⁰ ROMACTED <https://pjp-eu.coe.int/en/web/roma-local-governance/>

Prema podacima Transparency International,¹¹ od 2012. godine indeks percepcije korupcije (CPI) u Srbiji oscilirao je između 39 (gde je 0 veoma korumpirano, a 100 veoma čisto) u 2012. godini i 42 na vrhuncu 2013. i 2016. godine. U CPI za 2019. godinu, Srbija je dve godine zaredom zadržala rezultat od 39. Ovi podaci se nisu značajno promenili u poslednjih 10 godina i mogli bi ukazivati na stagnaciju u pogledu napretka u smanjenju korupcije. U zdravstvenom sektoru Ministarstvo zdravlja je proglasilo „nultu toleranciju na korupciju“. S tim u vezi važeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti ima član koji **(FALI TEKST)**

C. Politički kontekst

Prema podacima Transparency International¹² indikator političke transformacije za Srbiju odnosno „Bertelsmanov indeks transformacije“ (BTI) koji meri konsolidaciju demokratije na skali od 10 poena (gde je 10 najviši, a 1 najniži rezultat) definiše Srbiju kao „defektnu demokratiju“ pošto je opao sa 8,05 u 2012. na 6,95 u 2020. godini. Ovo je verovatno jedan od prioriteta za novu vladu koja će biti izabrana sredinom 2022. godine.

Evropski savet je još pre jedne decenije potvrdio Srbiju kao zemlju kandidata. Od početka pristupnih pregovora u januaru 2014. godine¹³ otvoreno je 12 od 35 poglavlja, a dva su privremeno zatvorena (poglavljja 25 – Nauka i istraživanje i 26 – Obrazovanje i kultura). Međutim pregovaračka poglavlja 2, 19 i 28 još uvek nisu otvorena. Reč je o Poglavlju 1. Sloboda kretanja radnika i zapošljavanje i socijalna politika, Poglavlju 2. Socijalna politika i zapošljavanje i poglavlju 3. Zaštita potrošača i zdravlja.

Prema Izveštaju Evropske komisije za 2018. godinu za Srbiju¹⁴, pregovaračka pozicija za Poglavlje 2 je usvojena i prosleđena Savetu EU u julu 2018. godine, a tok pregovora utiče na dalje normativno i institucionalno usklađivanje sa pravnim tekovinama Evropske unije.

Što se tiče pregovaračkog Poglavlja 19 – Socijalna politika i zapošljavanje, Srbija je delimično spremna za članstvo u EU, uglavnom u oblasti zdravlja i bezbednosti na radu kao i u funkcionisanju socijalnog dijaloga, iako još uvek nije transponovala Direktivu o upućivanju radnika (Posting of Workers Directive - PWD).

¹¹ U4 Anti-Corruption Helpdesk Srbija: Pregled korupcije i promena u borbi protiv korupcije u poslednjih 10 godina <https://www.u4.no/publications/serbia-overview-of-corruption-i-anti-corruption-changes-in-the-last-10-years.pdf> pristupljeno 3-3-2022

¹² U4 Anti-Corruption Helpdesk Srbija: Pregled korupcije i promena u borbi protiv korupcije u poslednjih 10 godina <https://www.u4.no/publications/serbia-overview-of-corruption-i-anti-corruption-changes-in-the-last-10-years.pdf> pristupljeno 3-3-2022

¹³ EEPOW Izveštaj za zemlju – Srbija 12 Ovaj materijal je dobio finansijsku podršku Programa Evropske unije za zapošljavanje i socijalne inovacije „EaSI“ (2014-2020). Za dalje informacije konsultujte: <http://ec.europa.eu/social/easi>

<https://www.etf.europa.eu/sites/default/files/document/Countri%20Fiche%202020%20Serbia%20Education%20Training%20and%20Employment%20Developments.pdf> https://vvv.minrzs.gov.rs/sites/default/files/2019-05/EEPOV_Countri%20report%20Serbia.pdf

¹⁴ <https://europa.rs/wp-content/uploads/2021/10/Serbia-Report-2021.pdf>

Nacionalni regulatorni okvir je složen (Uokvireni tekst 1) jer se sastoji od brojnih dokumenata koji zahtevaju sveobuhvatan nacionalni master plan razvoja zdravstvene zaštite i strategiju razvoja radne snage u zdravstvu za sistematizovanu implementaciju brojnih predviđenih radnji, mera i napora koji se odnose na pravičnost u zdravstvu i pristup zdravstvenim uslugama. Međutim u Srbiji nedostaju i sadašnji master plan razvoja zdravstvene zaštite i strategija razvoja radne snage u zdravstvu.

Politika i regulatorni okvir prvenstveno uključuju zakone i podzakonske akte koji regulišu organizaciju zdravstvene zaštite finansiranje i obezbeđenje pokrivenosti u Republici Srbiji kao što je prikazano u Uokvirenom tekstu 1:

UOKVIRENI TEKST 1. Odabrani zakoni podzakonska akta i propisi koji su trenutno na snazi u zdravstvu Srbije

- Ustav Republike Srbije. Službeni glasnik RS 98/2006.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni glasnik RS 25/2019.
- Zakon o zdravstvenom osiguranju. Službeni glasnik RS 25/2019.
- Zakon o komorama zdravstvenih radnika. Službeni glasnik RS 107/2005 99/2010 i 70/2017.
- Zakon o smanjenju rizika od katastrofa i upravljanju u vanrednim situacijama. Službeni glasnik RS 87/2018.
- Zakon o zdravstvenim kartonima i izveštavanju u oblasti zdravstva. Službeni glasnik RS 123/2014 106/2015 105/2017 i 25/2019.
- Zakon o visokom obrazovanju. Službeni glasnik RS 88/2017 73/2018 27/2018 67/2019 i 6/2020.
- Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima. Službeni glasnik RS 30/2010,107/2012,113/2017 i 107/2017.
- Zakon o zaštiti od izloženosti pasivnom pušenju. Službeni glasnik RS 30/2010.
- Zakon o zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama. Službeni glasnik RS 45/2013.
- Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. Službeni glasnik RS 15/2016.
- Zakon o pravima pacijenata. Službeni glasnik RS 45/2013 i 25/2019.
- Zakon o planskom sistemu Republike Srbije. Službeni glasnik RS 30/2018.
- Zakon o zaštiti prava nacionalnih manjina. Službeni glasnik RS 72/2009 97/2013 i 47/2018.
- Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu. Službeni glasnik RS 101/2005,91/2015 i 113/2017.
- Zakon o teritorijalnoj organizaciji Republike Srbije. Službeni glasnik RS 129/2007 18/2016 i 47/2018.
- Zakon o javnom zdravlju. Službeni glasnik RS 15/2016.
- Odluka o najvišim cenama lekova za upotrebu u humanoj medicini čiji je režim izdavanja na recept. Službeni glasnik RS 69/2019.
- Odluka o planu razvoja zdravstvene zaštite u Republici Srbiji. Službeni glasnik RS 88/2010.
- Uredba o korektivnom koeficijentu najvišem procentualnom uvećanju osnovne plate kriterijumima i merilima za deo plate koji se ostvaruje po osnovu radnog učinka kao i

načinu obračuna plate zaposlenih u zdravstvenim ustanovama. Službeni glasnik RS 100/2011 63/2012 101/2012 46/2013.

- Uredba o planiranju i vrsti roba i usluga za koje se sprovode centralizovane javne nabavke. Službeni glasnik RS 34/2019 i 64/2019.
- Uredba o Planu mreže zdravstvenih ustanova. Službeni glasnik RS 5/2020.
- Pravilnik o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Službeni glasnik RS 108/2008 i 49/2009.
- Pravilnik o Šifarniku radnih mesta. Službeni glasnik RS 12/2016.
- Pravilnik o nacionalnom programu preventivne stomatološke zdravstvene zaštite. Službeni glasnik RS 22/2009.
- Pravilnik o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena dece i adolescenata. Službeni glasnik RS 28/2009.
- Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. Službeni glasnik RS 43/2006 112/2009 50/2010 79/2011 10/2012 22/2013 i 16/2018.
- Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite. Službeni glasnik RS 49/2010.
- Pravilnik o imunizaciji i načinu zaštite lekovima. Službeni glasnik RS 88/2017 11/2018 i 14/2018.
- Pravilnik o normativima i standardima rada i cenama zdravstvenih usluga za prevenciju pregleda i lečenja bolesti usta i zuba koje se obezbeđuju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Službeni glasnik RS 12/2012 1/2019 i 15/2019.
- Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2017. godinu. Službeni glasnik RS 8/2017.
- Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Službeni glasnik RS 106/2013.
- Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata. Službeni glasnik RS 15/2009.
- Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja. Službeni glasnik RS 55/2005 ispravka 71/2005.
- Strategija za palijativno zbrinjavanje. Službeni glasnik RS, 55/2005 71/2005 101/2007 65/2008.
- Strategija bezbednosti i zdravlja na radu u Republici Srbiji. Službeni glasnik RS 100/2013.

Iako su 2019. godine Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ustanovljene liste čekanja za specifične medicinske zahvate i skupe intervencije, one nisu ocenjivane u smislu da li doprinose ravnomernoj raspodeli pružanja zdravstvene zaštite odnosno koliko se racionalno koriste vredni resursi za sve građane pod jednakim uslovima. Liste čekanja su javno dostupne na sajtu Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO).

Od 2005. godine državno zakonodavstvo je dozvolilo rad privatnim zdravstvenim službama, ali obim usluga koje pruža privatni sektor je i dalje mali i retko prelazi 5% usluga koje pruža javni sektor jer su objekti mnogo manji i uglavnom se nalaze u urbanim sredinama, a i iz finansijskih razloga. Postoji više hiljada privatnih zdravstvenih radnika koji uglavnom rade na bazi naknade za uslugu. Kako su usluge

privatnih zdravstvenih radnika uglavnom pokrivene privatnim isplatama iz džepa korisnika, grupe sa niskim primanjima, stanovnici koji daleko stanuju i druga socijalno-ekonomski ugrožena lica su u nepovoljnom položaju za pristup njihovim uslugama, ili su ako treba da koriste njihove zdravstvene usluge u finansijskom riziku od siromaštva. Dobar primer za to je hitan medicinski prevoz starijih osoba (npr. u slučaju moždanog udara ili pada kod kuće, na ulici, itd.) koji je bio veoma tražen u talasima pandemije COVID-19 i kada je javni hitni medicinski prevoz bio nedostupan duže vreme (na primer vreme čekanja je bilo nekoliko sati) i često su ga dopunjavala ambulantna kola privatne prakse uz direktno plaćanje.

D. Ekonomski kontekst

Manje od polovine stanovništva Srbije starijeg od 15 godina je ekonomski aktivno (41,3%), više muškarci (57,2%) nego žene (42,8%) i pretežno u NUTS 2 regionu Beograda (41,6%), a najmanje u NUTS 2 regionu Južna i Istočna Srbija (34,0%). Stopa zaposlenosti iznosi 37,4% i viša je kod muškaraca (44,9%) nego kod žena 30,5%. Stopa nezaposlenosti odnosno udeo nezaposlenih lica u ukupnom ekonomski aktivnom stanovništvu iznosi 22,4% i nešto je viši kod žena (23,6%) nego kod muškaraca (21,6%). Najniža stopa nezaposlenosti zabeležena je u NUTS 2 regionu Beograd (17,9%), a najviša u NUTS 2 regionu Jugoistočna Srbija (27,3%).

Međutim podaci RZS ukazuju da u ukupnom stanovništvu starijem od 15 godina 51,8% (42,8% muškaraca i 60,1% žena) nije ekonomski aktivo, pri čemu je najniža stopa nezaposlenosti zabeležena u NUTS2 regionu Beograd (49,4%), odnosno najviša u NUTS 2 regionu Južna i Istočna Srbija (53,3%).

Bruto domaći proizvod (BDP) je pokazatelj ekonomskih aktivnosti na nivou cele zemlje i predstavlja rezultat proizvodnih aktivnosti rezidentnih institucionalnih jedinica i jednak je zbiru dodatnih vrednosti koje se obračunavaju za sve institucionalne sektore. Za Srbiju je BDP u poslednjih pet godina u blagom porastu što se ogleda u ukupnom BDP u tekućim cenama realnoj stopi rasta BDP i BDP po glavi stanovnika (Tabela 2). Prema preliminarnim podacima u 2021. godini BDP po tekućim cenama iznosio je 6.268.714 miliona dinara. Realni rast BDP u 2021. godini u odnosu na prethodnu godinu je bio 7,4%.

Economic Trading¹⁵ je na osnovu podataka RZS procenilo godišnji rast BDP Srbije na 4,4% u prvom kvartalu 2022. godine nakon rasta od 7% u prethodna tri meseca. Shodno tome ovaj usporeni rast mogao bi biti efekat 7,1% veće potrošnje domaćinstava, 2,5% rasta državnih rashoda i 1% povećanja bruto investicija u fiksni kapital tokom slabljenja pandemije COVID-19.

¹⁵ <https://tradingeconomics.com/serbia/gdp-growth-annual>

Tabela 2. Osnovni ekonomski podaci Republika Srbija 2017.-2021. godina

	2021	2020	2019	2018	2017
Ukupan BDP (milioni nacionalna valuta RSD)	6.268.714	5.5022.16	5.417.724	5.072.932	4.760.686
Realna stopa rasta BDP: promena obima BDP u odnosu na prethodnu godinu (%)	7,4	-0,9	4,2	4,5	2,1
BDP po glavi stanovnika EUR¹⁶	7.697	6.783	6.619	6.143	5.590

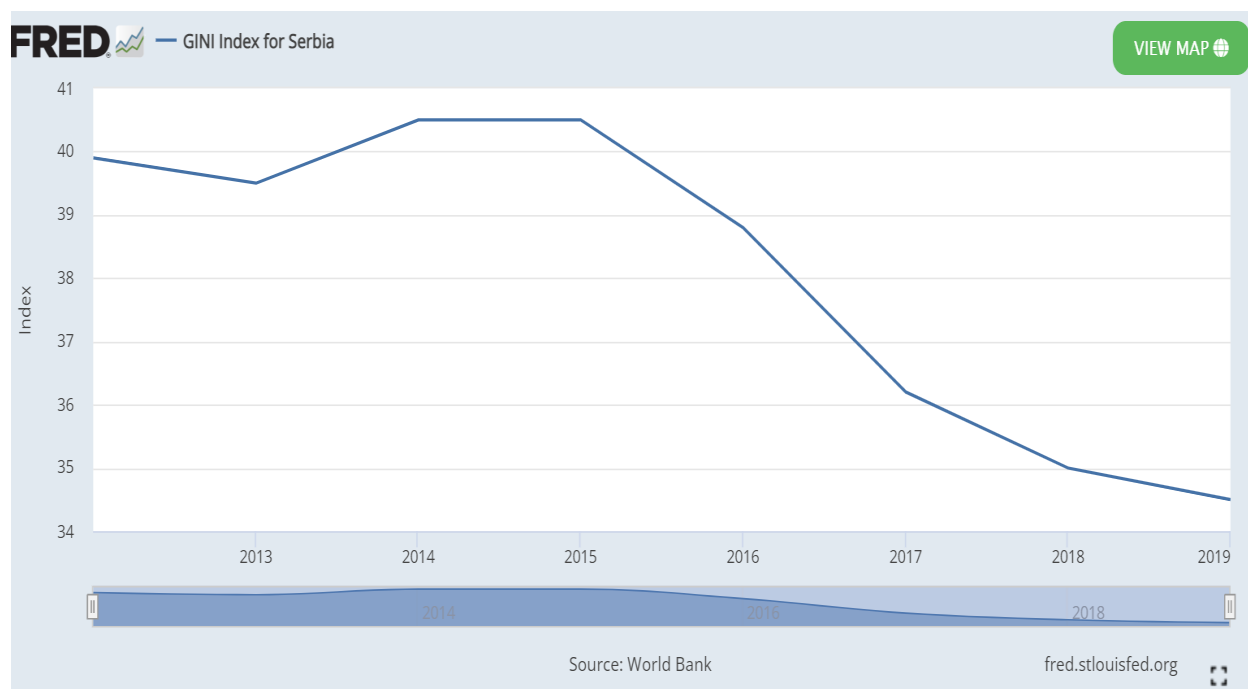
U grupisanju po prihodu Svetske banke Republika Srbija je privreda sa višim srednjim dohotkom, a BDP po glavi stanovnika je 2021. godine iznosio 7.697 evra (Tabela 2). Srpska privreda se uglavnom zasniva na uslugama koje čine 51% BDP pri čemu industrija učestvuje sa 25,9%, a poljoprivreda sa 6,2%.

Stopa rizika od siromaštva u 2018. godini iznosila je 24,3%. Za Srbiju Gini koeficijent¹⁷ je opadao od 2015. godine. U aprilu 2022. Svetska banka je poslednji put ažurirala procene prema kojima je Gini koeficijent varirao od 40,5 u 2015. do 34,5 u 2019. (Slika 1). Najveći pad izračunat je u periodu od 2016. (38,8) do 2017. godine (36,2) dok je u naredne dve godine pad bio spor. Ipak Gini koeficijent u Srbiji je veći nego u Holandiji (29,2) i Moldaviji (26), ali je bio sličan Rumuniji (34,8).

¹⁶ Preračunavanje BDP-a u USD i EUR je zasnovano na prosečnom godišnjem kursu Narodne banke Srbije, a obračun BDP po glavi stanovnika se zasniva na procenjenoj ukupnoj populaciji sredinom godine.

¹⁷ Prema Svjetskoj banci „Gini indeks meri u kojoj mjeri distribucija prihoda ili rashoda za potrošnju među pojedincima ili domaćinstvima unutar jedne ekonomije odstupa od savršeno jednake distribucije. Lorencova kriva prikazuje kumulativne procenat ukupnog prihoda primljenog u odnosu na kumulativni broj primalaca počevši od najsiromašnijeg pojedinca ili domaćinstva. Gini indeks meri površinu između Lorencove krive i hipotetičke linije apsolutne jednakosti izražene kao procenat maksimalne površine ispod linije. Tako Gini indeks od 0 predstavlja savršenu jednakost dok indeks od 100 implicira savršenu nejednakost. Podaci su zasnovani na podacima primarnog istraživanja domaćinstava dobijenim od vladinih statističkih agencija i odeljenja Svetske banke u zemljama. Za više informacija o metodologiji pogledajte PovcalNet (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>).”.

Slika 1. Skor Gini koeficijenta Srbija (promene tokom poslednjih 5 godina)



Izvor: Svetska banka GINI indeks za Srbiju [SIPOVGINISRB] preuzeto sa FRED Banka federalnih rezervi Sent Luisa; <https://fred.stlouisfed.org/series/SIPOVGINISRB> 4. jun 2022. godine

E. Tehnološki kontekst

Prema Statističkom godišnjaku RZS za 2020. godinu u Srbiji je kompjuterska pismenost u porastu, sa skoro jednakim udelom po polu (50,4% muškaraca i 49,6% žena). U 2019. godini 34,2% osoba starijih od 15 godina je informatički pismeno dok je 14,8% delimično pismeno, što znači da znaju da obavljaju jednu od osnovnih radnji na računaru (obrada teksta, tabela, slanje/prijem e-pošte i pregledanje interneta). Posmatrano po polu među nepismenim licima udeo žena je veći nego muškaraca (54% i 46%, tim redom).

U makroekonomskom kontekstu Republika Srbija ulaže napore da promoviše tehnološke inovacije ali ima relativno spor tempo podjednake integracije digitalne tehnologije širom zemlje. Na primer po podacima Zavoda za statistiku Republike Srbije, u 2020. godini ukupno 81% domaćinstava u zemlji imalo je internet vezu, a 74,3% računar. Korišćenje internet usluga u Srbiji je znatno iznad proseka EU. Četrdeset procenata srpskih preduzeća dostavlja porudžbine onlajn, ali je primena klad tehnologija i dalje niska (procenjuje se na 40 procenata) za kompanije sa više od 250 zaposlenih. Primena e-faktura sporo raste.

Prema Međunarodnoj uniji za telekomunikacije (ITU), Srbija je u martu 2019. godine bila na 29. mestu u svetu po mobilnim brzinama i na 55. mestu po brzinama fiksnog širokopoasnog pristupa. Postoji 212 provajdera internet usluga (ISP). Od toga 91 obezbeđuje bežični pristup, 37 obezbeđuje pristup kablom, 24 obezbeđuje optički

pristup domaćinstvima i preduzećima, 15 obezbeđuje pristup digitalnoj pretplatničkoj liniji (xDSL), 13 obezbeđuje Ethernet/LAN pristup, a tri omogućavaju mobilni pristup. Na kraju 2020. godine broj pretplatnika na fiksni širokopojasni pristup u Srbiji bio je 1,7 miliona, dok je broj korisnika mobilnog širokopojasnog pristupa dostigao 6,48 miliona. Više od polovine korisnika fiksnog širokopojasnog pristupa koristi brzinu od 10 Mbps do 30 Mbps. (Izvor: Regulatorna agencija za elektronske komunikacije i poštanske usluge - RATEL)¹⁸.

F. Kontekst životne sredine

Za definisanje ruralnog područja Srbije Republički zavod za statistiku Republike Srbije u popisima primenjuje administrativne kriterijume za određivanje tipa naselja prema kojima se naselja dele na „gradska” i „ostala”. Ova podela je izvršena na osnovu administrativnih odluka samih jedinica lokalne samouprave da se određeno naselje proglasi urbanim. Sva ostala naselja koja nisu proglašena urbanim svrstana su u kategoriju „ostalo”. Prema Zakonu o teritorijalnoj organizaciji Republike Srbije¹⁹, pojam grad se odnosi na vrstu jedinice lokalne samouprave i definiše se kao: *„teritorijalna jedinica koja predstavlja privredni administrativni geografski i kulturni centar šireg područja i ima više od 100.000 stanovnika, izuzetno i manje. Teritorija grada se može podeliti na gradske opštine. Podela grada na gradske opštine utvrđuje se statutom grada u skladu sa zakonom.* Prema ovom zakonu „selo” se definiše kao: *„naselje u kome se stanovništvo pretežno bavi poljoprivredom i koje nije sedište opštine”.* Ova definicija se smatra nedovoljno preciznom zbog čega je teško napraviti jasnu razliku između gradskih i seoskih naselja i jer dozvoljava proizvoljno tumačenje statističkih podataka.

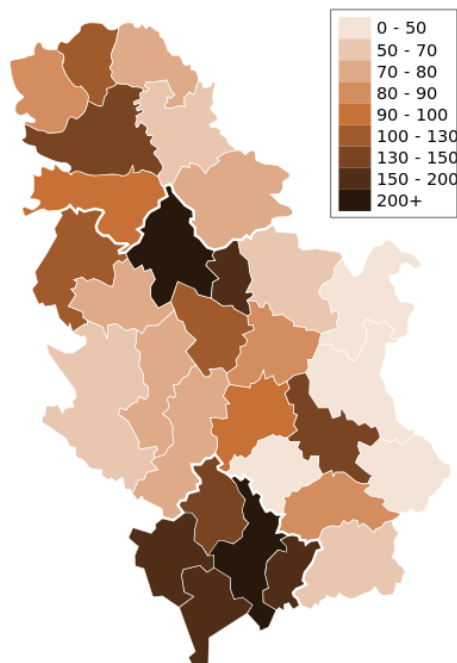
Od ukupno 6.158 naselja u Srbiji 193 (3%) su gradska naselja, dok je preostalih 5.965 naselja u kategoriji „ostala naselja” i smatraju se seoskim²⁰. Broj seoskih naselja je najveći na području Južne Srbije (tj. više od 34% od ukupnog broja seoskih naselja je u Šumadiji i Zapadnoj Srbiji). U takvom okruženju izazovi medicinskog transporta su povezani sa pristupom zdravstvenim uslugama poput hitne i stacionarne nege i verovatno će biti veoma relevantni za identifikaciju medicinskih pustinja.

¹⁸ <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/serbia-information-i-communications-technology-market> Svetska banka GINI indeks za Srbiju [SIPOVGINISRB] preuzeto sa FRED Banka federalnih rezervi Sent Luisa; <https://fred.stlouisfed.org/series/SIPOVGINISRB> 26. maj 2022. <https://fred.stlouisfed.org/series/SIPOVGINISRB>

¹⁹ „Zakon o izmenama i dopunama Zakona o teritorijalnoj organizaciji Republike Srbije” (Službeni glasnik RS, br. 47/2018, 20 juni 2018.).

²⁰ Republički zavod za statistiku. Statistički godišnjak Republike Srbije za 2020. Godinu. Beograd: RZS 2020. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2020/PdfE/G20202053.pdf> pristupljeno 3.3.2022.

Prostornom strukturnom i funkcionalnom organizacijom naselja dominiraju mala gradska naselja (Slika 2). Među gradskim naseljima 16 naselja ima manje od dve hiljade stanovnika, a ima i gradskih naselja sa manje od hiljadu stanovnika. S druge strane u kategoriji „ostala naselja“ odnosno seoska naselja nalaze se mnoga naselja sa više od 10 hiljada stanovnika kao što su naselja u prigradskom delu Beograda i u Vojvodini.



Slika 2. Broj stanovnika (hiljada) po NUTS3 regionima

Na području AP Vojvodine nema naselja sa manje od dve hiljade stanovnika, a većina gradskih naselja na ovom području ima između pet i 20 hiljada stanovnika. Mada skoro 60% stanovništva živi u urbanim sredinama to je najnaseljeniji od četiri statistička regiona (Vojvodina, Beograd, Šumadija i Zapadna Srbija i Jugoistočna Srbija)

- Karakteristike migracija

Prema podacima RZS između dva poslednja popisa (2002.-2011.) došlo je do smanjenja ukupnog broja stanovništva Republike Srbije od 4,1% (-311.139 lica), što je prvenstveno rezultat negativnog prirodnog priraštaja i iseljavanja naših građani u inostranstvo. Broj autohtonog stanovništva i populacije migranata²¹ pokazuju da najveći udeo imigranata čini stanovništvo koje se doselilo u naseljeno mesto iz drugog područja (17,1%), zatim iz drugog naselja iste opštine (9,7%), dok udeo doseljenih iz bivših republika Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije iznosi 9,6%. Pored toga broj dnevnih migranata²² (lica koja svakodnevno napuštaju svoje

²¹ Prema RZS dokumentu „Identifikacija oba kontingenta omogućena je pitanjem da li je lice od rođenja neprekidno živelo u mestu prebivališta. U kontingent autohtonih spadaju lica koja od rođenja žive u mestu prebivališta odnosno nikada se nisu selila.

²² Prema RZS „Smatra se i da se lice vraća u mesto svog uobičajenog boravišta u slučaju kada je odsutno sa posla zbog prirode posla odnosno kada ima 24-satne smene ili čak dvodnevne smene od 48 sati (npr. u saobraćaju/transportu zdravstvu i nekim drugim službama). Identifikaciju kategorije dnevnih migranata omogućavaju odgovori na pitanja o mestu rada/pohađanja škole/fakulteta kao i o učestalosti vraćanja u mesto uobičajenog boravka (dnevno nedeljno ili ređe).

prebivalište zbog posla ili studija i vraćaju se svakodnevno ili više puta nedeljno) čini više od 900.000 zaposlenih kao i đaka i studenata. 14,6% od ukupnog broja stanovnika starosti 15 i više godina čine dnevni migranti (najveći udeo dnevnih migranata zabeležen je na jugu Srbije – NUTS 2 region Šumadija i Zapadna Srbija: 31,38%, a najmanji u Severnoj Srbiji – NUTS 2 region Beograd: 19,40%). Među njima je udeo lica koja svakodnevno napuštaju svoje mesto stalnog boravka zbog rada duplo veći od udela učenika/studenta (Tabela 3).

Tabela 3. Dnevne migracije aktivnog stanovništva koje ima neko zanimanje, učenika i studenata, po popisu 2011. godine

NUTS2	Ukupno	Srbija-sever		Srbija-jug	
NUTS3		Region Beograd	Region Vojvodina	Region Šumadija i Zapadna Srbija	Region Južna i Istočna Srbija
Ukupno	901.299	174.807	252.583	282.855	191.054
Aktivno stanovništvo koje obavlja zanimanje po mestu					
Ukupno	61.5990	132.970	173.917	183.034	126.069
Opština stalnog prebivališta	341.959	43.355	90.941	37.779	169.884
Neka druga opština	178.172	78.007	42.071	21.914	36.180
Neki drugi region	93.705	11.125	40.286	22.608	19.686
Strana zemlja	2.154	483	619	733	319
Učenici/studenti koji idu u školu/univerzitet po mestu					
Ukupno	285.309	41.837	78.666	99.821	64.985
Opština stalnog prebivališta	153.971	13.973	29.156	74.061	36.781
Neka druga opština	74.439	24.866	22.437	12.121	15.015
Neki drugi region	54.546	2.825	26.189	12.546	12.986
Strana zemlja	2.353	173	884	1093	203

Zdravstveni sistem

Zdravstveno stanje

- Očekivani životni vek pri rođenju (poslednja dostupna godina i poslednjih 5 godina)

Negativan trend je primećen i za prosečni životni veka pri rođenju koji je bio najkraći 2020. godine (71,4 godine za muškarce i 77,2 za žene), u poređenju sa ciframa u poslednjih pet godina²³. Opet je očekivani životni vek bio kraći za stanovništvo koje živi na jugu Srbije (77,0 godina za žene i 71,2 godine za muškarce), nego za stanovništvo koje živi na severu Srbije (77,5 godina za žene i 71,5 godina za muškarce). Budući da je očekivani životni vek za žene skoro šest godina duži nego za muškarce, ženska populacija je u proseku starija od muške populacije (44,8 godina prema 42,0 godine). Prosečan životni vek pri rođenju nije jednak po regionima. 2020. godine bio je najduži u NUTS2 Beogradski region (72,4 godine za muškarce i 78,5 godina za žene), a najkraći u NUTS 2 Južna i Istočna Srbija (70,6 godina za muškarce

²³ RZS data

i 76,8 godina za žene). Pri poređenju okruga (podaci nivoa NUTS3) najduži prosečan očekivani životni vek pri rođenju je u Beogradu, a najkraći u Severnobanatskom okrugu u Vojvodini.

Slične su i procene Eurostata o očekivanom životnom veku (Tabela 4). Prema Eurostatu oba pokazatelja: stopa smrtnosti novorođenčadi i stopa mortaliteta mlađih od 5 godina (na 1000 živorođenih), pokazuju pad u poslednjih pet godina sa najnižim ciframa u poslednjoj dostupnoj godini i to 4,8 umrle novorođenčadi na 1000 živorođenih (2019) i 356 stope mortaliteta ispod 5 godina na 1000 živorođenih (2020). Pored toga, stope mortaliteta od uzroka koje je moguće prevenirati i lečiti takođe su opadale od 2016. do 2018. godine, ali su ponovo porasle u 2019. godini i to na 229,96 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika usled uzroka koje je moguće sprečiti i 173,51 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika usled uzroka koje je moguće lečiti (Tabela 4). Prema specifikaciji Eurostata smrtnost koja se može sprečiti se odnosi na smrtnost usled uzroka smrti koji se uglavnom mogu izbeći efikasnom intervencijom institucija javnog zdravlja i primarne prevencije (tj. pre pojave bolesti/povreda da bi se smanjila učestalost). Nasuprot tome izlečiva (ili podložna uticaju) smrtnost je smrtnost zbog uzroka smrti koji se uglavnom mogu izbeći blagovremenim i efikasnim intervencijama zdravstvene zaštite uključujući sekundarnu prevenciju i lečenje (tj. nakon pojave bolesti da bi se umanjili smrtni ishodi).²⁴ S tim u vezi ljudi u Srbiji su češće umirali od uzroka koji se verovatno mogu sprečiti nego od uzroka koji se mogu lečiti (ili izlečiti).

Prema radnom dokumentu Evropske komisije o napretku Srbije u EU integracijama²⁵ promocija zdravlja u vezi sa nezaraznim bolestima (naročito skrining karcinoma debelog creva, dojke i grlića materice i usluge mentalnog zdravlja) u Srbiji još uvek nije na visokom nivou. Napredak je spor i u mnogim regionima zemlje skrining raka nema sistematski učinak. Usluge mentalnog zdravlja u zajednici su nedovoljno razvijene; nije bilo pomaka u prevenciji zloupotrebe droga, a usvojen je Nacionalni program za smanjenje štetnih efekata alkohola i poremećaja izazvanih alkoholom.

Tabela 4. Odabrani Eurostat indikatori o zdravstvenom stanju stanovništva Srbija

	2020	2019	2018	2017	2016
Očekivani životni vek pri rođenju	74,5	76,0	75,9	75,5	75,7
	M: 71,6	M: 73,4	M: 73,5	M: 73,1	M: 73,2
	F: 77,5	F: 78,6	F: 78,4	F: 78,1	F: 78,3

²⁴ Eurostat. Specifikacije tabela tema javnog zdravlja (hlth_cd_pbt). Treatable and preventable death https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an5.pdf.

²⁵ EK. Izveštaj za Srbiju za 2021. godinu uz dokument. Saopštenje Komisije Evropskom parlamentu Savetu Evropskom ekonomskom i socijalnom komitetu i Saopštenje Komiteta regiona za 2021. godinu o politici proširenja EU. Strazbur 19.10.2021 SVD(2021) 288 finalno.

Stopa smrtnosti novorođenčadi*	:	4,8	4,9	4,7	5,4
Stopa smrtnosti mlađih od 5 godina*	356 M: 208 F: 148	366 M: 207 F: 159	379 M: 202 F: 177	375 M: 212 F: 163	394 M: 233 F: 166
Smrtnost koja se može sprečiti**	:	229,96 M: 337,09 F: 136,02	228,82 M: 333,63 F: 136,73	233,53 M: 341,38 F: 138,8	235,37 M: 345,67 F: 138,87
Smrtnost koja se može lečiti**	:	173,51 M: 199,03 F: 151,82	169,81 M: 195,6 F: 147,78	173,51 M: 199,03 F: 151,82	172,76 M: 199,7 F: 149,78

Napomene: „:“ podaci su nedostupni; *na 1000 živorođenih; ** na 100.000 stanovnika

- 5 najčešćih uzroka smrti u Srbiji u 2020. godini

Glavni uzroci smrti su kardiovaskularne bolesti i karcinomi, koji čine skoro tri četvrtine svih smrtnih slučajeva. Bolesti cirkulatornog sistema su najčešći uzrok smrti sa nestandardizovanom stopom smrtnosti od 801,6 na 100.000 stanovnika i predstavljaju 47,3% svih uzroka smrti (muškarci: 42,4%, žene: 52,6%). Slede neoplazme (18,3%; muškarci: 19,8%, žene: 16,7%) COVID-19 (8,9%; muškarci: 11%, žene: 6,6%), respiratorna oboljenja (5,7%; muškarci: 6,5% žene: 4,9%) i endokrine nutritivne i bolesti metabolizma (3%; muškarci: 2,6%, žene: 3,4%). Osim toga 4,7% ukupnog mortaliteta uzrokovano je grupom Simptomi znaci i nenormalni klinički i laboratorijski nalazi²⁶.

²⁶ IZJS Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (2021). Zdravstveni statistički godišnjak Republike Srbije za 2022 godinu. Beograd: IPHS. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2020.pdf>

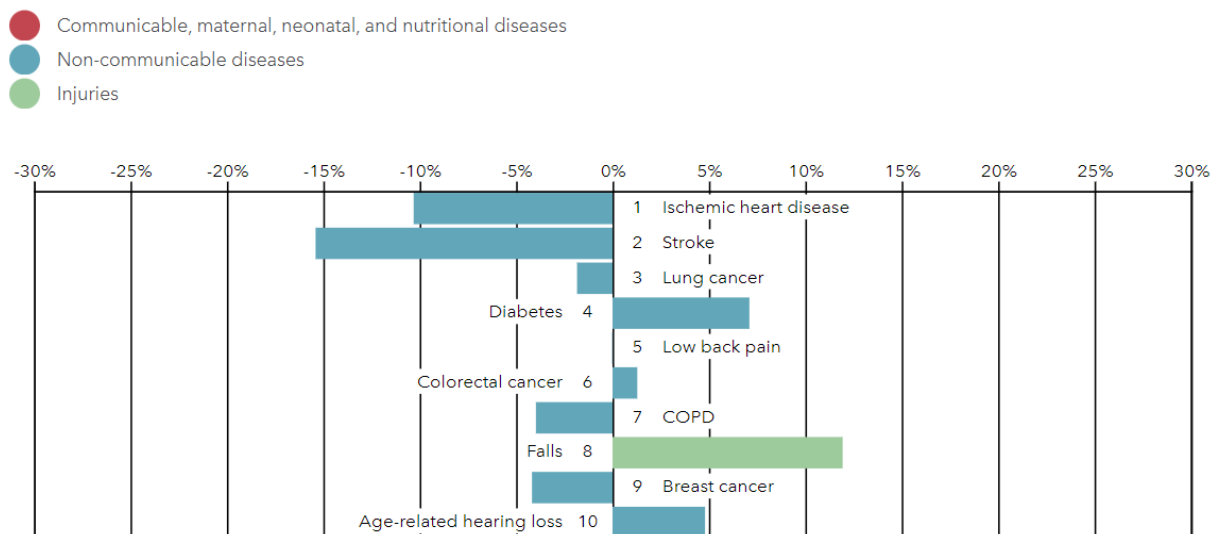
- Teret bolesti (godine života prilagođene za invaliditet - DALY)

Što se tiče svih uzroka smrti i invaliditeta zajedno, procene Studije o globalnom teretu bolesti za 2019. godinu²⁷ pokazuju da je u 2019. godini Srbija imala 3276178 DALY (3835035-2763637) ili 37455,8 DALY stopu (43845,08-31596,04). Nezarazne bolesti i povrede prevladavaju nad zaraznim bolestima, bolestima majki i bolestima prehrane. Ishemična bolest srca (koja uzrokuje 452758.1 DALY [544997.9-372552.9] 5176.3 DALY stopa [6230.8- 4259.3]) i moždani udar (izaziva 427280 DALY [511089. 51108. DALY [222904.3- 137757.7] 2020.1 DALY stopa [2548.4-1574.9]) bili su najviše rangirani uzroci u 2019. Međutim u poređenju sa 2009. u 2019. godini procenjeno je značajno smanjenje DALY uzrokovanih ovim bolestima (Slika 3).

Među prvih deset faktora rizika koji zajedno najviše utiču na smrt i invaliditet u Srbiji, metabolički i bihevioralni rizici su prisutniji od faktora rizika životne sredine (Slika 4). Vodeći faktori rizika u Srbiji su visok nivo glukoze u krvi, duvan [], visok nivo glukoze u plazmi natašte, rizici u ishrani i visok indeks telesne mase. Ovi faktori rizika su bili najveći faktori rizika u populaciji Srbije i u 2009. godini, što implicira loše efekte promocije zdravlja i prevencije bolesti u poslednjoj deceniji, kao i sedentarnog načina života stanovništva Srbije.

²⁷ Global Burden of Disease Collaborative Network. Rezultati Globalne studije o teretu bolesti za 2019. (GBD 2019). Sjedinjene Američke Države: Institut za zdravstvenu metriku i evaluaciju (IHME) 2020. Dostupno na <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

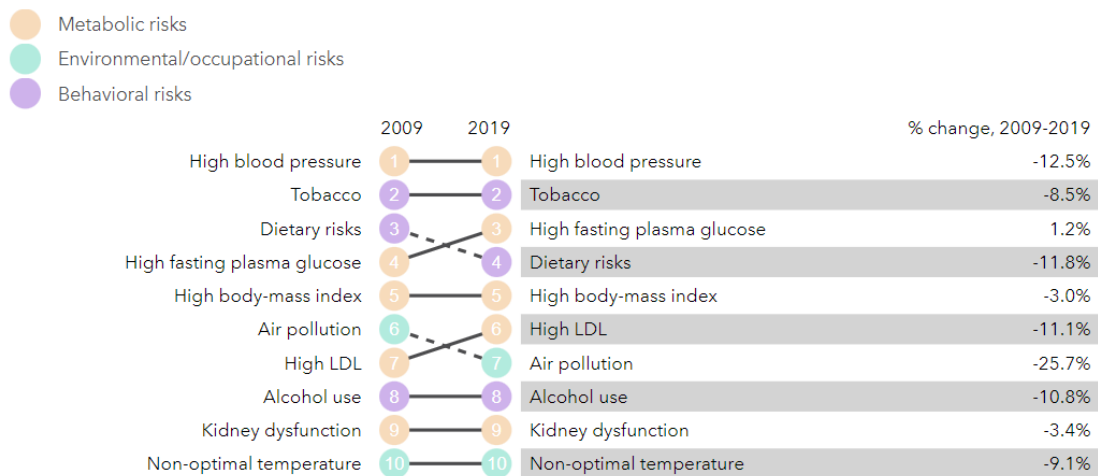
Slika 3. Kombinovani glavni uzroci smrti i invaliditeta



Top 10 causes of death and disability (DALYs) in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

Izvor: GBD 2019 Diseases i Injuries Collaborators. Globalno opterećenje za 369 bolesti i povreda u 204 zemalja i teritorija 1990-2019: Sistematska analiza za Studiju o globalnom opterećenju bolestima 2019. GLOBAL HEALTH METRICS 2020;396,(10258):P1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Slika 4. Prvih deset faktora rizika koji izazivaju najviše smrti i invaliditeta u Srbiji



Top 10 risks contributing to total number of DALYs in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

Izvor: GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Globalno opterećenje za 87 faktora rizika u 204 zemlje i teritorije 1990-2019: sistematska analiza za Studiju o globalnom teretu bolesti 2019. GLOBAL HEALTH METRICS 2020;396,(10258):P1223-1249.

- Neispunjene potrebe zdravstvene zaštite za lekarskim pregledom ili lečenjem (%) (poslednja dostupna godina i poslednjih 5 godina)

Prema radnom dokumentu Evropske komisije o napretku Srbije u evropskim integracijama²⁸ u pogledu zdravstvenih nejednakosti, osobe sa invaliditetom, osobe koje žive sa HIV-om, deca i odrasli koji koriste drogu, zatvorenici, žene koje se bave prostitucijom, LGBTIQ osobe, interno raseljena lica i Romi zahtevaju fokusiranje aktivnosti za bolji pristup zdravstvenim uslugama u Srbiji, a srpsko zakonodavstvo o cenama lekova tek treba da bude usklađeno sa pravnim tekovinama EU.

Statistike Eurostata²⁹ pokazuju da je 2019. godine više od 3% stanovništva EU starije od 16 godina imalo nezadovoljenu potrebu za lekarskim pregledom ili lečenjem, a 4% populacije EU je imalo nezadovoljenu potrebu za stomatološkim pregledom ili lečenjem. Glavne razloge nezadovoljenih potreba koji su se odnosili na organizaciju i funkcionisanje zdravstvenih usluga kao što su finansijski razlozi (previše skupo), prevoz (predaleko za putovanje), ili blagovremenost (duga lista čekanja) — prijavilo je 1,7% odrasle populacije EU. Nezadovoljene potrebe su imale udeo koji se kretao od 0,0% na Malti do 15,5% u Estoniji. Ovi podaci pokazuju značajan pad nezadovoljenih potreba u odnosu na 2014. godinu kada je ukupno 26,5% populacije EU-28 starosti 15 i više godina kojoj je potrebna zdravstvena zaštita izjavilo da ima nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih barijera, udaljenosti ili problema sa prevozom i/ili dugih lista čekanja.

U Srbiji je u 2019. godini ukupno 10,2% punoletnog stanovništva starijeg od 16 godina imalo neispunjenu potrebu za lekarskim pregledom ili lečenjem (4,8% su razlozi koji se odnose na zdravstveni sistem, a 5,4% razlozi koji nisu povezani sa zdravstvenim sistemom). Ukupan procenat nezadovoljenih potreba u Srbiji je skoro tri puta lošiji od proseka zemalja EU-27. Po lošim procentima nezadovoljenih potreba za lekarskim pregledom ili lečenjem Srbija je na drugom mestu u regionu EU posle Estonije i na prvom mestu među zemljama kandidatima za EU (Turska 7,2%; Severna Makedonija 4,9%; i Crna Gora 3,8%).

Visoki procenti ukupnih razloga za nezadovoljene potrebe za lekarskim pregledom ili lečenjem imaju i Grčka (9,1%), Poljska (8,5%), Danska (8,0%), Letonija (7,9%) i Rumunija (7,0%).

Po razlozima za nezadovoljene potrebe za lekarskim pregledom ili lečenjem koji su direktno povezani sa zdravstvenim sistemom Srbija (4,8%) je na četvrtom mestu posle Estonije (15,5%), Grčke (8,1%), i Rumunije (4,9%). Ovaj nalaz ukazuje na to da u Srbiji kao i u Danskoj, Poljskoj i Turskoj većina razloga spada izvan organizacije

²⁸ EK. Izveštaj o Srbiji 2021 uz dokument Saopštenje Komisije Evropskom parlamentu Savetu Evropskom ekonomskom i socijalnom komitetu i Komitetu regiona 2021 o politici proširenja EU. Strazbur 19.10.2021 SVD(2021) 288 finale.

²⁹ Izvor: Eurostat (hlth_silc_08)

zdravstvenog sistema dok je u Estoniji, Grčkoj, Rumuniji, Letoniji, Finskoj većina razloga vezana za zdravstveni sistem (Eurostat 2022).³⁰

U Srbiji su u 2019. godini među razlozima nezadovoljenih potreba za lečenjem u vezi sa zdravstvenim sistemom najčešće prijavljivani sledeći:

- Previše skupa zdravstvena zaštita (2,6%)
- Liste čekanja (1,4%) i
- Predaleko za putovanje (0,8%).

U Srbiji u 2019. godini među razlozima neispunjenih potreba za lečenjem osim u vezi sa zdravstvenim sistemom najčešće su prijavljivani sledeći:

- Strah od lekara, bolnice, pregleda ili lečenja (2,3%)
- Nedostatak vremena (1,7%)
- Hteo da sačeka da vidi da li će se problem sam od sebe rešiti (0,5%)
- Nešto drugo (0,9%) i
- Nije poznao nijednog dobrog lekara ili specijalistu (0,0%).

Dalje raščlanjivanje samoprijavljenih nezadovoljenih potreba za lekarskim pregledom po glavnim razlozima pokazalo je da su svi razlozi opadali osim lista čekanja (Tabela 5). Finansijski razlog je bio visoko plasiran na jugu Srbije, npr. 8,4% za stanovništvo na Kosovu i Metohiji, dok su razlozi „previše skupo ili predaleko za putovanje ili lista čekanja” bili najčešći za stanovništvo u prvoj kvartilnoj grupi prihoda (najsiriromašnije stanovništvo),³¹ za žensku populaciju i osobe starije životne dobi (posebno za one od 75 do 84 godine i 85 godina ili više).³²

³⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08/default/table?lang=en pristupljeno 3-3-2022. Eurostat. Samoprijavljene nezadovoljene potrebe za lekarskim pregledom prema polu starosti prijavljenom glavnom razlogu i kvintilu prihoda šifra podataka na mreži: HLTH_SILC_08 poslednja promena: 16.5.2022. https://ec.europa.eu/eurostat/databrovser/viev/hlth_silc_08/default/table?lang=en pristupljeno 3-3-2022.

³¹ Eurostatova definicija prve kvartilne grupe: „predstavlja 20% stanovništva sa najnižim prihodima i pete kvartilne grupe 20% stanovništva sa najvišim prihodima. Kvartilna grupa prihoda se izračunava na osnovu ukupnog ekvivalentnog raspoloživog dohotka koji se pripisuje svakom članu domaćinstva (za više detalja o definiciji konsultujte EU-SILC referentnu datoteku metapodataka)“.

³² Eurostat. Samo prijavljene nezadovoljene potrebe za lekarskim pregledom prema polu starosti prijavljenom glavnom razlogu i kvintilu prihoda šifra podataka na mreži: HLTH_SILC_08 poslednja promena: 16.5.2022. https://ec.europa.eu/eurostat/databrovser/viev/hlth_silc_08/default/table?lang=en pristupljeno 3-3-2022.

Tabela 5. Samoprijavljene nezadovoljene potrebe za lekarskim pregledom po glavnom razlogu, Srbija 2015.-2020. godina

SRBIJA	GODINA	2015	2016	2017	2018	2019 ^e	2020
Previše skupo		2,1	1,7	1,0	1,0	0,9	:
Predug put		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	:
Previše skupo ili predug put ili lista čekanja		3,3	2,6	1,7	2,0	1,9	:
Nema vremena		0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	:
Nema neispunjenih potreba za prijavu		94,8	95,7	96,9	96,4	96,6	:
Nije poznavao nijednog dobrog lekara ili specijalistu		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	:
Lista čekanja		1,0	0,8	0,7	0,9	0,9	:
Strah od lekara bolnice pregleda ili lečenja		0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	:
Hteo da sačeka da vidi da li će se problem sam od sebe rešiti		0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	:
Neki drugi razlog		0,5	0,4	0,3	0,4	0,5	:

Napomene: „:” - nije dostupno; „e”- procenjeno

Izvor: Eurostat_ [HLTH_SILC_08__custom_2859770]

Prema SZO indeks pokrivenosti uslugama objedinjene zdravstvene zaštite (UHC) za Srbiju je 51,43%. Ovaj broj je isti kao i za Hrvatsku (zemlja EU), nešto veći od Mađarske, Rumunije i Bugarske (takođe zemlje EU) i mnogo veći od ostalih susednih zemalja kao što su Bosna i Hercegovina, Crna Gora, Albanija i Severna Makedonija.

- **Covid-19 (ukupan broj slučajeva ukupno smrti stepen vakcinacije)**

Na poziv EU Srbija i drugi partneri sa Zapadnog Balkana su 21. aprila 2020. potpisali sa EU sporazum o zajedničkim nabavkama za potrebe medicinskih protivmera za COVID-19 koji je ratifikovan u decembru 2020.godine. Srbija je 93. član posmatrač Komiteta EU za zdravstvenu bezbednost od 2017. godine i ima pristup sistemu ranog upozorenja i odgovora EU za sve informacije u vezi sa pandemijom COVID-19. Srbija ima aktivnu tačku fokusa Evropskog centra za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC), učestvuje u Evropskoj mreži za nadzor COVID-19, za prijavljivanje podataka o COVID-19, Evropskom sistemu za nadzor (TESSy).

Do 28. februara 2022. godine prijavljeno je ukupno 1.910.975 slučajeva COVID-19 kao i 15.241 smrtni slučaj. Srbija je bila među prvim zemljama u Evropskom regionu koja je snažno započela nacionalnu kampanju vakcinacije protiv COVID-19. Po podacima o vakcinaciji na dan 28. februara primenjene su ukupno 8.466.632 doze vakcine,, od čega je 3.261.760 lica primilo dve doze, a 1.861.647 je primilo treću (buster) dozu vakcine. Javne kampanje u vezi sa promocijom vakcinacije vodila je

Vlada Srbije i uz podršku zdravstvenih radnika. 2020. godine pokrenuta je nacionalna kampanja, a više informacija dostupno je na <https://vakcinacija.gov.rs/>.

Uprkos naporima na nacionalnom nivou da se promoviše vakcinacija, obuhvat odrasle populacije je ispod 50%, a veliki procenat nevakcinisanih ljudi je mlađi od 30 godina. Zabrinutost oko bezbednosti vakcine protiv COVID-19 ostaje najvažnija prepreka sa 42% ljudi koji strahuje da će imati ozbiljne reakcije na vakcinu. Percepcija efikasnosti vakcine je druga stvar: 35% nije uvereno da bi vakcinacija pomogla da se kontroliše širenje virusa.

Prema radnom dokumentu Evropske komisije o napretku Srbije³³ glavni kapacitet zdravstvenog sistema u suočavanju sa pandemijom COVID-19 bilo je Ministarstvo zdravlja koje je u saradnji sa Nacionalnim institutom za javno zdravlje i nadležnim zdravstvenim ustanovama pratilo epidemiološki status bolesti i bilo odgovorno za informisanje javnosti, izdavanje uputstava i standardnih operativnih procedura zdravstvenim ustanovama i svim mestima ulaza u zemlju. Tokom epidemije mnoge bolnice su proglašene ekskluzivnim COVID-19 ustanovama u kojima se leče samo zaraženi SARS-Cov-2 otvorene su dve specijalne bolnice za intenzivnu negu COVID-19 i gradi se treća COVID bolnica sa 500 kreveta u Novom Sadu koja treba da počne rad od septembra 2021. godine, dok je 158 opštinskih domova zdravlja imalo zadatak da obavlja primarnu prevenciju, a privremene ambulante za COVID-19 formirala je vojska i u svima njima su postojali objekti za pregled i testiranje za sve građane.

Međutim uporne slabosti sistema (nedostatak resursa na svim nivoima zbog prethodnog stalnog odliva profesionalne radne snage) dodatno su se pogoršavale sa velikim brojem medicinskog osoblja koje je imalo pozitivan test na COVID-19 najverovatnije zbog nedostatka oprema za ličnu zaštitu i medicinske opreme, medicinske ekspertize i laboratorijskih kapaciteta za ispitivanje kao i obradu podataka i praćenje kontakata. Stoga se u sedmoj nedelji epidemije u zemlji vlada usmerila na brojne nabavke opreme i zapošljavanje 2.500 novih zdravstvenih radnika tokom marta/aprila 2020. godine što je dovelo do povoljnijih rezultata u toku pandemije.

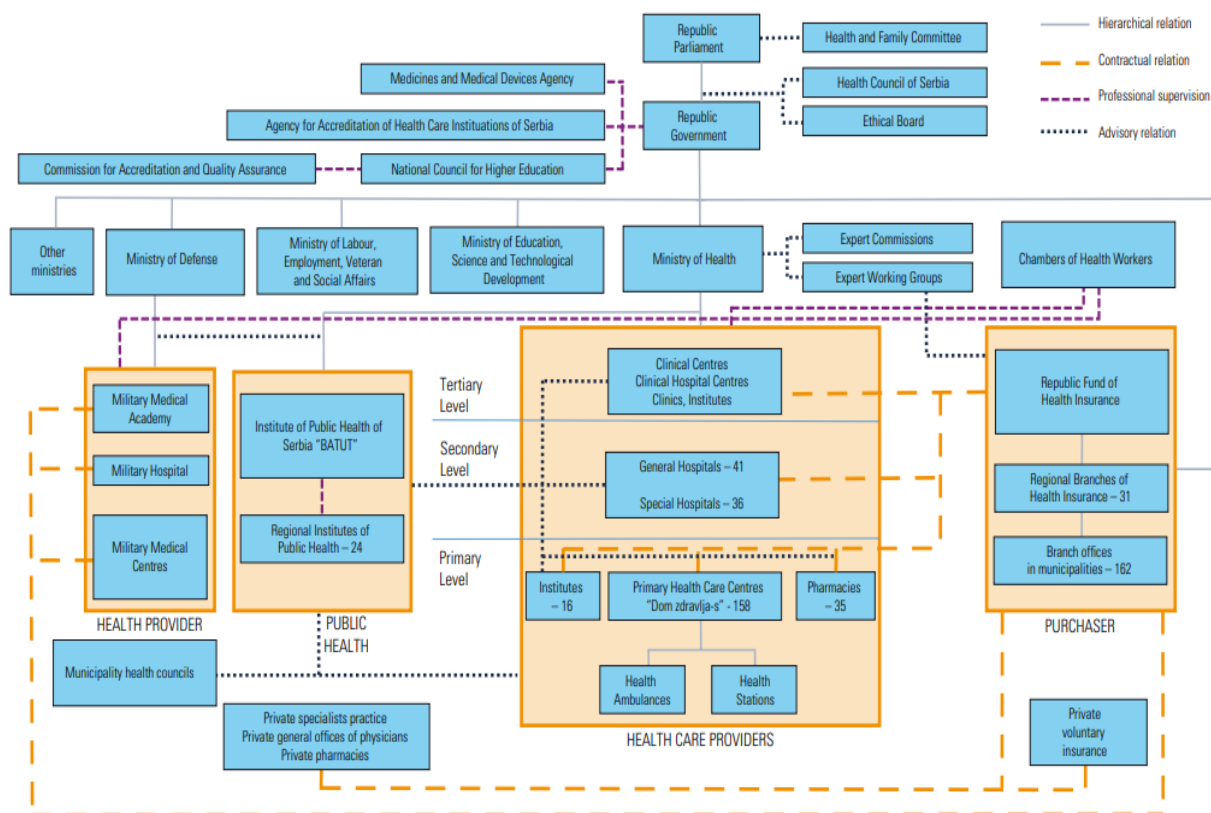
- Sistem zdravstvene zaštite (upravljanje; resursi; pružanje usluga)
- Vrsta zdravstvenog sistema (zdravstveno osiguranje državno)

Tri ključne zainteresovane strane na visokom nivou su Ministarstvo zdravlja (MZ), Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO) i Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ (IZJZS), koji organizuju i upravljaju politikom i planiranjem u zdravstvenom sistemu Srbije. Administrativne i regulatorne funkcije zdravstvenog sistema su u nadležnosti ministarstava i državnih agencija. Zdravstvene ustanove u javnom vlasništvu čine široku mrežu na primarnom, sekundarnom i tercijarnom

³³ EK. Izveštaj za Srbiju za 2021. godinu uz dokument. Saopštenje Komisije Evropskom parlamentu Savetu Evropskom ekonomskom i socijalnom komitetu i Komitetu regiona za 2021. godinu o politici proširenja EU. Strazbur 19.10.2021 SVD(2021) 288 finalni.

nivou, a ovu mrežu nadzire Ministarstvo zdravlja. Organizaciona struktura zdravstvenog sistema, zasnovana na važećoj zakonskoj regulativi prikazana je na Slici 5.

Slika 5. Organizaciona struktura zdravstvenog sistema u Srbiji



Napomena: Pored mreže Instituta za javno zdravlje zdravstvene ustanove koje pružaju zdravstvene usluge na višem nivou zdravstvene zaštite su: Institut za transfuziju krvi Institut za medicinu rada Institut za sudsku medicinu Institut za virusologiju vakcine i serume Institut za "zaštitu" od besnila Institut za psihofiziološke poremećaje i patologiju govora i Institut za biocide i medicinsku ekologiju.

Izvor: Bjegović-Mikanović V Vasić M Vuković D Janković J Jović-Vraneš, a Šantrić-Milićević M Terzić-Šupić Z Hernandez-Kuevedo C. Srbija: Pregled zdravstvenog sistema. Zdravstveni sistemi u tranziciji 2019; 21(3):i-211

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2019. godine obavezno zdravstveno osiguranje garantuje pravičnost i solidarnost u finansiranju zdravstva i pružanju zdravstvene zaštite za celokupno stanovništvo sa prioritetom za ugrožene grupe. Organizacioni odnos između glavnog naručioca (RFZO) i pružalaca se zasniva na ugovora i centralizovan je, a vlada ima regulatornu ulogu kroz upravljanje Planom zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Srbiji koji se usvaja

svake godine. On obezbeđuje vrste i obim zdravstvenih usluga koje će se pružati osiguranicima koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje.

Na osnovu mišljenja Ministarstva zdravlja, Ministarstvo finansija razmatra finansijske implikacije Plana koji se zatim koristi za utvrđivanje konačnog sadržaja ugovora između RFZO (njegovih regionalnih filijala) i svakog pružaoca usluga na primarnom sekundarnom i tercijarnom nivou. Ovim ugovorom utvrđuju se vrsta obim ili obim zdravstvenih usluga, odnosno mere za obezbeđenje kvaliteta zdravstvene zaštite osiguranim licima. Ugovori se utvrđuju na osnovu normativa osoblja i standarda rada neophodnih za realizaciju zdravstvene zaštite, naknade, ili cene koju plaća regionalna filijala ili RFZO za pružene zdravstvene usluge, načina obračuna i plaćanja kontrole i odgovornosti za izvršenje obaveza iz ugovora, roka za izvršenje preuzetih obaveza, načina rešavanja spornih pitanja, raskida ugovora, kao i drugih međusobnih prava i obaveza ugovornih strana.

Broj radnih mesta određen je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. godine i podzakonskim aktom koji definiše standarde za otvaranje i rad zdravstvenih ustanova, uključujući i minimalne kadrovske standarde, ali za zdravstvene ustanove u državnom vlasništvu standardi zapošljavanja su i godišnji minimum optimalan i maksimalan broj zaposlenih koji imaju ugovor sa RFZO. Glavni poslodavac u Srbiji u zdravstvu i zaštiti zdravlja je država. Ukupan broj zdravstvenih ustanova prema Uredbi o planu mreže zdravstvenih ustanova u Srbiji za 2019. godinu iznosio je 350³⁴ (od toga 35 apoteka, 158 domova zdravlja, 41 opštih bolnica, 34 specijalnih bolnica, 4 kliničko-bolnička centra, 4 klinička centra, 7 klinika, 16 instituta, 25 zavoda za javno zdravlje, 22 zavoda i 4 vojne institucije).

U 2019. godini zdravstvena služba Republike Srbije (zdravstvene ustanove u Planu mreže) zapošljavala je ukupno 100.880 lica.³⁵ Zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika sa visokom stručnom spremom bilo je 24.550. Od toga su 19.984 (81%) bili lekari, 1596 (7%) stomatolozi, 1528 (6%) farmaceuti i 1542 (6%) ostali profesionalci. Od svih lekara u Republici Srbiji, 5309 su bili bez specijalizacije (27%), od kojih je 2754 lekara opšte medicine (14%), a 2555 je bilo na specijalizaciji (13%). Ukupan broj specijalista bio je 14.575 (73%). Struktura zaposlenih lekara prema polu je sledeća: 35% su bili muškarci, a 65% su bile žene. Od ukupno 1596 stomatologa 839 (53%) su bili specijalisti.

Zdravstvene ustanove zapošljavaju ukupno 1653 farmaceuta od kojih su 303 (20%) specijalisti. U 2019. godini u zdravstvenim ustanovama je bilo ukupno 10.269 zdravstvenih radnika i saradnika sa višom stručnom spremom,, od čega 5818 (57%) medicinskih sestara-medicinskih tehničara. Srednju stručnu spremu imalo je 44.666

³⁴ Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova („Službeni glasnik RS” br. 42/06 119/07 84/08 71 i 85/09 24/10 6 i 37/12 8 /2014 92/2015 111 114/2017 13/2018 15/2018 i 68/2019).

³⁵ Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanovic Batut” (2020) Zdravstveni statistički godišnjak Republike Srbije 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanovic Batut”.

zdravstvenih radnika i saradnika,, od čega 31.165 (70%) medicinskih sestara-medicinskih tehničara. Zdravstvene ustanove zapošljavale su ukupno 21.020 nemedicinskog osoblja,, od čega 7.231 (34%) administrativnog i 13.789 (66%) tehničkog osoblja. Lekari su u 2019. godini činili 19,8% ukupnog osoblja u mreži (od čega su 14,3% bili lekari specijalisti). Deset vodećih specijalizacija su interna medicina (13,2%), pedijatri (11,0%), opšta medicina (10,0%), ginekologija i akušerstvo (7,4%), anesteziologija (5,8%), radiologija (5,5%), opšta hirurgija (5,0%), fizikalna medicina (3,8%), psihijatrija (3,7%) i urgentna medicina (3,5%).

Prema Statistici zapošljavanja i zarada³⁶, ukupan broj zaposlenih u Republici Srbiji u 2020. godini iznosio je 2.215.475 (godišnji prosek³⁷), od čega je 155.240 (7,01%) zaposlenih registrovano u delatnostima zdravstva i socijalnog rada. Najveći broj registrovanih zaposlenih u zdravstvenoj i socijalnoj delatnosti radi u javnom sektoru (152.073 ili 97,96%) i ovaj broj obuhvata zaposlene na neodređeno vreme i one na „privremenom i povremenom radu“. Najveći broj zaposlenih u oblasti zdravstva i socijalnog rada bio je u regionu Beograd (48.805), a najmanji u regionu Jugoistočna Srbija (31.171).

Podaci RZS za 2021.³⁸ pokazuju neznatne promene gustine zdravstvenih radnika u periodu od 2016.-2020. godine (Tabela 6), a stope gustine su povećane verovatno zbog negativnog priraštaja stanovništva.

Tabela 6. Gustina zdravstvenih radnika u periodu 2016.-2020. na 10.000 stanovnika Republika Srbija

Period	Lekari	Zubari	Farmaceuti	Medicinske sestre i babice
2016	30,5	2,8	3,1	64
2017	30,5	2,8	2,9	64,9
2018	30,8	2,8	2,7	65,8
2019	28,6			
2020	28,6			

Prema IZJZS u okviru fonda zdravstvenih radnika u javnom sektoru – Plan mreže zdravstvenih ustanova u javnom sektoru Srbije u 2019. godini obezbeđuje pokrivenost zdravstvenim radnicima sa 2,8 lekara i 5,6 medicinskih sestra na 1000 stanovnika što je dovoljno da se osigura univerzalna zdravstvena pokrivenost (referentni indikatori od 4,45 lekara i medicinskih sestara³⁹).

³⁶ Statistici zapošljavanja i zarada (Statističko izdanje 13, SERB013 ZP20 280121

³⁷ Godišnji prosek se računa kao aritmetička sredina broja zaposlenih za 12 meseci

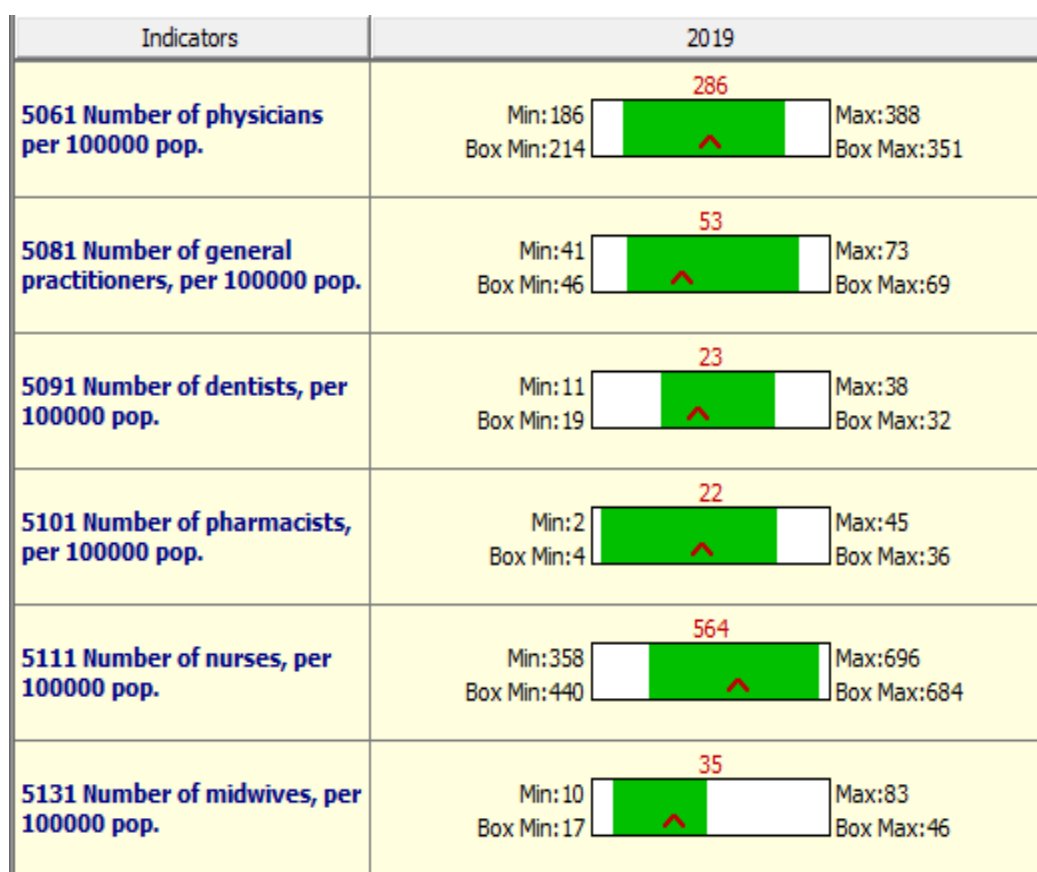
³⁸ <https://data.stat.gov.rs/Home/Result/SDGUN031201?languageCode=en-US&displayMode=table&guid=d4e5ebf5-96a1-42c5-bbf6-448485b16c4d>

³⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-?sequence=1>

Medicinski radnici pokazuju tendenciju da bude raspoređena u urbanim sredinama sa boljom infrastrukturom i koncentracijom u okviru medicinskih fakulteta i visoko specijalizovanih medicinskih centara. U 2015. godini to je variralo od -59% za opšte medicinske stručnjake na specijalizacijama; do +62% za profesionalce babice)⁴⁰. U 2019. godini gustina medicinskih radnika po okruzima i dalje se značajno razlikovala od stopa nacionalnog proseka (Slika 6).

Pored neravnomerne distribucije druge dve istaknute karakteristike medicinskih radnika u Srbiji su bile: prva, feminizacija (žene su činile 76,7% svih radnika), a druga, starenje (osoblje mlađe od 35 godina čini 26,9% svih radnika).⁴¹

Slika 6. Gustina zdravstvenih radnika u Srbiji po okruzima i za Republiku Srbiju u 2019. godini



Napomena: Zelena označava 90% vrednosti gustine za okruge, a vrednosti za zemlju su označene sa ^

Podaci o strukturi i radu zdravstvenih radnika u privatnom sektoru odnose se na podatke prikupljene od privatnih ustanova koje su izvršile zakonsku obavezu i

⁴⁰ Santric-Milicevic M Vasic M Edwards M (2015). Mapping the governance of human resources for health in Serbia. Health Pol.119:1613–1620. Ili Ibid

⁴¹Santric-Milicevic M Vasic M Edwards M (2015). Mapping the governance of human resources for health in Serbia. Health Pol.119:1613–1620.

dostavile podatke nadležnim zavodima za javno zdravlje u 2017. i 2018. godini. Ukupno je bilo 2.868 ustanova sa 8.245 zaposlenih, od čega 2.296 lekara, 3.573 medicinska sestra i medicinskih tehničara, 2.092 stomatologa, 526 farmaceuta i 31 zdravstveni saradnik. Njihova distribucija varira po okruzima od nula radnika, u većini okruga, do 679 lekara, 882 medicinska sestra i 779 stomatologa koji pružaju ambulantnu negu u Beogradskom okrugu i 190 farmaceuta u Južnobačkom okrugu. Međutim ove podatke treba proveriti sa evidencijom komora zdravstvenih radnika jer je teško verovati da u Beogradskom okrugu u to vreme nije bio zaposlen farmaceut u privatnom sektoru.

- **Osnovni paket beneficija**

Zakonski paket beneficija je široko definisan Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 2005. godine i uključuje pored prava na sve vrste zdravstvenih usluga i pravo na naknadu zarade za vreme privremenog odsustva sa posla zbog bolesti i nadoknadu troškova prevoza u vezi sa korišćenje zdravstvene zaštite od strane osiguranog lica. Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem posebno obuhvata:

- mere za prevenciju i rano otkrivanje bolesti;
- pregledi i tretmani žena u vezi sa planiranjem porodice kao i tokom trudnoće, porođaja i materinstva, do 12 meseci nakon porođaja;
- pregledi i lečenje u slučaju bolesti i povrede;
- pregledi i lečenje stomatoloških oboljenja;
- medicinska rehabilitacija u slučaju bolesti i povrede;
- lekovi i medicinska sredstva i sprave za kretanje stajanje i sedenje, pomagala za vid, sluh, govor, stomatološke dodatke i druga pomagala.

- **Finansiranje zdravstva**

Tokom 2018. godine ukupna zdravstvena potrošnja dostigla je 8,55% BDP potrošnjom od 1.437 USD po glavi stanovnika. Javni rashodi za zdravstvo su u stalnom porastu u poslednjih pet godina i u 2018. godini javno učešće u ukupnim rashodima za zdravstvo iznosilo je 60,0%, a privatni rashodi su bili 40,0%. Srbija je u 2018. godini potrošila 8,55% BDP na zdravstvo, a po glavi stanovnika potrošnja je iznosila 1.437 USD (PPP). Potrošnja za zdravstvo po glavi stanovnika i dalje je među najnižima u evropskom regionu SZO. Međutim došlo je do značajnog povećanja potrošnje na zdravstvo u apsolutnom iznosu: ukupna zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika porasla je sa 1275 USD (PPP) u 2015. na 1437 USD (PPP) u 2018. godini. Finansiranje zdravstva iz javnih izvora je zasnovano na nacionalno udruženom sistemu zdravstvenog osiguranja, pri čemu na obavezno zdravstveno osiguranje otpada 94% javnih izdataka za zdravstvo.

Tabela 7. Odabrani pokazatelji o izdacima za zdravstvo u Srbiji poslednji dostupni podaci

Pokazatelji	2015	2016	2017	2018
Ukupni izdaci za zdravstvo (Total Expenditure on Health - THE) kao % BDP	9,40	8,98	8,76	8,55
Opšti državni rashodi za zdravstvo (General Government Expenditure on Health - GGHE) kao % THE	58,1	58,0	57,6	60,0
Izdaci privatnog sektora za zdravstvo (Private Sector Expenditure on Health - PvtHE) kao % THE	41,9	42,0	42,4	40,0
GGHE kao % Državnih rashoda za zdravstvo	12,0	11,7	11,7	12,5
Fondovi socijalnog osiguranja kao % GGHE	93,9	93,9	94,0	93,6
Pripejd i planovi objedinjavanja rizika kao % PvtHE	1,0	1,4	1,7	2,0
Plaćanje privatnih domaćinstava iz džepa (Out-of-pocket – OOP) kao % PvtHE	96,8	96,3	96,0	95,9
Ukupni izdaci za ljudske resurse za zdravstvo kao % THE	51,9	51,6	52,2	50,3
Ukupni izdaci za zdravstvo/po stanovniku po međunarodnom kursu dolara	1275	1261	1319	1437
Opšti državni rashodi za zdravstvo/po stanovniku po međunarodnom kursu dolara	741	732	760	863

Privatni rashodi za zdravstvo se odnose na rashode u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (DZO), rashode iz džepa (OOP) i druge privatne zdravstvene izdatke. Privatni izdaci za zdravstvo u 2018. godini dostigli su 40,0% ukupnih izdataka za zdravstvo što je nešto niže u odnosu na 2015. godinu. U 2018. godini privatni rashodi za zdravstvo iznosili su 40,0%. Glavni udeo privatnih rashoda su rashodi iz džepa koji su dostigli 95,9% u 2018. godini dok je DZO te godine činio 2% privatnih rashoda za zdravstvo. Anketa o budžetu domaćinstava za 2018. je utvrdila da je u 2017. godini 4,4% prihoda domaćinstava potrošeno na rashode iz džepa za zdravstvo⁴². Ovo ne daje informacije o tome koji procenat tog iznosa čine naknade korisnika iz džepa, a koji procenat čine neformalna plaćanja.

⁴² SIPRU 2018.

II. Mapiranje medicinskih pustinja

A. Metodologija (opis kompletne metodologije istraživanja koja je primenjena na nivou zemlje

- Pregled iz kabineta

Pregled iz kabineta je uključio pregled literature na osnovu uputstva za pregled literature koji je izradila Nacionalna zajednica za planiranje zdravstva i usluga (National Community Health Planning and Services – CHPS) i odabrao ključne termine i publikacije. Pregled literature je rezultirao početnom definicijom medicinskih pustinja koju treba dalje istražiti i poboljšati.

Na Google Scholaru smo pretražili literaturu dostupnu na srpskom jeziku ili članke koji potiču sa geografskog područja Srbije, u potrazi za ključnim terminima koje identifikujemo u Delu A i ponovili postupak za listu ispod (sve prevedeno na srpski jezik).

1. „Medicinske pustinje“
2. „Medicinska gustina“
3. „Udaljenost lekara opšte prakse“
4. „Broj pacijenata po lekaru opšte prakse“
5. „Vreme potrebno do pružaoca zdravstvenih usluga“
6. „Udaljenost do pružaoca zdravstvenih usluga“
7. „Udaljenost do hitne zdravstvene službe“
8. „Nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti“
9. „Manjak lekara“
10. „Pustinje zdravstvene zaštite“
11. „Zdravlje na daljinu“
12. „Medicina na daljinu“
13. „Vreme intervencije hitne pomoći“
14. „Vreme do dolaska hitne pomoći“
15. „Jednak pristup zdravstvenoj zaštiti“
16. „Odnos pacijent-lekar/medicinska sestra“
17. „Mobilnost zdravstvenih radnika“

Međutim, pregled literature koju su pretražili i odabrali zaduženi AHEAD WP4 partneri nije predložio konkretnu definiciju medicinske pustinje i nažalost nijedan od predloženih članaka nije se bavio medicinskom pustinjom ili specifičnim terminima koji se odnose na medicinsku pustinju ili medicinsku dezertifikaciju. Stoga su srpski partneri izvršili dodatnu pretragu u okviru literature objavljene do 2020. godine po ključnim pojmovima kao što su:

1. Pristup zdravstvenoj zaštiti
2. Dostupnost zdravstvenih usluga
3. Raspoloživost zdravstvenog osoblja

4. Nejednakosti (povezane sa) zdravstvenom zaštitom
5. Nezadovoljene potrebe zdravstvene zaštite
6. Dispariteti zdravlja
7. Zdravstvena zaštita na daljinu

Odabrani članci su pregledani i glavni nalazi predstavljeni AHEAD partnerima.

U sledećem koraku pregled iz kabineta je obuhvatio analizu glavnih politika koje utiču i odnose se na medicinske pustinje, kao i glavne rezultate nacionalnih članaka odnosno „sive literature“. Osim toga preduzeta je analiza zainteresovanih strana kako bi se identifikovale zainteresovane strane koje će biti intervjuisane na različitim nivoima politika i u različitim oblastima politika (Uokvireni tekst 4.).

UOKVIRENI TEKST 4. Konačni spisak zainteresovanih strana razmatrana za konsultacije dubinski intervju i anketu o medicinskim pustinjama u Srbiji	
1. Savez organizacija pacijenata	
2. Organizacija obolelih od HIV	
3. Organizacija pacijenata Srbije	
4. Organizacija pacijenata HELP	
5. Organizacije partnera Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja	
6. Stalna konferencija gradova i opština	
7. Vlada Republike Srbije	
8. Nacionalna alijansa za lokalni ekonomski razvoj (NALED)	
9. Ministarstvo uprave i lokalne samouprave	
10. Ministarstvo finansija	
11. Ministarstvo zdravlja	
12. Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srbije	
13. Zdravstveni savet Republike Srbije	
14. Institut za javno zdravlje Srbija	
15. Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo Vojvodine	
16. Ministar za unapređenje razvoja nerazvijenih opština	
17. Ministarstvo prosvete i visokog obrazovanja	
18. Ministarstvo za ljudska prava prava manjina i društveni dijalog	
19. Ministarstvo za rad zapošljavanje boračka i socijalna pitanja	
20. Ministarstvo za brigu o porodici i demografiju	
21. Ministarstvo za selo	

22. Ministar za inovacije i tehnološki razvoj	
23. Zajednica opština	
24. Skupština Srbije – Odbor za zdravlje i porodicu	
25. Zaštitnik prava građana	
26. Svetska banka	
27. Svetska zdravstvena organizacija	
28. Program Ujedinjenih nacija za razvoj	
29. US AID	
30. Srpska akademija nauka i umetnosti (Odsek medicinskih nauka, Odsek za seosko područje i sela)	
31. ICT Health	
32. Zavod za statistiku Srbije	
33. Institut za javno zdravlje Srbije	
34. Nacionalna služba za zapošljavanje	
35. Lekarska komora Srbije	
36. Farmaceutska komora Srbije	
37. Komora medicinskih sestara Srbije	
38. Komora zdravstvenih radnika Srbije	
39. Savez udruženja medicinskih sestara Srbije	
40. Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije	
41. Komora medicinskih sestara Srbije	
42. Konferencija akademija i visokoškolskih ustanova Srbije	
43. Komora zdravstvenih ustanova Srbije	
44. Asocijacija privatnih zdravstvenih ustanova i privatne prakse	
45. Stomatološka komora Srbije	
46. Omladinski savez Srbije	
47. Pružaoci zdravstvene zaštite - lekari i medicinske sestre	
48. Studenti medicine i učenici za negovatelje	

- Izvori podataka i instrumenti korišćeni u studiji

Državni statistički podaci za poslednje dostupne godine preuzeti su iz različitih statističkih izveštaja i publikacija nosilaca podataka uključujući, baze podataka RZS (pribavljanje podataka o broju stanovnika prema starosti polu i NUTS3 regionima) i izvora podataka IZJZS (o broju zdravstvenih radnika i nezadovoljenim potrebama po

NUTS3 regionima). Prilog 1 sadrži neobrađene pokazatelje koji se koriste za identifikaciju lokaliteta (okruzi NUTS3 nivoa) sa niskim pristupom zdravstvenim uslugama.

- **Alati koji su korišćeni za dubinsko kvantitativno i kvalitativno istraživanje u oblasti medicinskih pustinja**

Protokol za izbor pokazatelja

Na osnovu definicije treba razmotriti najmanje tri vrste osnovnih informacija koje je moguće kombinovati u relevantne pokazatelje. Sve bi trebalo prikupiti barem na nivou lokaliteta, pri čemu lokalitete definišu trenutne administrativne jedinice u svakoj zemlji (npr. *Gemeente* u NL minicipiu/oras/comuna u RO i MD *opština i gradovi* u SR *comuni* u IT).

1. Podaci o stanovništvu (prilagođeno srpskoj metodologiji prikupljanja podataka, vidi Priloge):

- a. Ukupan broj stanovnika
- b. Broj stanovnika po starosnim grupama:

0-5 godina

5-9

10-14

15-19

20-24

25-29

30-34

35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

60-64

65-69

70-74

75-79

80-84

85-89

90 i više godina

2. Geografski podaci (gde su dostupni):

- a. Geolokacija (XY šifre) i/ili geografska širina i geografska dužina za svaki lokalitet
- b. Matrica udaljenosti drumom između lokaliteta (nije dostupno u Srbiji)

- c. Matrica udaljenosti prugom između lokaliteta (nije dostupno u Srbiji)
 - d. Matrica prosečnog trajanja putovanja drumom između lokaliteta (nije dostupno u Srbiji)
 - e. Matrica minimalnog trajanja putovanja javnim prevozom između lokaliteta (nije dostupno u Srbiji)
3. Podaci o pružanju osnovne zdravstvene zaštite (gde su dostupni):
- a. Podaci o lekarima opšte prakse: broj lekara opšte prakse i/ili ordinacija lekara opšte prakse po lokalitetu, prosečno radno vreme lekara opšte prakse po lokalitetu (nije moguće pronaći), prosečno udaljenost od lekara opšte prakse po lokalitetu (dostupno za NL)
 - b. Prisustvo hitnih službi
 - c. Broj kreveta za intenzivnu negu (nije dostupno u Srbiji)
 - d. Broj apoteka (nije dostupno u Srbiji)
 - e. Broj osoblja u apotekama (nije dostupno u Srbiji)
4. Podaci o pružanju „Napredne zdravstvene zaštite” (gde su dostupni):
- i. Svaka zemlja odlučuje šta je važno u njenom kontekstu
 - ii. Podaci se prikupljaju za svaki pokazatelj slično kao za „osnovnu zdravstvenu zaštitu”

Izvori podataka

U Srbiji potraga za podacima treba kao minimum da obuhvati sledeće izvore:

- Republički zavod za statistiku
- Pružaoce zdravstvenog osiguranja
- Ministarstvo zdravlja
- NVO aktivne u datoj oblasti
- Akademske izveštaje/radove/knjige/poglavlja koja koriste relevantne podatke
- Podatke Eurostata

Dobijena baza podataka

Dobijena baza podataka je strukturirana kao tabela sa dvostrukim unosom sa lokalitetima u redovima, a karakteristikama za svaki lokalitet u kolonama. Kolone treba da uključuju najmanje sledeće promenljive

- Statistički kod geografske jedinice (npr. GM kod u NL SIRUTA u RO)
- Naziv lokaliteta
- Okrug/srez
- Geografske koordinate (širina/dužina i/ili XY koordinate)
- Stanovništvo razvrstano po gore pomenutim kategorijama
- Podatke o pružanju osnovne zdravstvene zaštite:
 - a. Podatke o lekarima opšte prakse:

- i. Broj lekara opšte prakse i/ili ordinacija lekara opšte prakse po lokalitetima
 - ii. Prosečnu udaljenost do lekara opšte prakse po lokalitetima (dostupno za NL)
- b. Prisustvo hitnih službi
- c. Broj kreveta za intenzivnu negu
- d. Broj apoteka
- e. Broj osoblja u apotekama
- (sa b-e treba postupati isto kao sa a)
- Podatke o pružanju „Napredne zdravstvene zaštite“:
 - i. Svaka zemlja odlučuje šta je važno u njenom kontekstu.
 - ii. Podaci se prikupljaju za svaki pokazatelj slično kao za „osnovnu zdravstvenu zaštitu“

MDDT alati koji se koriste za dubinska kvalitativna istraživanja u vezi medicinskih pustinja prevedeni su na srpski jezik, kulturološki usvojeni i pripremljeni za distribuciju. Primer strukturisanog intervjua za dubinsko kvantitativno i kvalitativno istraživanje sadržan je u Prilogu 2 dok je anketni upitnik preveden na srpski jezik priložen u Prilogu 3.

- Kriterijumi uzorkovanja i metodologija za odabir medicinskih pustinja ili područja pod rizikom za studije slučaja

Formule prikazane u izveštaju o pregledu literature treba koristiti za kombinovanje podataka pokazatelja pristupa zdravstvenoj zaštiti. Svaki pokazatelj je grafički prikazan na mapi kategorisan kao „medicinska pustinja“, „blizu dezertifikacije“, „bez tragova dezertifikacije“. Pragovi za posmatranje područja kao pustinja uključuju korišćenje empirijskih i teorijskih znanja kako je objašnjeno u pregledu literature i prema nacionalnim standardima/normativu.

Krajnji ishod ovog koraka je baza podataka koja uključuje i početne (neobrađene) pokazatelje (gore opisane) i rezultirajuće pokazatelje za dezertifikaciju.

Dobijeni pokazatelji za dezertifikaciju uzimaju se u obzir za odabir studija slučaja za intervjue u Koracima 3 i 4 i za anketu u Koraku 5.

Nakon intervjua i ankete pragovi za izračunavanje pokazatelja će biti revidirani, a revidirana baza podataka će se koristiti za validaciju u Koraku 6.

Iako smo prikupili sirove pokazatelje dostupne u kontekstu Srbije tek treba sa liderima WP4 da primenimo metodologiju kreiranja indeksa dezertifikacije i da izračunavamo MDDT indeks u Srbiji.

Kriterijumi uzorkovanja za studije slučaja

Za odabir studija slučaja i lokacija lica intervjuisanih u Koracima 3-5 potrebne su početne klasifikacije. Za svaku zemlju za intervju i anketu se bira donjih 10% slučajeva u smislu pristupa zdravstvenoj zaštiti (odnosno lokaliteti koji su na vrhu indeksa dezertifikacije za dotičnu zemlju).

Prva 3 lokaliteta se biraju za intervju u Koracima 3 i 4. Zatim, tokom faze regrutovanja (Korak 3), razmatraju se predstavnici najnapuštenijeg lokaliteta. Ako se sva tri intervju planirana za lokalni nivo (vidi Korak 3) mogu obaviti treba ih obaviti, a procedura selekcije se ovde zaustavlja. Ako nije moguće pronaći tri lokalna predstavnika koji su dostupni i voljni da budu intervjuisani, razmatra se lokalitet na drugom mestu na listi. Ako se ne mogu obaviti intervju na ovom lokalitetu razmatra se treći lokalitet. Normalno verovatnoća da je nemoguće obaviti intervju na sva 3 lokaliteta koji su prvi na spisku je prilično mala. Međutim ako postoji rizik da se ne pronađu ispitanici na istom lokalitetu treba nastaviti proceduru odabira dok se ne ispune kriterijumi da su sva tri lokalna predstavnika sa istog područja.

Napominjemo da je kriterijum da se svi lokalni predstavnici fokusiraju na isti lokalitet važan da bismo imali sveobuhvatan pogled na odgovarajuću studiju slučaja.

Za istraživanje treba izabrati 10% napuštenih lokaliteta u svakoj zemlji.

Sadržaj za studije slučaja

Studija slučaja kao minimum sadrži:

- Prikaz lokaliteta zasnovano na pokazateljima izračunatim na osnovu prikupljenih podataka.
- Prikupljanje skorašnjih (poslednje 3 godine) medijskih izveštaja o medicinskim situacijama na dotičnom lokalitetu. Lokalni mediji su posebno relevantni.
- Intervju sa zainteresovanim stranama na odgovarajućim lokalitetima.

Nakon izračunavanja pokazatelja zdravstvene zaštite treba odlučiti od kog praga se lokalitet može smatrati podložnim dezertifikaciji. Tačnije na osnovu definicije tim prikuplja podatke, pa izračunava pokazatelje dezertifikacije kako je opisano u prethodnom odeljku. Zatim treba odrediti vrednost ispod (ili iznad) koje se mesto smatra pustinjom.

Mogu se primeniti dve strategije:

1. Statistička:
 - a. Mogu se uzeti u obzir statistički pragovi u odnosu na srednju vrednost u svakoj zemlji. Na primer:
 - Tri standardne devijacije ispod srednje vrednosti → jaka dezertifikacija

- Dve standardne devijacije ispod srednje vrednosti → jaka dezertifikacija
- Sve ostalo ispod srednje vrednosti → potencijalna dezertifikacija
- b. Umesto srednje vrednosti u slučaju poremećenih ili nenormalnih distribucija može se koristiti medijana. Na primer:
 - 90% ispod medijane → teška dezertifikacija
 - 80% ispod medijane → teška dezertifikacija
 - Sve ostalo 60% ispod medijane → potencijalna dezertifikacija

2. Na osnovu postojećih standarda/procena:

- a. To podrazumeva postavljanje ključnih zainteresovanih strana na pragovima i izvođenje pragova na osnovu takvih intervjua
- b. Takođe kao osnova za izvođenje pragova mogu se uzeti u obzir odredbe nacionalnog zakonodavstva

U svakom slučaju odluka o tome kako da se pozabavi pitanjem zahteva legitimeteta. Najbolje obezbeđivanje legitimeteta je konsultacija sa ključnim zainteresovanim stranama, što se može uraditi ne samo prilikom razmatranja druge strategije već i u prvoj strategiji. Štaviše te dve strategije (tj. njihove podstrategije) mogu se smatrati ne isključivim već komplementarnim.

Osim toga, dok se gore navedene strategije odnose na svaki pokazatelj (npr. lekari opšte prakse, farmaceuti, ginekolozi itd.) one zapravo dovode do definisanja nekog područja kao medicinske pustinje za odgovarajući pokazatelj.

Međutim može postojati interesovanje za ukupnu dezertifikaciju. To znači da treba razmisliti kako nekoliko pokazatelja spojiti u jedan. Na primer ako je lokalitet u medicinskoj pustinji na osnovu 3 kriterijuma od 8 da li je to medicinska pustinja ili nije?

Preporučeno sredstvo je da se sprovedu razgovori (intervjui) sa ključnim zainteresovanim stranama. Sledeća dva odeljka preciziraju kako odabrati lica za intervjuisanje odnosno koja pitanja treba da budu uključena u protokol intervjua.

Pri nastavljaju gore navedenih razmatranja važno je primetiti da je cilj čitavog postupka da se dokumentuje kvalitet klasifikacije, da se ona precizira (promena pragova i načina kombinovanja pokazatelja) i da se poveća legitimitet tako što će zainteresovanim strane biti upoznate sa alatom za dezertifikaciju.

Protokol za izbor zainteresovanih strana

(1) Tip ispitanika

S obzirom na potrebu za informacijama i potrebu za relevantnošću potrebno je razmotriti razgovore sa zainteresovanim stranama na lokalnom i centralnom nivou sa pružaocima usluga (bolnice lekari opšte prakse itd.), korisnicima zdravstvene

zaštite (pacijenti), regulatorima (javni organi), nezavisnim zainteresovanim stranama (NVO).

To jednostavno znači da je potrebno kombinovati dva osnovna kriterijuma: tip zainteresovanih strana (regulatori, pružaoci usluga, pacijenti NVO) i lokalizacija (centralna odnosno lokalna/regionalna).

(2) Broj slučajeva koje treba izabrati

Postoje dve perspektive koje treba razmotriti:

- S jedne strane cilj postupka je dokumentovanje, sa potencijalnim inputima, klasifikacije, odnosno povećanje legitimnosti poduhvata. I jedno i drugo ukazuje na to da su potrebni relevantni slučajevi, a ne reprezentativnost, a dubinski intervjui su najpogodniji alat u tom pogledu.
- S druge strane potrebno je razmotriti raspoložive resurse u smislu vremena i ljudskih resursa.

Uzimajući u obzir obe perspektive jedna studija slučaja po zemlji i šest intervjua po studiji slučaja bi trebalo da bude dovoljno da se dobiju potrebne informacije.

(3) izbor lica koja se intervjuišu

Intervjui se obavljaju sa sledećim licima:

- 1 predstavnik udruženja pacijenata centralni nivo
- 1 predstavnik javnih vlasti na centralnom nivou
- 1 predstavnik javnih vlasti na lokalnu/okrug potencilalno zahvaćenom dezertifikacijom (koji imaju barem jednu dimenziju na kojoj se može smatrati medicinskom pustinjom) [lokalni nivo]
- 1 predstavnik agencija za zdravstveno osiguranje (regionalni/lokalni – na području potencilalne dezertifikacije)
- 1 predstavnik lekara (regionalni/lokalni – u zoni potencilalne dezertifikacije)
- 1 predstavnik NVO aktivnih u oblasti zdravstvene politike [centralni nivo]

S obzirom da broj takvih lica na lokalnom nivou nije veliki pri odabiru treba koristiti sledeće smernice:

- Javni organ: izabrano lice može biti javni službenik zadužen za zdravstvena pitanja ili gradonačelnik/zamenik gradonačelnika ili lokalni savetnik.
- Lekari: izabrano lice može biti iz lokalnog ogranka udruženja/asocijacija lekara ili jednostavno lekar opšte prakse u toj oblasti ili lekar u obližnjoj bolnici (ako takva bolnica postoji).
- Agencije za zdravstveno osiguranje: ako postoji lokalna filijala, lice treba da bude iz te filijale, u suprotnom treba da bude sa nivoa okruga/regiona. Izabrano lice treba da ima neke uloge donosioca odluka u organizaciji.

Lica koja se intervjuišu na centralnom nivou treba izabrati na osnovu postojećih kontakata u organizacijama na centralnom nivou. Podsetimo se da ova komponenta projekta ne uzima u obzir reprezentativnost već je produktivna u smislu ideja i povratnih informacija dobijenih postojećim alatom, kao i za povećanje legitimiteta. To znači da nije potreban veoma strog kriterijum za odabir lica koja se intervjuišu.

Rezultati faze 3

Tabele 8.1 do 8.7 predstavljaju liste lokaliteta (na nivou NUTS3) koji su predloženi za studije slučaja na osnovu sirovih pokazatelja i rangirani od najgorih (npr. najmanji broj zdravstvenog osoblja) do najboljih vrednosti u smislu fizičke dostupnosti.

Tabela 8.1. Ukupan broj domova zdravlja na 100.000 stanovnika raspoređenih od najniže do najviše vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Ukupno zdravstvenih centara na 100.000 stanovnika
Beograd	0,94
Podunavski	1,64
Raški	1,65
Severnobački	1,69
Juznobački	1,78
Nišavski	1,96
Moravički	2,04
Zapadnobački	2,37
Sremski	2,37
Šumadijski	2,51
Jablanički	2,55
Rasinski	2,74
Južnobanatski	2,91
Srednjebanatski	2,91
Mačvanski	2,91
Pomoravski	3,08
Pčinjski	3,59
Borski	3,66
Kolubarski	3,74
Zlatiborski	3,81
Zaječarski	3,83
Severnobanatski	4,48
Pirotski	4,85
Toplički	4,87
Braničevski	4,91

Izuzimajući velika urbana područja (npr. grad Beograd) okruzi sa najmanjim brojem domova zdravlja na 100.000 stanovnika su Podunavski, Raški, Severnobački i Južnobački.

Tabela 8.2. Ukupan broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika raspoređen od najniže do najviše vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika za 2020. godinu
Mačvanski	34
Kolubarski	34
Toplički	34
Borski	35
Moravički	38
Podunavski	39
Pomoravski	43
Zapadnobački	43
Zlatiborski	45
Severnobanatski	47
Rasinski	48
Beograd	49
Pirotski	50
Južnobački	51
Sremski	52
Raški	52
Republika Srbija	52
Braničevski	53
Severnobački	54
Jablanički	54
Srednjebanatski	55
Zaječarski	56
Južnobanatski	60
Nišavski	81
Šumadijski	82
Pčinjski	94

Okruzi sa najmanjim brojem lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika su Mačvanski, Kolubarski, Toplički, Borski.

Tabela 8.3. Ukupan broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika starijih od 20 godina (koje opslužuju lekari opšte prakse) raspoređen od najniže do najviše vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika za 2020. godinu
Kolubarski	41
Mačvanski	42
Borski	42
Toplički	42
Moravički	47
Podunavski	49
Pomoravski	52
Zapadnobački	52
Zlatiborski	56
Severnobanatski	58
Rasinski	58
Pirotski	59
Beograd	61
Sremski	64
Južnobački	64
Braničevski	65
Republika Srbija	65
Zaječarski	66
Severnobački	66
Jablanički	67
Srednjobanatski	68
Raški	69
Južnobanatski	74
Nišavski	100
Šumadijski	101
Pčinjski	121

Okruzi sa najmanjim brojem lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika starijih od 20 godina su Kolubarski, Mačvanski, Borski, Toplički.

Tabela 8.4. Ukupan broj akušera-ginekologa na 100.000 ženskog stanovništva u 2019. raspoređen od najniže do najviše vrednosti.

NUTS3	Broj akušera-ginekologa lekari na 100.000 žena starijih od 14 godina za 2019. godinu Srbija NUTS3 nivo
Zapadnobački	16
Sremski	19
Severnobački	20
Zaječarski	20

Južnobanatski	22
Moravički	24
Pirotski	24
Mačvanski	24
Rasinski	25
Južnobački	26
Kolubarski	27
Srednjebanatski	27
Raški	27
Severnobanatski	27
Podunavski	28
Jablanički	28
Borski	30
Zlatiborski	31
Toplički	32
Nišavski	33
Braničevski	33
Pomoravski	36
Šumadijski	37
Pčinjski	38
Beograd	39

Okruzi sa najmanjim brojem akušera-ginekologa na 100.000 ženskog stanovništva starijih od 14 godina su Zapadnobački, Sremski, Severnobački, Zaječarski.

Tabela 8.5. Ukupan broj pedijatara na 100.000 pacijenata mlađih od 20 godina raspoređen od najniže do najveće vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Broj pedijatara na 100.000 pacijenata mlađih od 20 godina
Srednjebanatski	60
Južnobanatski	73
Zapadnobački	73
Severnobački	80
Sremski	80
Raški	93
Rasinski	95
Jablanički	96
Kolubarski	103
Severnobanatski	105
Braničevski	113
Mačvanski	116
Pčinjski	117

Moravički	120
Republika Srbija	121
Južnobački	124
Podunavski	128
Borski	130
Zlatiborski	131
Beograd	140
Zaječarski	147
Pomoravski	156
Nišavski	159
Toplički	163
Šumadijski	169
Pirotski	178

Okruzi sa najmanjim brojem specijalista pedijatar na 100.000 stanovnika mlađih od 20 godina su Srednjebanatski, Južnobanatski, Zapadnobački, Severnobački.

Tabela 8.6. Ukupan broj medicinskih sestara (bez babica) na 100.000 stanovnika raspoređen od najniže do najviše vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika
Sremski	358
Zapadnobački	440
Moravički	449
Severnobački	455
Podunavski	456
Rasinski	457
Pčinjski	467
Mačvanski	472
Jablanički	488
Raški	495
Zlatiborski	518
Srednjebanatski	520
Kolubarski	527
Južnobanatski	545
Severnobanatski	559
Republika Srbija	564
Južnobački	570
Braničevski	573
Pirotski	573
Šumadijski	584
Pomoravski	594

Toplički	619
Nišavski	647
Borski	678
Beograd	684
Zaječarski	696

Okruzi sa najmanjim brojem medicinskih sestara (bez babica) na 100.000 stanovnika su Sremski, Zapadnobački, Moravički, Severnobački.

Tabela 8.7. Ukupan broj lekara specijalista hirurgije na 100.000 stanovnika raspoređen od najniže do najviše vrednosti.

Okrug (NUTS3)	Broj lekara (hirurga) na 100.000 stanovnika
Sremski	22
Zapadnobački	25
Srednjebanatski	26
Mačvanski	28
Južnobanatski	30
Severnobački	30
Rasinski	30
Raški	31
Jablanički	32
Severnobanatski	32
Pčinjski	33
Braničevski	34
Zlatiborski	34
Pirotski	35
Podunavski	35
Kolubarski	35
Moravički	35
Toplički	37
Zaječarski	40
Republika Srbija	45
Pomoravski	46
Borski	49
Južnobački	51
Šumadijski	56
Beograd	64
Nišavski	72

Okruzi sa najmanjim brojem lekara specijalista hirurgije na 100.000 stanovnika su Sremski, Zapadnobački, Srednjebanatski, Mačvanski.

B. Analiza medija zasnovana na najnovijim medijskim izveštajima o medicinskim situacijama u oblastima studije slučaja - glavni nalazi po zemlji i izabranom okrugu (okruzima)

- Kako se o medicinske pustinje u Srbiji medijski pokrivaju:

- Uopšte uzev najčešće se govori o Srbiji
- Srednjobanatski (Zrenjaninski) okrug i opština se često pominju
- Ponekad se pominje Podunavski okrug (opština Smederevo)
- Ponekad se pominje Mačvanski okrug (opština Šabac i okolna sela)
- Drugi regioni ne dobijaju nikakvu ili malu medijsku pažnju

- Uobičajene teme

A. Uobičajeni problemi (ili kako se medicinske pustinje opisuje u medijima)

- Nedostatak lekara (i medicinske sestre, ali ređe) uglavnom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- Mala gustina lekara ili češće prosečan broj pacijenata po lekaru/medicinskoj sestri (ali generalno nije specifično ni za jednu specijalnost, nivo populaciju)
- Nedostatak medicinskih ustanova uglavnom primarne zaštite ali i hitne pomoći (zajedno sa dugim putovanjima)
- Dugo vreme putovanja do medicinske ustanove bilo zbog nedostatka ustanove u blizini ili nedostatka određenog lekara u toj ustanovi
- Lekari su dostupni samo određenim danima ili u kratkim vremenskim periodima (npr. samo ujutru)
- Dugo čekanje na posetu lekaru ili zakazivanje
- Operacije se odlažu, kasne, premeštaju se u drugi objekat
- Nedostatak lekara specijalista u opštim bolnicama (sekundarna zdravstvena zaštita)
- Periodična/sezonska nemogućnost pristupa zbog vremenskih uslova loših puteva itd.

B. Uobičajeni izvor problema (osnovni uzrok)

- Najčešće se pominje državna zabrana/politika zabrane novih zapošljavanja u javnom sektoru
- Nema dugoročne strategije za planiranje/razvoj medicinskog osoblja
- Nesrazmeran broj nemedicinskog osoblja u medicinskim ustanovama (obično povezano sa političkim zapošljavanjem, neki pominju građevinske radnike, nastavnike fizičkog vaspitanja, molere, angažovane kao stalno zaposlene)
- Kratkoročni ugovori za medicinsko osoblje (npr. šestomesečni ugovori koji se godinama obnavljaju svakih 6 meseci)
- Doktori koji se sele i/ili traže posao u većim centrima
- Migracija lekara u druge zemlje

- Specijalisti ne nastavljaju da rade u svojoj bolnici centru nakon specijalizacije (koju obično plaća njihov centar, već se kasnije sele u drugu medicinsku ustanovu i centar ostaje bez specijaliste)
- Loša infrastruktura nedostatak objekata, puteva, održavanja puteva

C. Kako se sada bore sa problemom

- Angažovanje penzionisanih lekara
- Specijalisti iz obližnje bolnice dolaze u drugu zdravstvenu ustanovu da pomognu/rade sa skraćenim radnim vremenom
- Integrisanje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite? (neki članci pominju da bi ovo skratilo vreme potrebno da se stigne kod specijaliste)

D. Predložena ili primenjena zajednička rešenja

- Ukidanje zabrane zapošljavanja u javnom zdravstvenom sistemu
- Zapošljavanje više medicinskog osoblja nasuprot nemedicinskog osoblja
- Bolje planiranje specijalista koji će se obrazovati (pominje se: „potrebno vam je 10 godina da biste imali dobrog nezavisnog specijalistu“)

Medijska pokrivenost okruga ili lokaliteta sa lošim pristupom medicinskim uslugama je obično opšta sa nekim specifičnim okruzima koji se češće pominju, kao što su Srednjobanatski sa gradom Zrenjaninom, Podunavski sa gradom Smederevom i Mačvanski sa gradom Šapcem. Iako bi drugi regioni mogli biti u opasnosti da postanu medicinske pustinje u Srbiji njih srpski mediji retko pokrivaju.

Medicinske pustinje se najčešće identifikuju kao mesta gde nedostaju lekari (uopšte, ili konkretnih specijalnosti) i često se vodi diskusija o gustini lekara, nedostatku medicinskih objekata, dugom putovanju do zdravstvenih ustanova. Kao neki efekti pominju se odlaganje operacija i poteškoće u zakazivanju pregleda kod lekara.

Najčešće kao izvor problema mediji i lica koja oni intervjuišu identifikuju državnu zabranu zapošljavanja u javnom sektoru kao deo politike štednje nedostatak dugoročne strategije planiranja/razvoja zdravstvenog osoblja, nesrazmeran broj nemedicinskih radnika angažovanih u zdravstvenim ustanovama i zdravstveno osoblje nezadovoljno uslovima rada (ugovor, sati) koje migrira u druga mesta.

C. Rezultati: Studija slučaja medicinskih pustinja (dubinsko istraživanje medicinskih pustinja na lokalnom nivou)

Ciljevi istraživanja studije slučaja bili su sledeći:

- Da se vidi kako je pristup medicinskim uslugama (primarnim i specijalizovanim) pokriven (ili nije) u svakoj oblasti. Tačnije da li se elementi za medicinsku dezertifikaciju mogu identifikovati u tom tekstu (ograničen broj

- ZR, velika udaljenost do najbližeg mesta usluga, dugo vreme čekanja, nedostatak određenih kritičnih medicinskih specijalizacija u toj oblasti i slično)
- Da se identifikuju najzastupljeniji elementi medicinske dezertifikacije na osnovu onoga što je iz pregleda literature već poznato vezano za 10.000 stanovnika u medicinskoj pustinji.
 - Pored toga tražimo mišljenja ispitanika u vezi mogućih rešenja medicinske dezertifikacije i odgovornih subjekata.

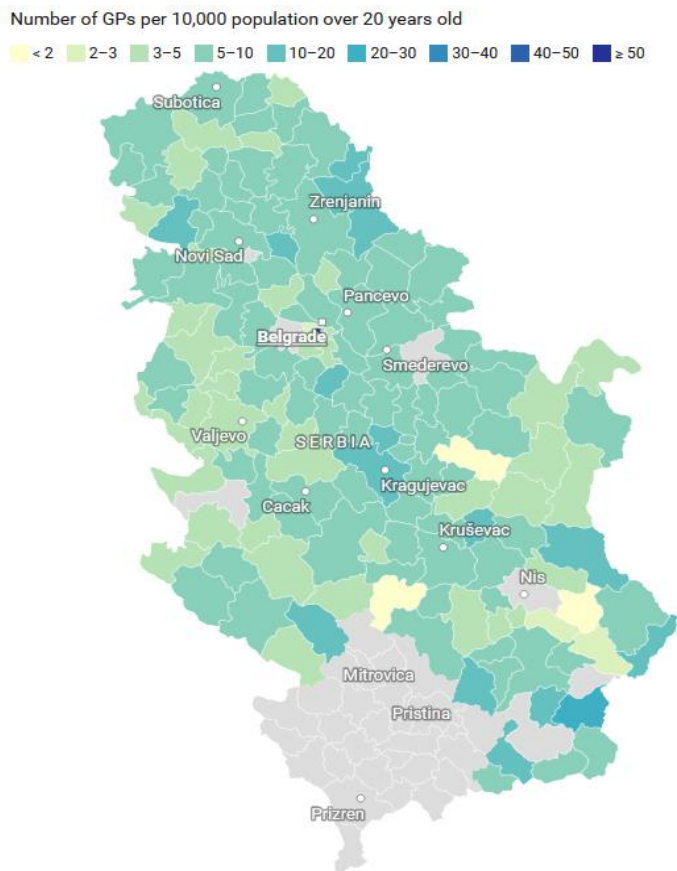
III. Kontekst okruga

U okviru ove studije razvijeno je ukupno devet mapa sa najnovijim dostupnim podacima. Ovih sledećih devet mapa (www.ahead.health) su:

1. Prikaz broja lekara opšte prakse na 10.000 stanovnika u naseljima u Srbiji (lekari opšte prakse u Srbiji koji pokrivaju potrebe stanovnika od 20 godina i starijih)
2. Prikaz broja lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika nivoa NUTS 3 (lekari opšte prakse u Srbiji koji pokrivaju potrebe stanovnika od 20 godina i starijih),
3. Prikaz broj specijalista na 10.000 stanovnika u naseljima u Srbiji,
4. Prikaz broja medicinskih sestara i babica na 10.000 stanovnika u naseljima u Srbiji,
5. Prikaz broja medicinskih sestara na 100.000 stanovnika nivoa NUTS3 u Srbiji,
6. Prikaz broja centar primarne zdravstvene zaštite na 100.000 stanovnika nivoa NUTS 3 u Srbiji,
7. Prikaz broja ginekologa na 100.000 žena od 15 godina i starijih nivoa NUTS 3 u Srbiji,
8. Prikaz broja pedijatara na 100.000 stanovnika strosti 0-19 godina nivoa NUTS 3 u Srbiji,
9. Prikaz broja hirurga na 100.000 stanovnika nivoa NUTS 3 u Srbiji.

Slika 7.1-7.9. Mapiranje lokaliteta (NUTS3 i LAU 1 u Srbiji) po gustini zdravstvenih radnika (AHEAD-MDDT pokazatelj medicinskih pustinja)

Napomena: Sive površine prikazuju oblasti bez odgovarajućih podataka.

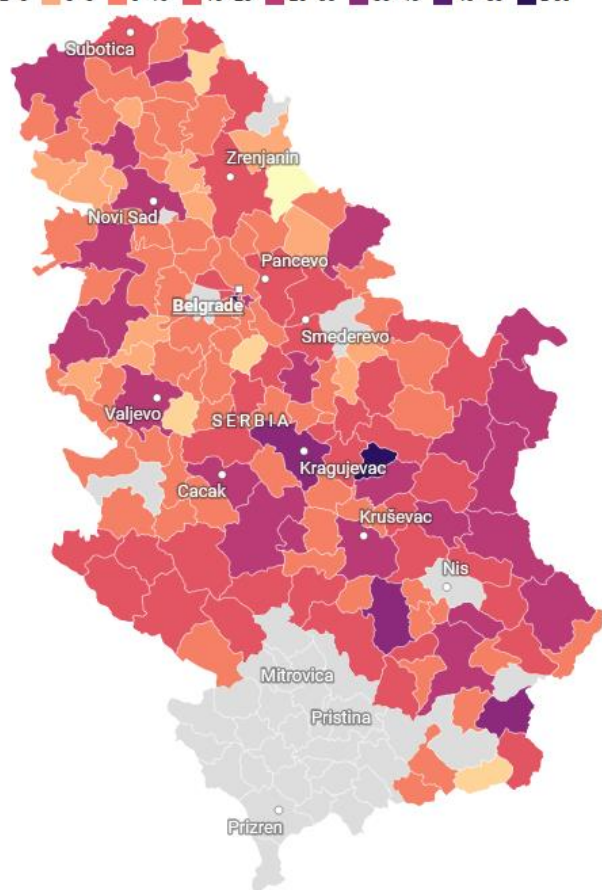


Slika 7.1.

Potencijalne medicinske pustinje nalaze se širom Srbije uglavnom u NUTS2 regionu- Jugoistočna Srbija gde je najgorom gustinom ističu LAU1 opštine Despotovac (Pomoravski okrug NUTS3), Brus (Rasinski okrug NUTS3), i Bela Palanka (Pirotski okrug NUTS3), sa najlošijom gustinom lekara opšte prakse na 10.000 stanovnika, odnosno sa manje od 2 lekara opšte prakse/10.000 (Slika 7.1)

Number of specialist physicians per 10,000 population

< 2 2-3 3-5 5-10 10-20 20-30 30-40 40-50 ≥ 50

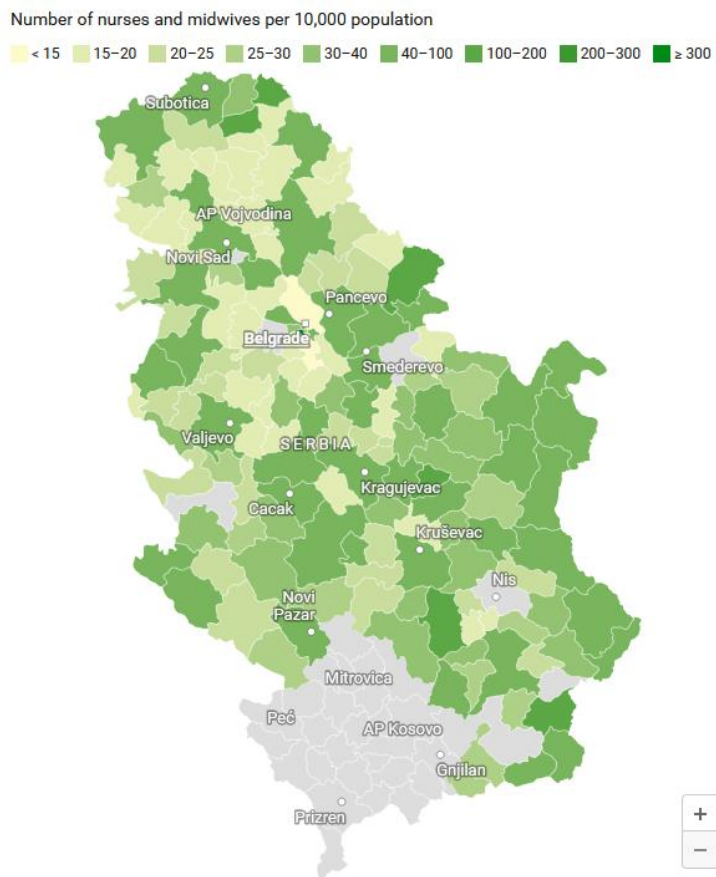


Slika 7.2

Potencijalne medicinske pustinje nalaze se širom Srbije uglavnom u NUTS2 regionu Vojvodina gde se izdvajaju LAU 1 Sečanj (NUTS3 Srednjobanatski okrug), sa manje od 2 lekara specijalista na 10.000 stanovnika i Čoka (NUTS3 Severnbanatski okrug), sa 2 -3 lekara specijalista na 10.000 stanovnika.

U NUTS2 Beograd se nalazi LAU1 Sopot sa 2-3 lekara specijalista na 10.000 stanovnika.

Sa 2-3 lekara specijalista na 10.000 stanovnika su i lokaliteti NUTS2 Šumadija i Centralna Srbija LAU1 Mionica (NUTS3 Kolubarski okrug), a u NUTS2 Južna i Istočna Srbija nalazi se LAU1 Trgovište (NUTS3 Pčinjski okrug), (Slika 7.2).



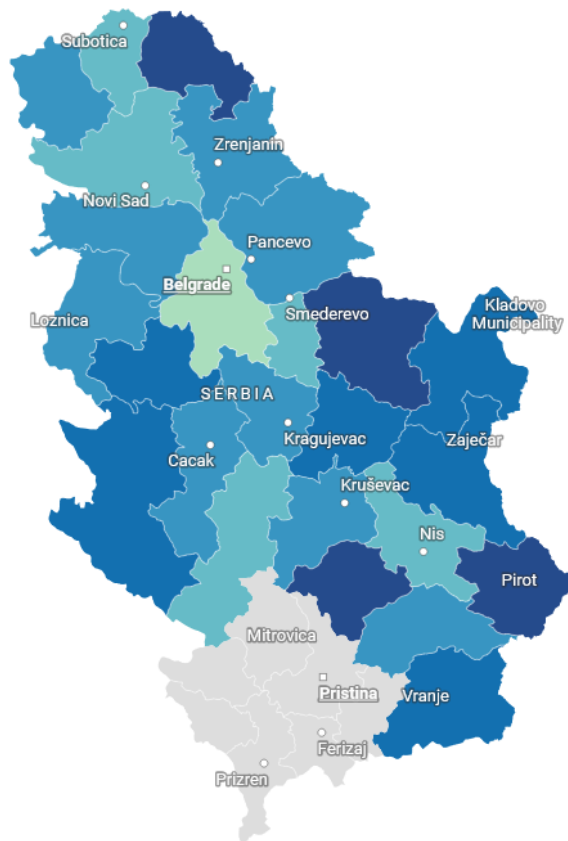
Slika 7.3

Potencijalne medicinske pustinje nalaze se širom Srbije uglavnom u NUTS2 regionu Vojvodina gde mnogi LAU 1 imaju manje od 2 medicinske sestre na 100.000 stanovnika. (Slika 7.3).

Total number of primary health care centers per 100,000 population in 2020 across districts in Serbia

Total Health Centres by Regions and per 100,000 population

< 0.1 0.1–1 1–2 2–3 3–4 ≥ 4

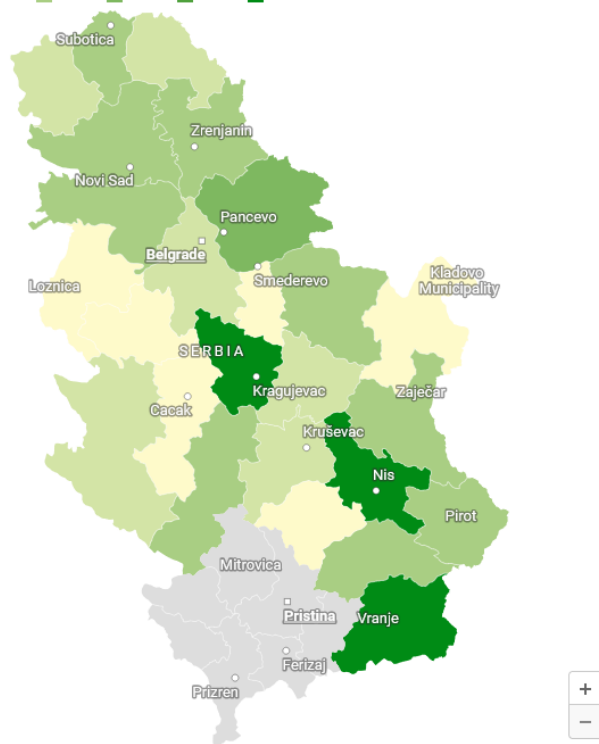


Slika 7.4

Iako izgleda da NUTS3 Beograd ima najmanji broj centara primarne zdravstvene zaštite na 100.000 stanovnika u stvarnosti to nije tačno jer svaki dom primarne zdravstvene zaštite ima svoje stanice i ambulante u svim opštinama (Slika 7.4). To je razlog što je na prethodnoj slici (Slika 7.3), identifikovan mali broj medicinskih sestara (manje od 1,5 medicinskih sestara/100 000), u dve velike opštine grada Beograda (LAU1 Palilula i LAU1 Voždovac), koje obuhvataju gradska prigradska i seoska područja opštine.

The map shows the Total number of general practitioners per 100,000 population (of age 20 years and more) in 2020 across districts in Serbia. Health Statistical Yearbook 2020. Belgrade: IPHS, 2021.

Number of gneral Practicioners per 100K population
 < 40 40-50 50-60 60-70 70-80 ≥ 80



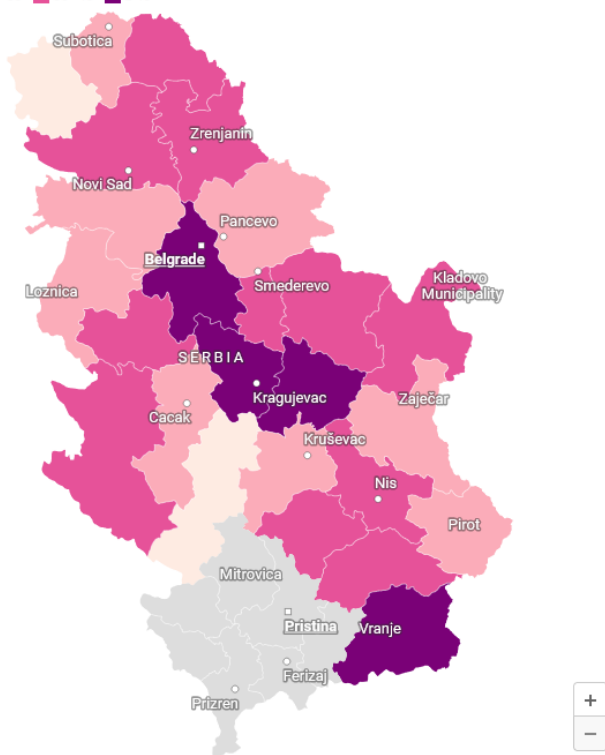
Slika 7.5

Najmanji broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika (tj. manje od 40 lekara opšte prakse/100.000), je identifikovan u Južnoj i Istočnoj Srbiji - NUTS3 Toplički i Borski okrug i u Šumadiji i Zapadnoj Srbiji - Kolubarski Mačvanski i Podunavski okrug (Slika 7.5).

The map shows the total number of gynecologists per 100,000 female population (of age 15 years and more) in 2020 across districts in Serbia

Number of Gynecologists per 100,000 female population

< 20 20–30 30–40 ≥ 40



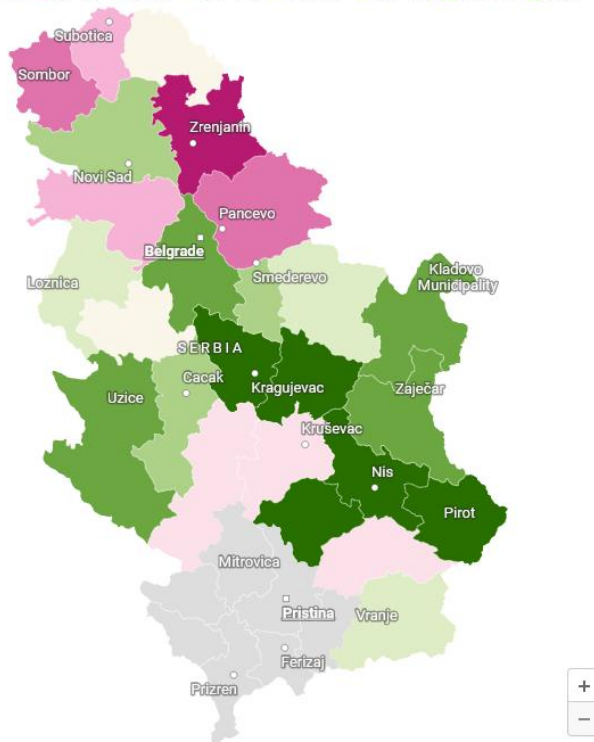
Slika 7.6

U 2020. identifikovana su dva okruga sa manje od 20 ginekologa na 100,000 žena (sa 15 godina i starijih): u Vojvodini je to NUTS3 Zapadnobački okrug, a u Šumadiji i Zapadnoj Srbiji NUTS3 - Raški okrug (Slika 7.6).

The map shows the total number of pediatricians, medical doctors specialists per 100,000 population (of age 0-19 years)

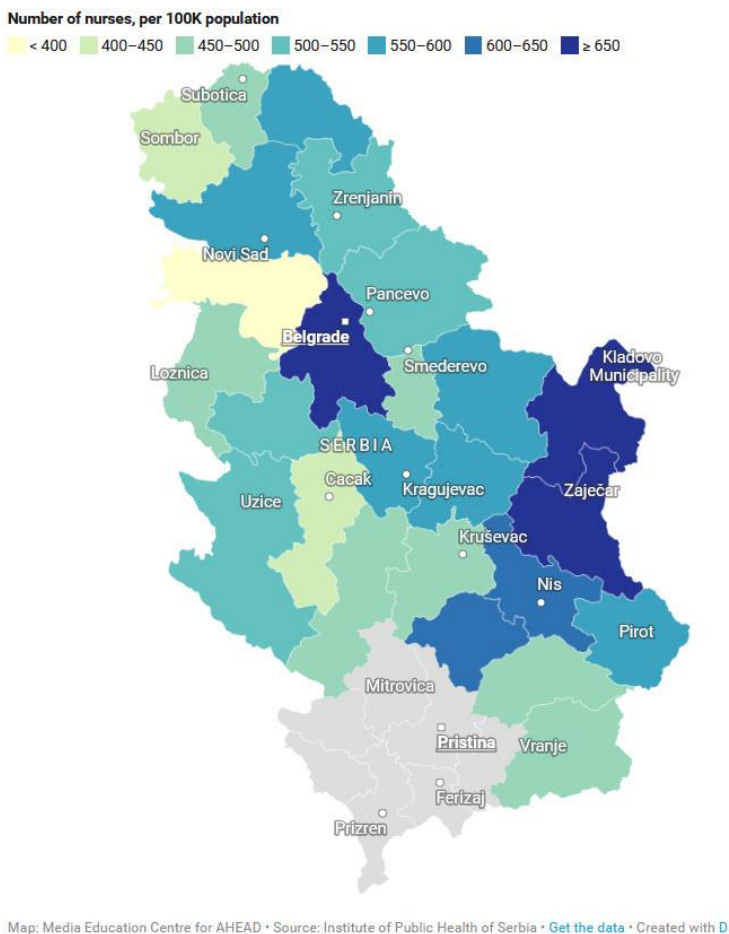
Number of pediatricians per 100K population

< 70 70-80 80-90 90-100 100-110 110-120 120-130 130-150 ≥ 150



Slika 7.7

Najmanji broj pedijatri lekara specijalista na 100.000 stanovnika (tj. manje od 70/100.000), je identifikovan u Vojvodini – NUTS3 Srednjobanatski okrug (Slika 7.7).



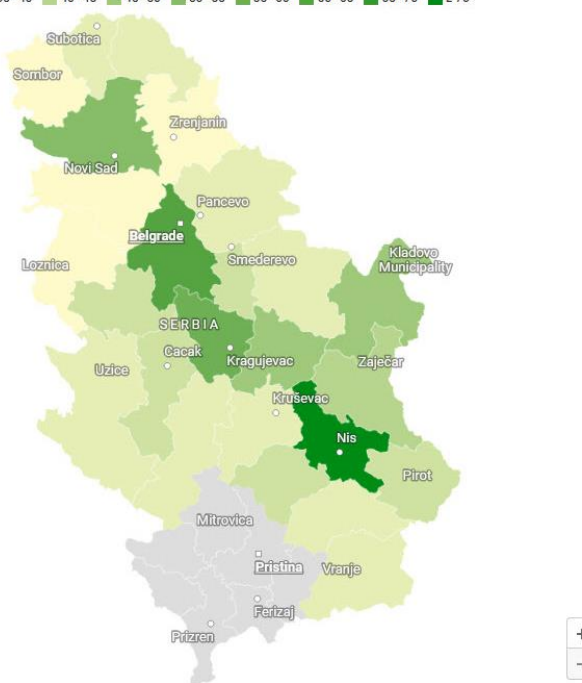
Slika 7.8

Najmanji broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika (tj. manje od 400 medicinskih sestara/100.000), je identifikovan u Vojvodini – NUTS3 Sremski okrug (Slika 7.8).

The map shows the Total number of surgeons (specialists) per 100,000 population in 2020 across districts in Serbia. The source of data is the Institute of Public Health of Serbia. Health Statistical Yearbook 2020. Belgrade: IPHS, 2021.

Num physicians (surgical) per 100K population

Range	Color
< 30	Lightest yellow
30-35	Light yellow
35-40	Yellow-green
40-45	Light green
45-50	Green
50-55	Dark green
55-60	Very dark green
60-65	Dark green
65-70	Very dark green
≥ 70	Black



Map: Media Education Centre for AHEAD • Source: Institute of Public Health of Serbia • [Get the data](#) • Created with [Datawrapper](#)

Slika 7.9

Najmanji broj lekara (hirurga), na 100.000 stanovnika (odnosno manje od 30 lekara (hirurga/100.000), je identifikovan u Vojvodini - NUTS3 Severnobački Srednjobanatski Sremski i Mačvanski okrug (Slika 7.9).

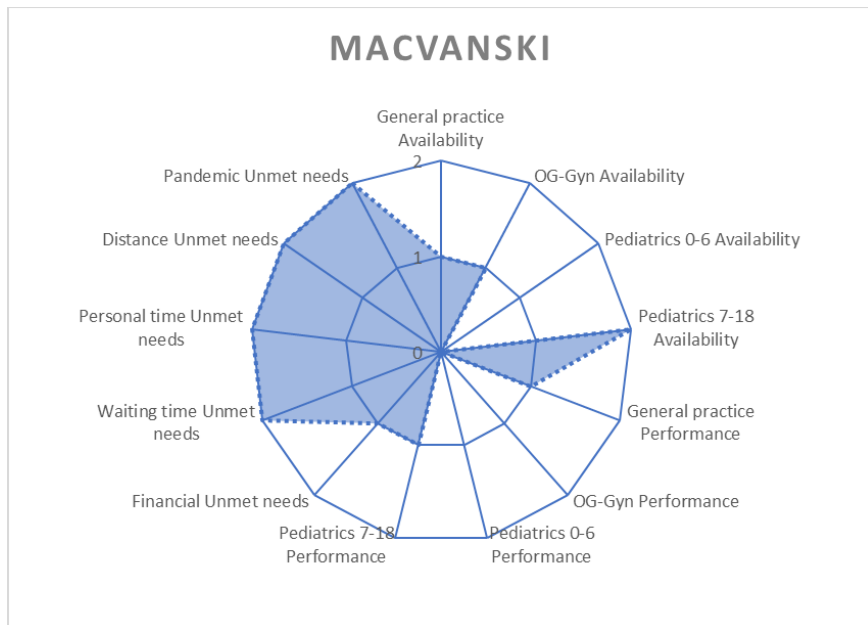
Sledeći radar dijagrami prikazuju različita „lica“ ili „oblike“ medicinskih pustinja u odabranim okruzima.

U nedostatku izračunatog MDDT indeksa za podatke iz Srbije ali prema dostupnim sirovim podacima, analizi medija kao i ranije razvijenom višekriterijumskom pristupu⁴³, Mačvanski Podunavski i Srednjobanatski okrug izabrani su kao okruzi za studiju slučaja koji su potencijalno identifikovani kao medicinski pustinje. Neobrađeni MDDT pokazatelji i izračunate vrednosti su izvučeni iz zdravstveno-statističkog godišnjaka Republike Srbije i izračunati korišćenjem Nacionalne ankete o zadovoljstvu pacijenata Instituta za javno zdravlje. Identifikovani okruzi bi se mogli promeniti kada se izračuna MDDT indeks za Republiku Srbiju.

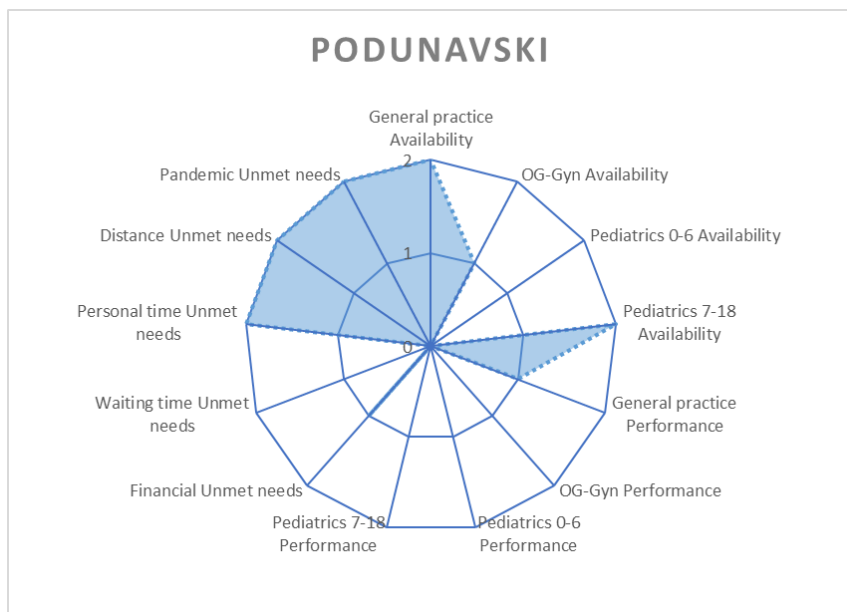
Sledeći radar dijagrami prikazuju različita „lica“ ili „oblike“ medicinskih pustinja u odabranim okruzima.

⁴³ Mandić-Rajčević et al. 2022. Predato za objavljivanje.

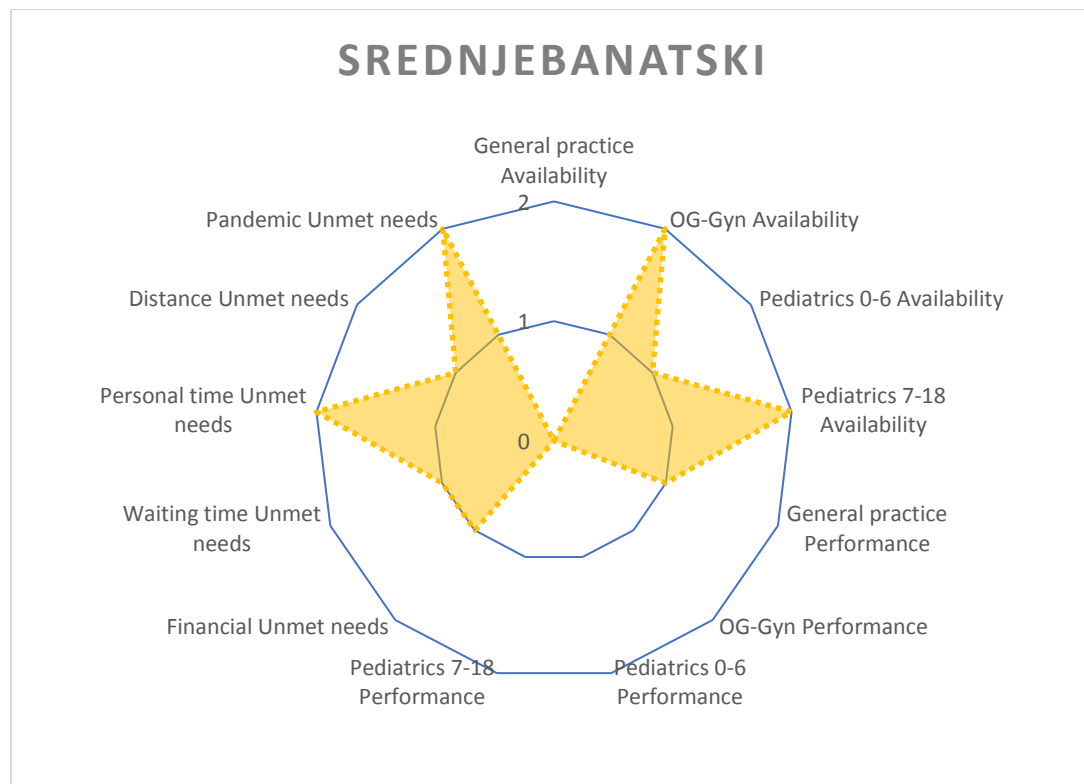
Slika 8.1 Radar dijagram Mačvanskog okruga koji prikazuje oblasti gde bi se ovaj okrug mogao svrstati u kategoriju medicinskih pustinja (veći broj označava veći broj kriterijuma identifikovanih kao potencijalno problematičnih u pružanju zdravstvene zaštite)



Slika 8.2 Radar dijagram Podunavskog okruga koji prikazuje oblasti gde bi se ovaj okrug mogao svrstati u kategoriju medicinskih pustinja (veći broj označava veći broj kriterijuma identifikovanih kao potencijalno problematičnih u pružanju zdravstvene zaštite)



Slika 8.3 Radar dijagram Srednjobanatskog okruga koji prikazuje oblasti gde bi se ovaj okrug mogao svrstati u kategoriju medicinskih pustinja (veći broj označava veći broj kriterijuma identifikovanih kao potencijalno problematičnih u pružanju zdravstvene zaštite)



Primenjena je metodologija dubinskog intervjua kako predlaže MDDT, uključujući kriterijume koji se koriste za odabir zainteresovanih strana za intervjue na svakom lokalitetu (Prilog 5 sadrži Vodič za intervjue). Ukratko dubinski intervjue je trajao otprilike 60-120 minuta. Prvi intervjui su bili individualni jer nije bilo moguće organizovati fokus grupu. Pre intervjua učesnici su zvanično kontaktirani lično, a zatim telefonom i podsećani e-poštom. Ukupno je organizovano 8 intervjua vraćeno je 5 upitnika, a u narednom periodu planirano je da se održi još 8 intervjua. Česti podsetnici i lični kontakti bili su neophodni s obzirom na nepredvidivu političku situaciju u zemlji izazvanu nedavnim izborima na svim nivoima vlasti i obnavljanjem mandata na njihovim funkcijama. Pored toga geopolitička i istorijska situacija Srbije zahteva različite prioritete na nacionalnom nivou tokom ratnog sukoba u Ukrajini koji je u toku.

Česti podsetnici i lični kontakti bili su neophodni s obzirom na nepredvidivu političku situaciju u zemlji izazvanu nedavnim izborima na svim nivoima vlasti i obnavljanjem mandata na njihovim funkcijama. Pored toga geopolitička i istorijska situacija Srbije zahteva različite prioritete na nacionalnom nivou tokom ratnog sukoba u Ukrajini koji je u toku.

Metodologija analize medija zasnovana je na pristupu predloženom za MDDT (uključujući kriterijume pretrage), a ključni pojmovi su stavljeni u kontekst karakteristika lokaliteta koji su preliminarno identifikovani kao potencijalne medicinske pustinje (videti Prilog 5 sa kompletnom listom odabranih članaka uz analizu i ključne pojmove). Ukratko, nalazi pretrage su potvrdili da se okruzi sa lošom dostupnošću najčešće identifikuju kao potencijalne medicinske pustinje.

Metodologija istraživanja bila je pristup korišćenjem mešovitih metoda i različitih instrumenata za prikupljanje podataka kao što je dubinski intervju licem u lice kad god je to moguće i kao rezerva telefonski intervju i intervju e-poštom. Kriterijumi za odabir planiranih učesnika bili su sledeći: relevantnost institucije za politike, moć donošenja odluka, stečeni interesi i dostupnost. Ukupno je poslato 30 poziva, u proseku 3 po tipu ustanove.

A. Nalazi kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja

- Svest o dezertifikaciji

Ispitanici u AHEAD-MDDT anketi i upitniku su potvrdili da nisu upoznati sa pojmom medicinske pustinje ali se slažu i da bi medicinska pustinja mogla biti potencijalno relevantna tema u Srbiji posebno ako se pogleda dostupnost stručnosti za specifične veštine.

Za zainteresovane strane na centralnom nivou medicinskom dezertifikacijom bi se moglo pozabaviti već 2020. i 2021. godine kada je intenzivno zapošljavanje određeno za sve kategorije zdravstvenih radnika, više nego što je to bilo u godinama pre 2020. godine.

Osnovna razlika je u tome što zainteresovane strane na centralnom nivou jedva da veruju da postoji mnogo medicinskih pustinja na nivou okruga i opština, dok neke zainteresovane strane na lokalnom nivou prepoznaju čest nedostatak pristupa uslugama zdravstvenoj zaštiti zbog neodgovarajuće mešavine veština u objektima zdravstvene zaštite na lokalnom nivou.

- Kriterijumi koje ispitanici smatraju relevantnim za definisanje pristupa medicinskim uslugama

Ispitanici u AHEAD-MDDT anketi i upitniku saglasni su da glavni kriterijumi za dezertifikaciju treba da budu i mogućnost pristupa i dostupnost usluga zdravstvene zaštite (mogućnost fizička pristupa i dostupnost zbog potrebnog vremena). Naglasili su da za dezertifikaciju treba analizirati ne samo ambulantne usluge (primarna zdravstvena zaštita hitna pomoć i apoteke) već i mogućnost fizičkog pristupa i dostupnost stacionarnih usluga.

Većina ispitanika u AHEAD-MDDT anketi i upitniku je identifikovala da treba analizirati svih sedam pokazatelja koji se predlažu za dezertifikaciju, dok je gustina naseljenosti

izvan isključive odgovornosti zainteresovanih strana u zdravstvenom sektoru. Oni su kao relevantne za Srbiju identifikovali sledeće pokazatelje:

- Postojanje ustanove primarne zdravstvene zaštite/apoteke/hitne pomoći,
- Fizička udaljenost,
- Vremenska udaljenost,
- Gustina aktivnih lekara opšte prakse, lekara specijalista, medicinskih sestara i pružaoca nege, hitne pomoći, farmaceuta i stomatološke zdravstvene zaštite,
- Vreme čekanja na njihove usluge,
- Blizina najbliže ustanove primarne zdravstvene zaštite,
- Blizina najbližeg objekta stacionarne nege kao što je opšta bolnica ili klinika,
- Gustina naseljenosti zajednica u komšiluku.
- Distribucija privatnih ordinacija kao što su stomatološke usluge i usluge nege je relevantna za razmatranje,
- Postojanje tehnologije digitalne zdravstvene zaštite koja podržava obuku i konsultacije za zdravstvenu zaštitu.

Pošto su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i podzakonskim aktima (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova i Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje poslova zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima usluga zdravstvene zaštite) definisani minimalni kadrovski i organizacioni kriterijumi za osnivanje, funkcionisanje i rad ustanova zdravstvene zaštite, oni su takođe prijavljeni kao kriterijumi koji bi se u ovoj zemlji trebali koristiti za definisanje pragova počev od kojih se lokalitet identifikuje kao medicinska pustinja.

Iako MDDT predviđa definisanje indeksa udaljenosti koju lice treba da pređe da bi pristupilo određenoj usluzi u objektima primarne zdravstvene zaštite, odgovorni partner na projektu nije bio u mogućnosti da do roka za pisanje ovog Izveštaja za zemlju dostavi srpskim kolegama MD indekse za srpske NUTS3 regione. Međutim, korišćenje ovih MD indeksa bi pomoglo da se napravi razlika između daljih i bližih udaljenosti koje lice treba da pređe da bi pristupilo određenoj usluzi na nivou primarne zdravstvene zaštite u različitim regionima. Prema percepciji ispitanika pristup koji se koristi za identifikaciju MDDT mogao bi dati zanimljive rezultate, pa se preporučuje da se MDDT indeks u potpunosti primeni kada se dobije i predstavi tim ispitanicima na završnoj diskusiji. Trenutne mape koje se koriste u MDDT metodologiji treba smatrati početnim mapama/klasifikacijom. Mnogim ispitanicima to nije novo i izgleda im relevantno. Preliminarni rezultati primenjenog MDDT bili su očekivani i trebalo bi da budu dodatno verifikovani od strane lokalnih i nacionalnih zainteresovanih strana kada se od AHEAD partnera dobije MDDT indeks za Srbiju. Ipak gustina zaposlenih u zdravstvu mogla je dati samo delimičan uvid u razloge koji doprinose procesu medicinske dezertifikacije okruga i opština u Srbiji.

Ispitanike je zanimalo da vide kako su po odabranim kriterijumima pozicionirane druge zemlje i lokaliteti. U nedostatku međunarodnih standarda za radnu snagu u

zdravstvu, oni su predložili korišćenje najboljih praksi kao merila za kreiranje i pokretanje lokalnih akcija. U slučaju postojanja standarda za smisleno poređenje koje su razvili stručnjaci postoji potreba da se pre poređenja standardi što više prilagode lokalnom kontekstu. Ispitanici se ne bi opredelili da porede nacionalne proseke ili proseke sa međunarodnim prosekom (npr. EU, OECD ili Zapadni Balkan, itd.) za kreiranje politika. Ipak oni bi želeli da znaju te proseke radi orijentacije. Predložili su stvaranje lokalno specifičnih standarda i praćenje njihove evolucije tokom vremena i u slučaju razvoja programa koji bi se pozabavio medicinskim pustinjama u Srbiji.

- Potencijalna rešenja za dezertifikaciju i radnje koje treba preduzeti (svi nivoi)

Prema dubinskom intervjuu sa zainteresovanih strana i stavovima ispitanika ne postoji jedinstveno ili samo jedino rešenje koje bi moglo biti efikasno za svaku medicinsku pustinju (Uokvireni tekst 2 i Uokvireni tekst 3). Budući da gustina radne snage u zdravstvu korišćena u MDDT daje samo delimičan uvid u razloge koji doprinose procesu medicinske dezertifikacije okruga i opština u Srbiji najčešća rešenja koja se odnose na razloge vezane za zdravstvenu radnu snagu mogu biti sledeća:

Uokvireni tekst 1. Za zainteresovane strane na nacionalnom nivou (tj. vladu, ministre, komore i udruženja zdravstvenih radnika, najviše rukovodioce zdravstvenih ustanova, zdravstvene radnike, institute, udruženja pacijenata, civilno društvo, druge agencije i stručnjaci).

Vezano za broj i mešavine veština zdravstvenih radnika	Vezano za podršku radnom i životnom okruženju zdravstvenih radnika
• Bolje pratiti kretanja zdravstvenih radnika (na primer uvođenjem računa zdravstvenih radnika); • Razviti nacionalnu strategiju za zdravstvene radnike; • Revidirati kadrovske standarde za zdravstvene radnike i negovatelje; • Redefinisati standarde rada za lekare i medicinske sestre; • Revidirati politiku dvostrukog rada; • Angažovati više zdravstvenih radnika;	• Razviti nacionalne politike za migraciju i mobilnost zdravstvenih radnika kroz bolje praćenje njihovih tokova (na primer uvođenjem računa zdravstvenih radnika) • Investirati u digitalna rešenja za profesionalne konsultacije putem resursa videa i tableta/mobilnih telefona • Investirati u digitalna rešenja za konsultacije pacijenata putem resursa videa i tableta/mobilnih telefona

• Investirati u osnivanje više medicinskih škola za obuku bliže lokalnom nivou za prioritetne usluge; • Proširiti spisak kvalifikacija uvođenjem zanimanja pomoćne medicinske sestre i negovateljice; • Redizajnirati terenski rad zdravstvenih radnika organizovanjem rada mobilnih ambulantni mobilnih timova lekara opšte prakse i mobilnih negovatelja; • Kreirati razne vrste paketa podsticaja.	• Utvrditi paketa podsticaja za dugoročni i stalni rad u medicinskim pustinama. • Investirati u formiranje mobilnih ambulantni mobilnih timova lekara opšte prakse mobilnih apoteka i mobilnih negovatelja. • Poboljšati kombinaciju javnog/privatnog pružanja usluga • Ojačati paket dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
--	--

Uokvireni tekst 3. Za zainteresovane strane na lokalnom nivou (tj. lokalne vlasti, pružaoce zdravstvene zaštite, glavne menadžere zdravstvenih ustanova, udruženja pacijenata, civilna udruženja, druge agencije i stručnjake)

Vezano za broj i mešavine veština zdravstvenih radnika	Vezano za podršku radnom i životnom okruženju zdravstvenih radnika
• Identifikovati potrebe zdravstvenih radnika, • Obezbediti ažurne podatke o zdravstvenim potrebama stanovništva, • Razviti lokalni informacioni sistem za praćenje tokova zdravstvenih radnika, • Učestvovati u planiranju i razvoju zdravstvenih radnika • Predložiti revidirane kadrovske standarde za lekare opšte prakse i medicinske sestre; • Angažovati više zdravstvenih radnika; • Učestvovati u organizaciji terenskog rada mobilnih ambulantni mobilnih apoteka mobilnih timova lekara opšte prakse i mobilnih negovatelja za nekoliko mesnih naselja; • Kreirati razne vrste paketa podsticaja.	• Investirati u digitalna rešenja za profesionalne konsultacije putem resursa videa i tableta/mobilnih telefona, • Investirati u digitalna rešenja za konsultacije pacijenata putem resursa videa i tableta/mobilnih telefona, • Investirati u osnivanje više medicinskih škola za obuku bliže lokalnom nivou za prioritetne usluge (npr. promocija zdravlja i medicinska nega), • Poboljšati moralni imidž lokalnih zdravstvenih radnika, • Razviti lokalne politike za migraciju i mobilnost zdravstvenih radnika.

Za zainteresovane strane na nacionalnom i lokalnom nivou bilo je mnogo predloženih rešenja, među kojima se najčešće pominjala neophodnost angažovanja većeg broja radnika u zdravstvenoj zaštiti da bi se obezbedila zamena zdravstvenog osoblja na bolovanju ili odsustvu iz drugih razloga, tj. na taj način obezbedio kontinuitet i kvalitet nege pacijenata. Ovo će zahtevati reviziju broja osoblja i standarda rada zdravstvenih radnika i razvoj strategije za zdravstvene radnike. Pored toga sve prisutnije namere da se emigrira i migrira u urbane sredine mogu biti faktor koji

olakšava pogoršanje migracija zdravstvenih radnika iz udaljenih područja i medicinskih pustinja. S tim u vezi potrebno je jačati moralni imidž domaćih zdravstvenih radnika, onih koji ne emigriraju. Izrazi „rasipanje mozgova“ i „odliv mozgova“ ne bi trebalo isključivo da znače da samo najbolji ili najkompetentniji zdravstveni radnici napuštaju zemlju dok automatski to znači da oni koji ostaju nisu priznati kao najbolji ili najkompetentniji zdravstveni radnici. Još jedno često rešenje bilo je uspostavljanje paketa podsticaja za dugoročni i stalni rad u medicinskim pustinjama. Paket podsticaja za mlade lekare koji deo pripravničkog staža tu provedu pre zaposlenja mogao bi da bude u vidu više ESPB bodova na osnovnim/postdiplomskim studijama ili prednosti pri zapošljavanju. Za iskusne zdravstvene radnike podsticajni paket bi bio radno iskustvo u udaljenim sredinama kao preduslov za napredovanje u profesionalnoj karijeri. Pored aktivnosti zdravstvenog sektora postoji potreba za društvenim i ekonomskim aktivnostima na nacionalnom i lokalnom nivou u cilju podizanja životnog i radnog standarda, uključujući nadogradnju infrastrukture naselja (struja, putevi, sanitarni uslovi i snabdevanje vodom). Ovo je u skladu sa činjenicom da većina razloga postojanja nezadovoljenih potreba nije u vezi sa zdravstvenim sistemom.

B. Zaključak i implikacije politike

Sve u svemu, preliminarni rezultati primene AHEAD-MDDT u Srbiji su u skladu sa demografskim, ekonomskim, epidemiološkim i ekonomskim kontekstom zemlje. To se dobro ogleda u činjenici da se verovatne medicinske pustinje identifikuju u okruzima juga Srbije uz korišćenje samo pokazatelje gustine zdravstvenih radnika u istim okruzima gde svi kontekstualni pokazatelji nisu tako dobri kao oni u okruzima severnog dela Srbije. Međutim dalja analiza korišćenjem kompleksnog pristupa sa AHEAD-MDDT indeksom (rezultati nisu bili dostupni autoru u vreme pripreme izveštaja za zemlju) tek treba da bude potvrđena.

Ispitanici u AHEAD-MDDT anketi i upitniku potvrdili su da nisu upoznati sa pojmom medicinske pustinje ali se i slažu da bi, ako se gledaju podaci pre 2020. godine, medicinske pustinje mogle biti potencijalno relevantna tema u Srbiji. Osnovna razlika je u tome što zainteresovane strane na nacionalnom nivou teško da veruje da postoji mnogo medicinskih pustinja na nivou okruga i opština, dok neke zainteresovane strane na lokalnom nivou prepoznaju nedostatak pristupa zdravstvenoj zaštiti zbog neodgovarajuće kombinacije veština u lokalnim ustanovama zdravstvene zaštite.

Ispitanici u AHEAD-MDDT anketi i upitniku saglasni su da glavni kriterijumi za dezertifikaciju treba da budu i dostupnost i mogućnost pristupa (fizička mogućnost pristupa i vremenska mogućnost pristupa) uslugama zdravstvene zaštite. Naglasili su da za dezertifikaciju treba analizirati ne samo ambulantne službe (primarna zdravstvena zaštita hitna pomoć i apoteke), već i mogućnost pristupa i dostupnosti stacionarnih usluga. Većina ispitanika u AHEAD-MDDT anketi i upitniku je

identifikovala da svih sedam pokazatelja koji se predlažu za dezertifikaciju treba analizirati, dok je gustina naseljenosti izvan isključive odgovornosti zainteresovanih strana iz zdravstvenog sektora.

Trenutne mape koje se koriste u MDDT metodologiji treba smatrati početnim mapama/klasifikacijom. Za mnoge ispitanike rezultati sprovedenog MDDT su bili očekivani i trebalo bi da budu dalje verifikovani od strane lokalnih i nacionalnih zainteresovanih strana kada se od AHEAD partnera dobije MDDT indeks za Srbiju. Ipak gustina zaposlenih u zdravstvu mogla je dati samo delimičan uvid u razloge koji doprinose procesu medicinske dezertifikacije okruga i opština u Srbiji.

Prema dubinskom intervjuu sa stavovima zainteresovanih strana i ispitanika, potrebna potencijalna rešenja za medicinsku dezertifikaciju su složena jer je i sama tema složena. Osim toga ne postoji jedinstveno ili samo jedno rešenje koje bi moglo biti efikasno za svaku medicinsku pustinju. Ispitanici su identifikovali nekoliko rešenja za rad za razlog vezan za zdravstvene radnike, uključujući zapošljavanje većeg broja radnika u zdravstvenoj zaštiti, uspostavljanje više mesta za obuku, posebno za povezane radnike za pomoć ugroženom stanovništvu i pacijentima koji su na dugoj listi čekanja za stacionarne usluge, ulaganje u digitalna rešenja za video i telefonske konsultacije, uspostavljanje paketa podsticaja i unapređenje rada na terenu u medicinskim pustinjama. U skladu sa činjenicom da većina razloga za nezadovoljene potrebe u Srbiji nije vezana za zdravstveni sistem, oni su istakli potrebu društveno-ekonomskih aktivnosti u pravcu podizanja životnog i radnih standarda u potencijalnim medicinskim pustinjama u Srbiji.

Planiranje i regulisanje organizacije i finansiranja radne snage u zdravstvenoj zaštiti u Srbiji su centralizovani na nivou Ministarstva zdravlja, pa je ono odgovorno za mnoga rešenja. Međutim program za smanjenje medicinskih pustinja bi imao koristi od zajedničkog delovanja ministarstava (Ministarstva prosvete nauke i tehnološkog razvoja, Ministarstva za rad zapošljavanje boračka i socijalna pitanja i Ministarstva finansija itd.), lokalnih samouprava i raznih zainteresovanih strana u zdravstvenoj zaštiti na nivou zajednice.

C. Preporuke za politike

Razloge za postojanje medicinskih pustinja i potrebe stanovništva na ovim prostorima treba planirati i sistematski rešavati, a posebno prilikom izrade novog plana razvoja zdravstvene zaštite u Srbiji. Ovo bi zahtevalo participativni pristup ključnih lokalnih aktera odozdo na gore, tokom formulisanja i definisanja akcionog plana. Taj mehanizam bi se sastojao od događaja za formiranja širokog konsenzusa za glavne teme zdravstvene politike, a ne samo od javnih rasprava poput onih u užim grupama profesionalaca što je bio veoma uobičajen metod za donošenje zdravstvenih propisa i zakona u prethodnom periodu. Lokalne zajednice igraju ključnu ulogu u integraciji dokaza o potrebama zdravstvene zaštite i očekivanjima romske populacije i osoba sa

invaliditetom, uključujući i preferencije u pogledu pristupa zdravstvenoj zaštiti na lokalnom i centralnom nivou.

Preporuke koje proizilaze iz analize medija ukazuju da bi trebalo ukinuti zabranu zapošljavanja u javnim ustanovama (barem na mestima koja su u opasnosti da postanu medicinske pustinje), da je potrebna dugoročna strategija planiranja/razvoja radne snage koja bi trebala da se sprovede što je pre moguće, da pri zapošljavanju u zdravstvenim ustanovama treba dati prednost medicinskom osoblju, da je potrebno raditi na zadovoljstvu zdravstvenog osoblja kako bi se smanjio migracioni pritisak. Pored toga u mnogim slučajevima postoji potreba da se poboljša infrastruktura koja bi građanima omogućila bolji pristup zdravstvenim uslugama.

Prilog 1. Podaci prikupljeni za izračunavanje MDDT indikatora

ID regiona	Okrug	Ukupna populacija, 2020. godina	Ukupna populacija preko 19 godina, 2021. godina	Domovi zdravlja, 2020. godina	Zdravstveni centri 2020. godina	Ukupno zdravstvenih centara na 100.000 stanovnika	Broj lekara	Broj lekara na 100.000 stanovnika
1	Severnobački	177044	143138	3		1,69	382	214
2	Srednjobanatski	171988	138800	5		2,91	396	228
3	Severnobanatski	133934	109070	6		4,48	338	250
4	Južnobanatski	275289	221773	8		2,91	609	220
5	Zapadnobački	168841	138685	4		2,37	371	217
6	Južnobački	618624	490748	11		1,78	1897	307
7	Sremski	295132	238653	7		2,37	553	186
8	Beograd	1694480	1358492	16		0,94	5946	351
9	Mačvanski	274549	221302	8		2,91	629	227
10	Kolubarski	160558	131402	6		3,74	398	245
11	Podunavski	182895	147858	3		1,64	423	229
12	Braničevski	163058	133962	8		4,91	422	255
13	Šumadijski	278917	226839	6	1	2,51	937	333
14	Pomoravski	194676	160055	6		3,08	578	293
15	Borski	109210	90759	2	2	3,66	380	342
16	Zaječarski	104352	87990	2	2	3,83	367	346
17	Zlatiborski	262664	212207		10	3,81	680	256
18	Moravički	196516	159783	4		2,04	439	221
19	Raški	303552	229185	5		1,65	777	255
20	Rasinski	219017	179906	6		2,74	492	222
21	Nišavski	357920	291891	7		1,96	1399	388
22	Toplički	82067	66090	4		4,87	214	257
23	Pirotski	82537	69025	4		4,85	241	288
24	Jablanički	196265	158894	5		2,55	508	256
25	Pčinjski	195041	151525	5	2	3,59	508	259

Regioni	Okrug	Broj lekara na 100.000 stanovnika	Broj lekara, medicinska grupa specijalnosti	Broj lekara, hirurška grupa specijalnosti	Broj lekara (hirurga) na 100.000 stanovnika
1	Severnobački	214	69	53	30
2	Srednjebanatski	228	80	46	27
3	Severnobanatski	250	54	43	32
4	Južnobanatski	220	100	82	30
5	Zapadnobački	217	73	42	25
6	Južnobački	307	408	316	51
7	Sremski	186	87	66	22
8	Beograd	351	1319	1079	64
9	Mačvanski	227	112	77	28
10	Kolubarski	245	76	57	36
11	Podunavski	229	72	65	36
12	Braničevski	255	82	56	34
13	Šumadijski	333	203	158	57
14	Pomoravski	293	122	91	47
15	Borski	342	64	54	49
16	Zaječarski	346	92	42	40
17	Zlatiborski	256	144	90	34
18	Moravički	221	86	70	36
19	Raški	255	164	95	31
20	Rasinski	222	91	67	31
21	Nišavski	388	364	260	73
22	Toplički	257	45	31	38
23	Pirotski	288	44	29	35
24	Jablanički	256	99	63	32
25	Pčinjski	259	104	65	33

Regioni	Okrug	Broj akušera i ginekologa	Broj ženske populacije srednjih godina (procene)	Broj akušera-ginekologa na 100,000 žena, 2019. godina, Srbija nivo NUTS3	Broj lekara specijalista pedijatara
1	Severnobački	18	92195	20	27
2	Srednjebanatski	24	88472	27	20
3	Severnobanatski	19	69137	27	26
4	Južnobanatski	31	140889	22	39
5	Zapadnobački	14	87249	16	22
6	Južnobački	82	320302	26	159
7	Sremski	29	150552	19	45
8	Beograd	352	894199	39	472
9	Mačvanski	34	139941	24	62
10	Kolubarski	22	81623	27	30
11	Podunavski	26	93539	28	45
12	Braničevski	28	84770	33	33
13	Šumadijski	53	143595	37	88
14	Pomoravski	36	101381	36	54
15	Borski	17	56807	30	24
16	Zaječarski	11	54026	20	24
17	Zlatiborski	42	133899	31	66
18	Moravički	24	100990	24	44
19	Raški	42	153369	27	69
20	Rasinski	28	112260	25	37
21	Nišavski	60	183601	33	105
22	Toplički	13	41065	32	26
23	Pirotski	10	41242	24	24
24	Jablanički	28	99357	28	36
25	Pčinjski	37	97043	38	51

Regioni	Okrug	Broj lica mlađih of 20 godina	Broj pedijatara na 100.000 pacijenata mlađih od 20 godina	Broj lekara zaposlenih u bolnicama	% lekara zaposlenih u bolnicama	Broj lekara opšte prakse	Broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika
1	Severnobački	33906	80	195	51	85	48
2	Srednjebanatski	33188	60	209	52,8	108	62
3	Severnobanatski	24864	105	185	54,7	62	46
4	Južnobanatski	53516	73	422	69,3	142	51
5	Zapadnobački	30156	73	190	51,2	82	48
6	Južnobački	127876	124	902	47,5	283	46
7	Sremski	56479	80	192	34,7	155	52
8	Beograd	335988	140	3189	53,6	830	49
9	Mačvanski	53247	116	335	53,3	151	54
10	Kolubarski	29156	103	216	54,3	93	57
11	Podunavski	35037	128	233	55,1	86	46
12	Braničevski	29096	113	214	50,7	97	59
13	Šumadijski	52078	169	396	42,3	160	57
14	Pomoravski	34621	156	333	57,6	106	54
15	Borski	18451	130	228	60	73	66
16	Zaječarski	16362	147	228	62,1	71	67
17	Zlatiborski	50457	131	367	54	182	69
18	Moravički	36733	120	229	52,2	96	48
19	Raški	74367	93	425	54,7	140	46
20	Rasinski	39111	95	223	45,3	112	51
21	Nišavski	66029	159	642	45,9	224	62
22	Toplički	15977	163	110	51,4	54	65
23	Pirotski	13512	178	117	48,5	61	73
24	Jablanički	37371	96	251	49,4	128	64
25	Pčinjski	43516	117	236	46,5	81	41

Regioni	Okrug	Broj lekara opšte prakse, 2020. godina	Broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika, 2020. godina	Broj lekara opšte prakse na 100.000 stanovnika starosti 20 i više godina, 2020. godina	Broj zubara	Broj zubara na 100.000 stanovnika
1	Severnobački	95	54	66	37	21
2	Srednjebanatski	95	55	68	38	22
3	Severnobanatski	63	47	58	27	20
4	Južnobanatski	164	60	74	31	11
5	Zapadnobački	72	43	52	37	22
6	Južnobački	315	51	64	164	27
7	Sremski	152	52	64	63	21
8	Beograd	832	49	61	347	20
9	Mačvanski	92	34	42	62	22
10	Kolubarski	54	34	41	62	38
11	Podunavski	72	39	49	43	23
12	Braničevski	87	53	65	31	19
13	Šumadijski	230	82	101	65	23
14	Pomoravski	83	43	52	44	22
15	Borski	38	35	42	25	22
16	Zaječarski	58	56	66	22	21
17	Zlatiborski	118	45	56	59	22
18	Moravički	75	38	47	41	21
19	Raški	159	52	69	80	26
20	Rasinski	105	48	58	49	22
21	Nišavski	291	81	100	111	31
22	Toplički	28	34	42	27	32
23	Pirotski	41	50	59	18	22
24	Jablanički	106	54	67	50	25
25	Pčinjski	183	94	121	63	32

Regioni	Okrug	Broj farmaceuta	Broj farmaceuta na 100.000 stanovnika	Broj medicinskih sestara	Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika	Broj medicinskih sestara zaposlenih u bolnicama	% medicinskih sestara zaposlenih u bolnicama	Broj babice	Broj babice na 100.000 stanovnika
1	Severnobački	39	22	812	455	510	62,8	76	43
2	Srednjobanatski	17	10	904	520	603	66,7	32	18
3	Severnobanatski	6	4	757	559	532	70,3	30	22
4	Južnobanatski	26	9	1511	545	1245	82,4	59	21
5	Zapadnobački	9	5	753	440	481	63,9	39	23
6	Južnobački	63	10	3528	570	2054	58,2	233	38
7	Sremski	42	14	1064	358	528	49,6	68	23
8	Beograd	606	36	11583	684	7421	64,1	664	39
9	Mačvanski	48	17	1310	472	824	62,9	60	22
10	Kolubarski	29	18	854	527	588	68,9	16	10
11	Podunavski	38	21	843	456	550	65,2	67	36
12	Braničevski	57	34	949	573	567	59,7	52	31
13	Šumadijski	57	20	1644	584	809	49,2	109	39
14	Pomoravski	33	17	1172	594	779	66,5	55	28
15	Borski	5	4	754	678	516	68,4	92	83
16	Zaječarski	48	45	738	696	548	74,3	46	43
17	Zlatiborski	73	27	1377	518	917	66,6	123	46
18	Moravički	50	25	891	449	556	62,4	82	41
19	Raški	67	22	1508	495	940	62,3	99	33
20	Rasinski	44	20	1014	457	570	56,2	59	27
21	Nišavski	104	29	2332	647	1364	58,5	136	38
22	Toplički	19	23	515	619	310	60,2	14	17
23	Pirotski	23	27	480	573	291	60,6	37	44
24	Jablanički	3	2	970	488	541	55,8	75	38
25	Pčinjski	22	11	918	467	434	47,3	76	39

Prilog 2: Protokol intervjua za prikupljanje percepcija i iskustava u vezi sa medicinskim pustinjama od relevantnih zainteresovanih strana

Principi

Licima koja se intervjuišu treba najaviti da su pozvani na razgovor o „pristupu medicinskim uslugama“ kako bi se izbeglo navođenje na odgovore.

Znanje akumulirano u društvenim naukama ukazuje da je tokom dubinskih intervjua najefikasnija strategija u smislu sticanja znanja dovesti ispitanike u poznatu situaciju odnosno pustiti lica da imaju prividnu kontrolu nad diskusijom jednostavno usmeravanjem lica ka temama relevantnim za interese studije.

Ovo može izgledati neefikasno u smislu upravljanja vremenom, ali je u stvari toliko produktivno u smislu prikupljenih informacija da prevazilazi troškove produženja trajanja intervjua.

Struktura intervjua treba da bude kao u razgovoru: redosled tema nije standardizovan, ali sledi normalnu logiku razgovora. Anketar retko interveniše samo da bi uticao na ispitanika da vodi razgovor u željenim pravcima, a ne iznosi vrednosne sudove niti lična/stručna mišljenja.

Bilo koja od sledećih tema može se pojaviti u bilo kom trenutku u razgovoru i one nisu poređane po nekom datom obrascu.

Teme koje treba obraditi u intervjuu

- Koje kriterijume uzimate u obzir kada razmišljate o pristupu medicinskim uslugama?
[cilj je da se vidi da li spontano razgovaraju o mogućnosti pristupa zdravstvenoj zaštiti u smislu gustine usluga udaljenosti od ordinacija prakse itd.]
- Kada razmišljate o udaljenosti koju pružaju lekari/ordinacije/zdravstvene zaštite da li postoji određena maksimalna udaljenost koju treba smatrati minimalnim standardom?
- Dali je gustina naseljenosti na bilo koji način povezana sa pristupom uslugama zdravstvene zaštite?
- Ako se razmatra medicinska dezertifikacija po svakom od sledećih kriterijuma [###] počevši od kojeg praga biste rekli da je lokalitet medicinska pustinja? [###] kriterijumi se pominju na osnovu pokazatelja dostupnih za svaku zemlju.
Pitanje se posebno postavlja za svaki pokazatelj.

- Po koliko od ovih dimenzija (pokazatelja) lokalitet treba da bude pustinja da bi se smatrao stvarnom pustinjom?
- Ako razmišljate o konkretnim lokalitetima u našoj zemlji možete li navesti jedan ili nekoliko? Koje?
- Kada se odlučuje da li je lokalitet medicinska pustinja treba li uporediti njegovu situaciju sa drugim lokalitetima ili standardima? Kojim?
- Da li treba uzeti u obzir standarde na nivou okruga, nacionalne standarde, regionalne standarde (regioni u Evropi kao što su Zapadni Balkan ili Zapadna Evropa ili CIE]), evropske standarde, svetske standarde?
- Da li treba uzeti u obzir standarde na nivou okruga, nacionalne standarde, regionalne standarde (regione u Evropi kao što su Zapadni Balkan ili Zapadna Evropa ili CEE]) evropske standarde svetske standarde?
[samo za lokalni nivo]

- Da li je [vaš lokalitet] medicinska pustinja? Zašto jeste? (Zašto nje?)
- Kako je lokalitet uopšte postao medicinska pustinja?
- Da li ljudi ovde smatraju da je lokalitet ugrožen usled odredaba za zdravstvenu zaštitu? Zašto jeste? (Zašto nje?)
- Da li ljudi pristupaju samo pružaocima zdravstvene zaštite na lokalitetu ili takođe iz susednih područja?

[Ispitaniku se pokazuje mapa/klasifikacija dezertifikacije koja je formirana na osnovu KORAKA 1]

- Ovo je mapa/klasifikacija koju smo kreirali na osnovu postojećih informacija. Zanima nas da li vaše stručno mišljenje odgovara ovim nalazima. Da li biste rekli da mapa/klasifikacija odgovara onome što znate o [vašoj zemlji]? (dodatna pitanja koja treba postaviti samo ako se ispitanici njima ne pozabave spontano: da li vas nešto iznenađuje? Zašto? Da li biste rekli da verujete ovakvim rezultatima? Ako ne – pokažite im delimične karte. Da li odgovaraju onome što ste očekivali? Da li postoji lokalitet koji bi se mogao smatrati pustinjom, a nije? Šta čini TAJ lokalitet pustinjom? Da li postoji lokalitet koji po vašem mišljenju nije pustinja, a na mapi je pustinja ili je blizu dezertifikacije? Koje su osobenosti tog lokaliteta)

Opet treba imati na umu da se temama treba baviti redosledom koji prirodno proizilazi iz razgovora. Ispitanicima treba dozvoliti da se pozabave temama koje su

relevantne za njegovu/njenu ličnost i poželjno je da ispitanik dođe do rasprave o pomenutim temama, a da se o njima posebno ne pita.

Za svaku temu lice koje se intervjuiše očekuje da razradi više od odgovora da/ne. Ako to ne uradi anketar može zamoliti ispitanika da bude preciznije postavljanjem jednog ili više sledećih pitanja:

- Možete li to detaljnije molim vas?
- Koji su argumenti za vaše mišljenje?
- Možete li dati neki primer?

Dodatne specifikacije

Pre intervjuja treba potpisati Izjavu o zaštiti podataka (GPDR). Potpisani protokol treba da sadrži obavezu istraživačkog tima da lični podaci neće biti ponuđeni drugim licima osim istraživačkom timu i da će svako citiranje/doslovno navođenje biti anonimizovano pre nego što bude uključeno u bilo koji izveštaj. Sve intervjuje treba snimiti i kasnije transkribovati i prevesti na engleski. Tokom intervjuja ne sme biti prisutno nijedno lice osim anketara i ispitanika.

Svaki intervju treba snimiti.

Analiza podataka

Svaki intervju će biti šifrovan putem kratkih zaključaka koje će anketar napisati za svaku od tema koje se razmatraju u vodiču za intervju. Spisak dodatnih kodova će partneri zajedno pripremiti nakon prikupljanja svih pokazatelja u Koraku 1.

Osim toga intervjui se analiziraju sa ciljem da se vidi da li treba promeniti pragove. Stoga poseban odeljak treba da razmatra to pitanje.

Ishodi Koraka 4

Set snimljenih intervjuja.

Set pisanih opisa intervjuja

Odgovarajući odeljak u izveštaju prikazan u Odeljku 2.

Prilog 3. Upitnik na srpskom jeziku

Percepcija i iskustva STEJKHOLDERA u VEZI „MEDICINSKIH PUSTINJA“

- Mesta u kojima stanovništvo nema pristup zdravstvenoj zaštiti-

Poštovani,

Međunarodni stručnjaci danas koriste izraz „MEDICINSKA PUSTINJA“ da označe mesta u kojima stanovništvo nema pristup zdravstvenoj zaštiti. Ovaj intervju/upitnik je usmeren na to da se usaglasa percepcije i iskustva stejkholdera u vezi sa pojmom i kriterijumima za identifikaciju medicinskih pustinja uzrocima njihovog nastanka i preporukama za rešavanje. Upitnik su sastavili stručnjaci koji su članovi EU projekata „AHEAD“ i „Pillars of Health“ koji vodi WEMOS iz Holandije (www.ahead.health, www.pillars-of-health.eu). Medijski edukativni centar (MEC https://www.mediaeducationcentre.eu/eng/?page_id=3861) iz Srbije učestvuje u projektu i za potrebe ove analize angažovao je domaće eksperte da sa Vama urade istraživanje. Anketa i/ili Intervju se sprovodi na osnovu Zakona o zaštiti podataka o ličnosti i za to nam je potrebna Vaša saglasnost:

saglasna/saglasan

Da li nam dozvoljavate da u analizi prikupljenih podataka koristimo vaše podatke ili zahtevate da ostanete anonimni? Ukoliko nam dozvolite da koristimo vaše lične podatke molim Vas da napišete kako želite da Vas predstavimo (na primer: titula ime i prezime organizacija ili institucija i Vaša funkcija

Hvala Vam!

1. Kako doživljavate izraz „medicinska pustinja“? Da li je to adekvatan naziv da se nazovu mesta u kojima stanovništvo nema dostupnu/pristupačnu zdravstvenu zaštitu? Da li biste predložili neki drugi naziv?

ODGOVOR

--

2. Prema Vašem mišljenju koje kriterijume treba koristiti za identifikaciju medicinskih pustinja?

ODGOVOR

--

3. Da li u smislu gorepomenutih kriterijuma postoje standardi koje treba razmatrati? Ako su Vam poznati možete li ih navesti?

ODGOVOR

--

4. Da li smatrate da takve standarde treba postaviti na nivou okruga ili kao nacionalne standarde regionalne standarde (na primer za regiona Evrope kao što je Zapadni Balkan Zapadna Evropa ili Centralna i Istočna Evropa) evropski standard i svetski standard?

ODGOVOR

--

5. Da li dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite u jednom mestu (na primer u jednoj medicinskoj pustinji) treba porediti sa situacijom u drugim mestima ili standardima? _____ Ako da sa kojima od njih?

Molimo Vas zaokružite broj u tabeli:

	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
Porediti sa standardom koji su uspostavili stručnjaci	1	2	3	4
Porediti sa prosekom za oblast/okrug	1	2	3	4
Porediti sa nacionalnim prosekom	1	2	3	4
Porediti sa prosekom [sa nekim evropskim prosekom] (npr. za Zapadnu Evropu Istočnu Evropu itd.)	1	2	3	4
Porediti sa prosekom za EU	1	2	3	4
Porediti sa prosekom za OECD	1	2	3	4

6. Molimo Vas da za svaki od 7 indikatora u narednoj tabeli navedete (zaokružite broj) u kojoj meri smatrate da je primeren za definisanje medicinskih usluga.

	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
1. Da u mestu postoji ordinacija lekara opšte prakse	1	2	3	4
2. Najveća fizička udaljenost domaćinstva na lokalitetu do ordinacije lekara opšte prakse	1	2	3	4

3. Broj lekara opšte prakse u mestu na 1.000 stanovnika	1	2	3	4
4. Najduže vreme potrebno da se fizički stigne do ordinacije lekara opšte prakse	1	2	3	4
5. Vreme čekanja na uslugu kod lekara opšte prakse	1	2	3	4
6. Broj lekara opšte prakse u okolnim mestima	1	2	3	4
7. (broj) stanovnika u obližnjim mestima	1	2	3	4
1. Da u mestu postoji služba za hitnu medicinsku pomoć/urgentno medicinsko zbrinjavanje	1	2	3	4
2. Najveća fizička udaljenost domaćinstva na lokalitetu do službi za hitnu medicinsku pomoć/urgentno zbrinjavanje	1	2	3	4
3. Na lokalitetu broj službi za hitnu medicinsku pomoć/urgentno zbrinjavanje na 1.000 stanovnika	1	2	3	4
4. Vreme potrebno da se stigne do službi za hitnu medicinsku pomoć/urgentno zbrinjavanje	1	2	3	4
5. Vreme čekanja na uslugu službi za hitnu medicinsku pomoć/urgentno zbrinjavanje	1	2	3	4
6. Broj službi za hitnu medicinsku pomoć/urgentno zbrinjavanje u obližnjim mestima	1	2	3	4
7. (broj) stanovnika u obližnjim mestima	1	2	3	4
1. Da u mestu postoji apoteka	1	2	3	4
2. Najveća fizička udaljenost domaćinstva na lokalitetu do apoteke	1	2	3	4
3. Broj apoteka u mestu na 1.000 stanovnika	1	2	3	4
4. Najduže vreme potrebno da se fizički stigne do apoteke	1	2	3	4
5. Vreme čekanja na uslugu u apotekama	1	2	3	4
6. Broj apoteka u obližnjim mestima	1	2	3	4
7. (broj) stanovnika u obližnjim mestima	1	2	3	4

7. Koliko indikatora od gore pomenutih 7 treba koristiti za identifikaciju medicinskih pustinja (mesta u kome stvarno nema pristupa zdravstvenoj zaštiti)?

a. 7 od sedam **b. 6** od sedam **c. 5** od sedam **d. 4** od sedam **e. 3** od sedam **f. 2** od sedam **g. 1** od sedam

8. Ako razmišljate o FIZIČKOJ udaljenosti do lekara/ordinacija/mesta na kome se pruža zdravstvena zaštita da li postoji određena najveća udaljenost koju treba razmatrati kao standard?

ODGOVOR

9. Koju maksimalnu dozvoljenu udaljenost domaćinstva do lekara / ordinacija / pružaoca zdravstvenih usluga treba razmatrati kao standard za adekvatan pristup zdravstvenoj zaštiti? Molimo Vas dopunite tabelu:

Maksimalno dozvoljena udaljenost domaćinstva koju treba smatrati standardom		
	Fizička (npr. kilometri)	Vremenska (npr. minuti sati)
...do lekara opšte prakse		
...do apoteka		
...do službe hitne medicinske pomoći		

10. Da li je gustina naseljenosti na bilo koji način povezana sa pristupom uslugama zdravstvene zaštite? _____ Molimo Vas zaokružite broj u tabeli:

Po Vašem mišljenju...	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
...gustina naseljenosti je u vezi sa pristupanjem uslugama zdravstvene zaštite	1	2	3	4
...u [Srbiji] postoje mesta u kojima nema pristupa zdravstvenoj zaštiti	1	2	3	4
...mesto u kome Vi živite je u nepovoljnom položaju u pogledu pružanja zdravstvene zaštite	1	2	3	4

11. Ako se razmatra važnost dostupnost i pristupačnost za identifikaciju „medicinskih pustinja“ (mesta u kome nema pristupa zdravstvenoj zaštiti) molimo Vas da predložene kriterijume u narednoj tabeli rangirate po važnosti (od 1 najvažniji do 4 najmanje važan):

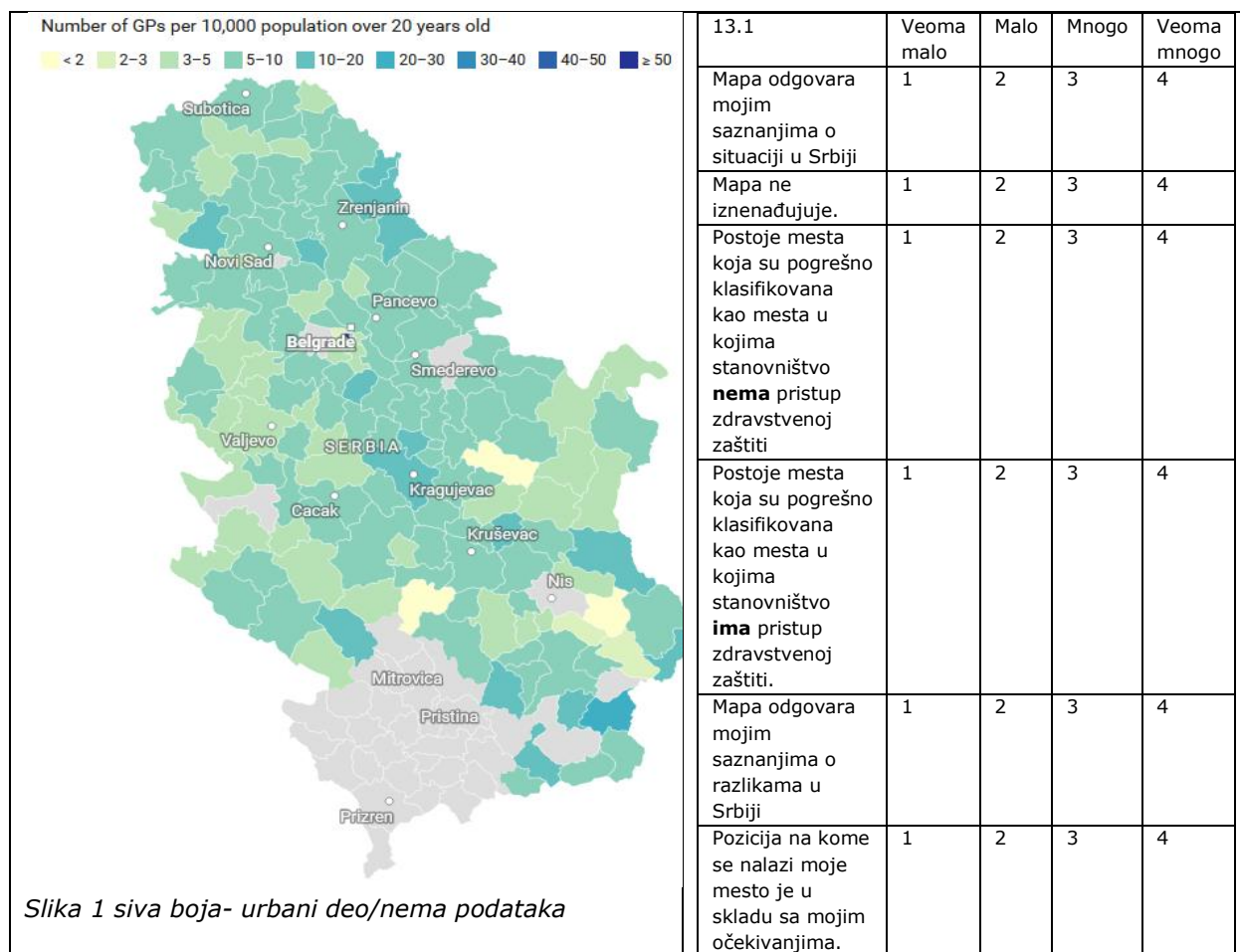
Kriterijumi dostupnosti	Rang
Da u blizini postoji ordinacija lekara opšte prakse	
Da u blizini postoji služba hitne medicinske pomoći/urgentnog medicinskog zbrinjavanja	
Da u blizini postoje apoteke	
Da u blizini postoji bolnica	

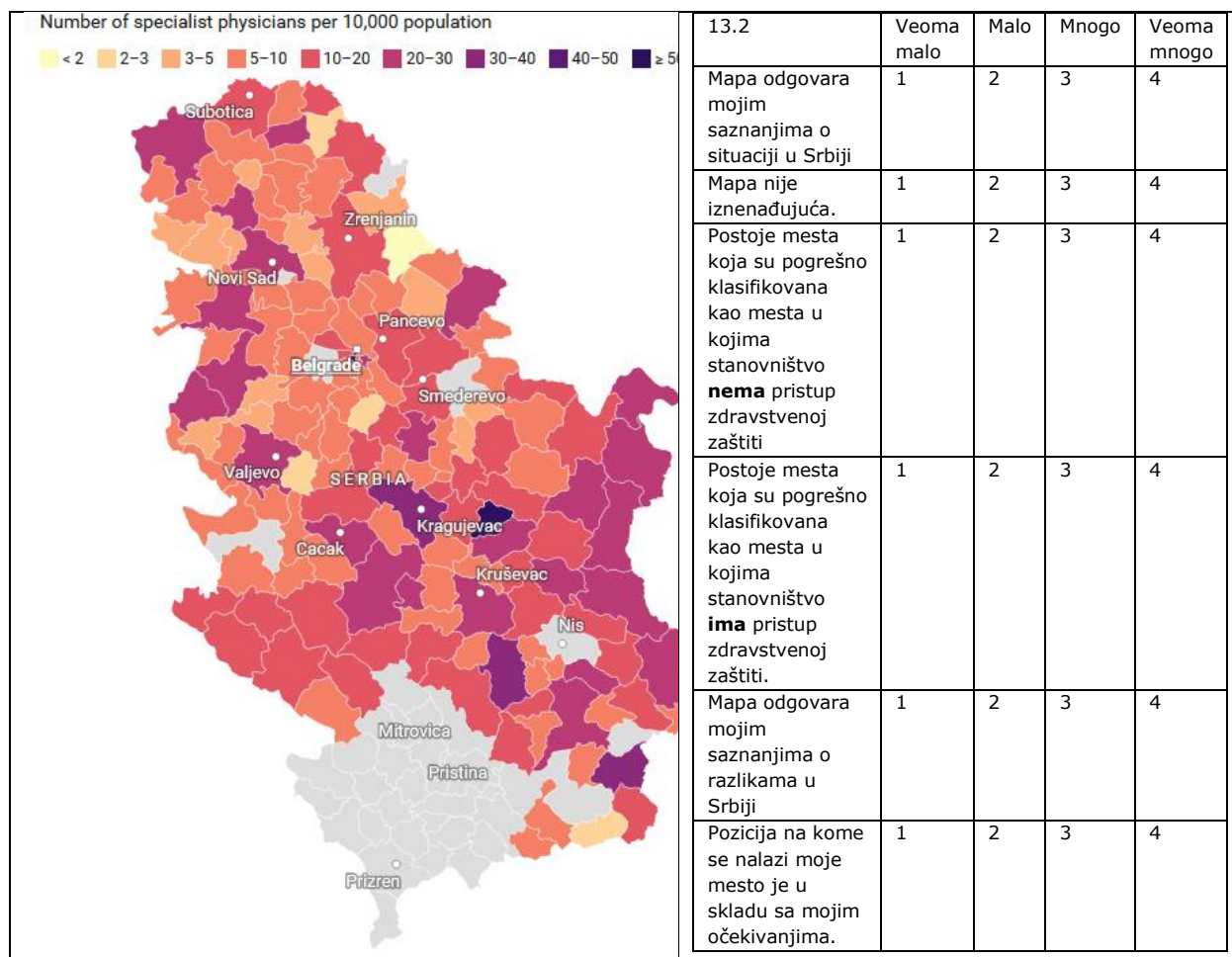
Kriterijumi pristupačnosti	Rang
Fizička udaljenost do mesta na kome se pruža zdravstvena zaštita	
Vremenska udaljenost do mesta na kome se pruža zdravstvena zaštita	
Vreme čekanja	
Broj stanovnika po lekaru	

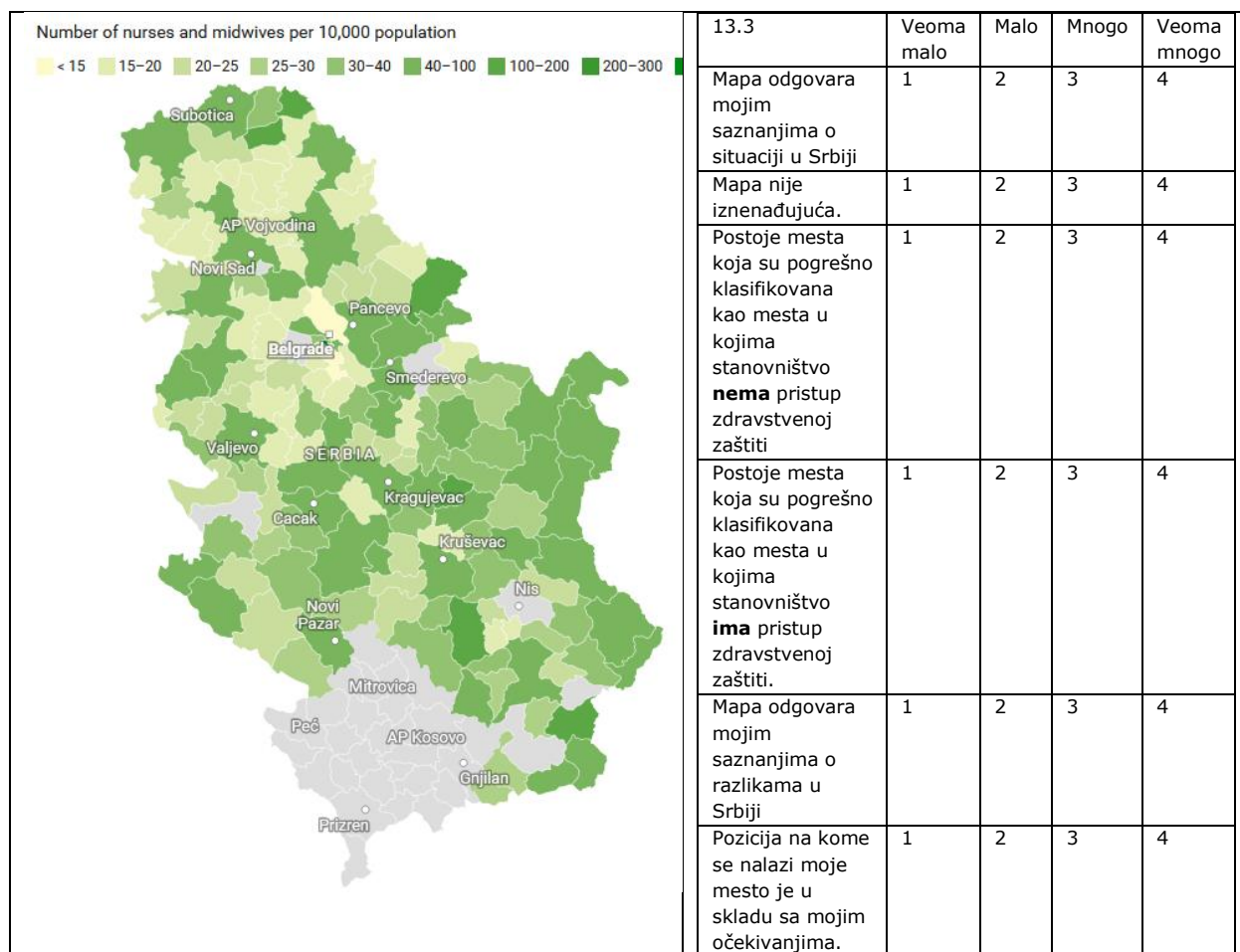
12. Pri pominjanju reči „blizina“ u prethodnom pitanju molimo Vas da rangirate važnost navedene udaljenosti do ordinacija lekara opšte medicine/do apoteke/službe za hitno (urgentno) medicinsko zbrinjavanje. Za svaku navedenu udaljenost treba zaokružiti broj u narednoj tabeli:

Ordinacija lekara opšte medicine se nalaze u oblasti koja je udaljena	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
do 1km od domaćinstva	1	2	3	4
1 do 5 km od domaćinstva	1	2	3	4
5 do 10km od domaćinstva	1	2	3	4
10 do 20km od domaćinstva	1	2	3	4
20 do 30km od domaćinstva	1	2	3	4
Apoteke se nalaze u oblasti koja je udaljena	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
do 1km od domaćinstva	1	2	3	4
1 do 5 km od domaćinstva	1	2	3	4
5 do 10km od domaćinstva	1	2	3	4
10 do 20km od domaćinstva	1	2	3	4
20 do 30km od domaćinstva	1	2	3	4
Službe za hitnu pomoć/(urgentno) medicinsko zbrinjavanje se nalaze u oblasti koja je udaljena	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
do 1km od domaćinstva	1	2	3	4
1 do 5 km od domaćinstva	1	2	3	4
5 do 10km od domaćinstva	1	2	3	4
10 do 20km od domaćinstva	1	2	3	4
20 do 30km od domaćinstva	1	2	3	4

13. Molimo Vas da je pažljivo pogledate mape urađene na osnovu postojećih podataka i da odgovorite u kojoj se meri slažete sa sledećim tvrdnjama u pratećoj tabeli (Napomena: u mapama siva boja - urbani deo ili nema svih potrebnih podataka).



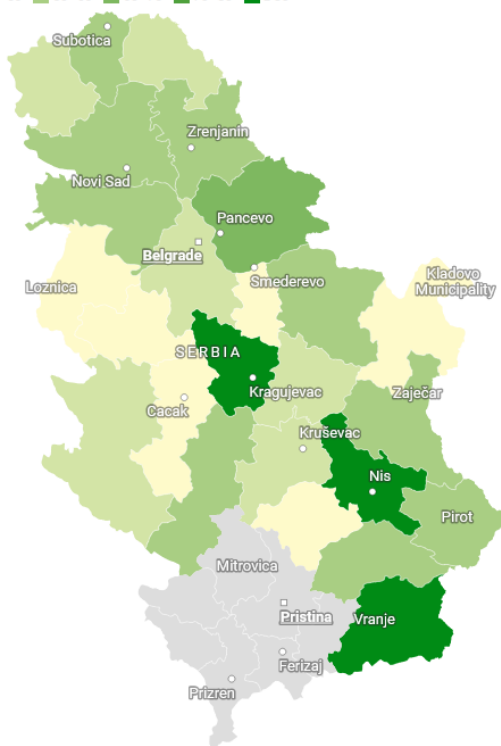




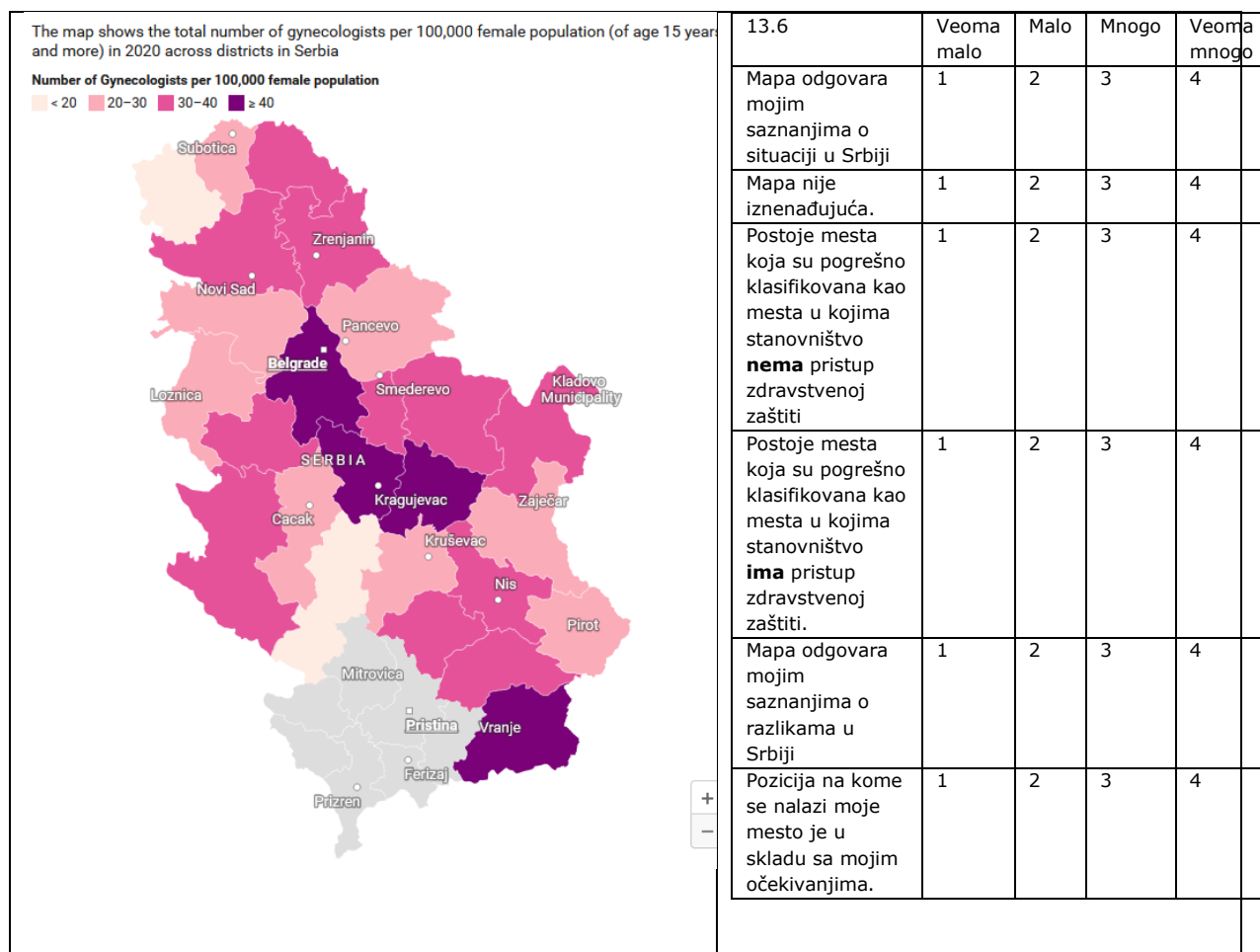
Total number of primary health care centers per 100,000 population in 2020 across Serbia				
Total Health Centres by Regions and per 100,000 population ■ < 0.1 ■ 0.1–1 ■ 1–2 ■ 2–3 ■ 3–4 ■ ≥ 4				
13.4	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
Mapa odgovara mojim saznanjima o situaciji u Srbiji	1	2	3	4
Mapa nije iznenađujuća.	1	2	3	4
Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo nema pristup zdravstvenoj zaštiti	1	2	3	4
Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo ima pristup zdravstvenoj zaštiti.	1	2	3	4
Mapa odgovara mojim saznanjima o razlikama u Srbiji	1	2	3	4
Pozicija na kome se nalazi moje mesto je u skladu sa mojim očekivanjima.	1	2	3	4

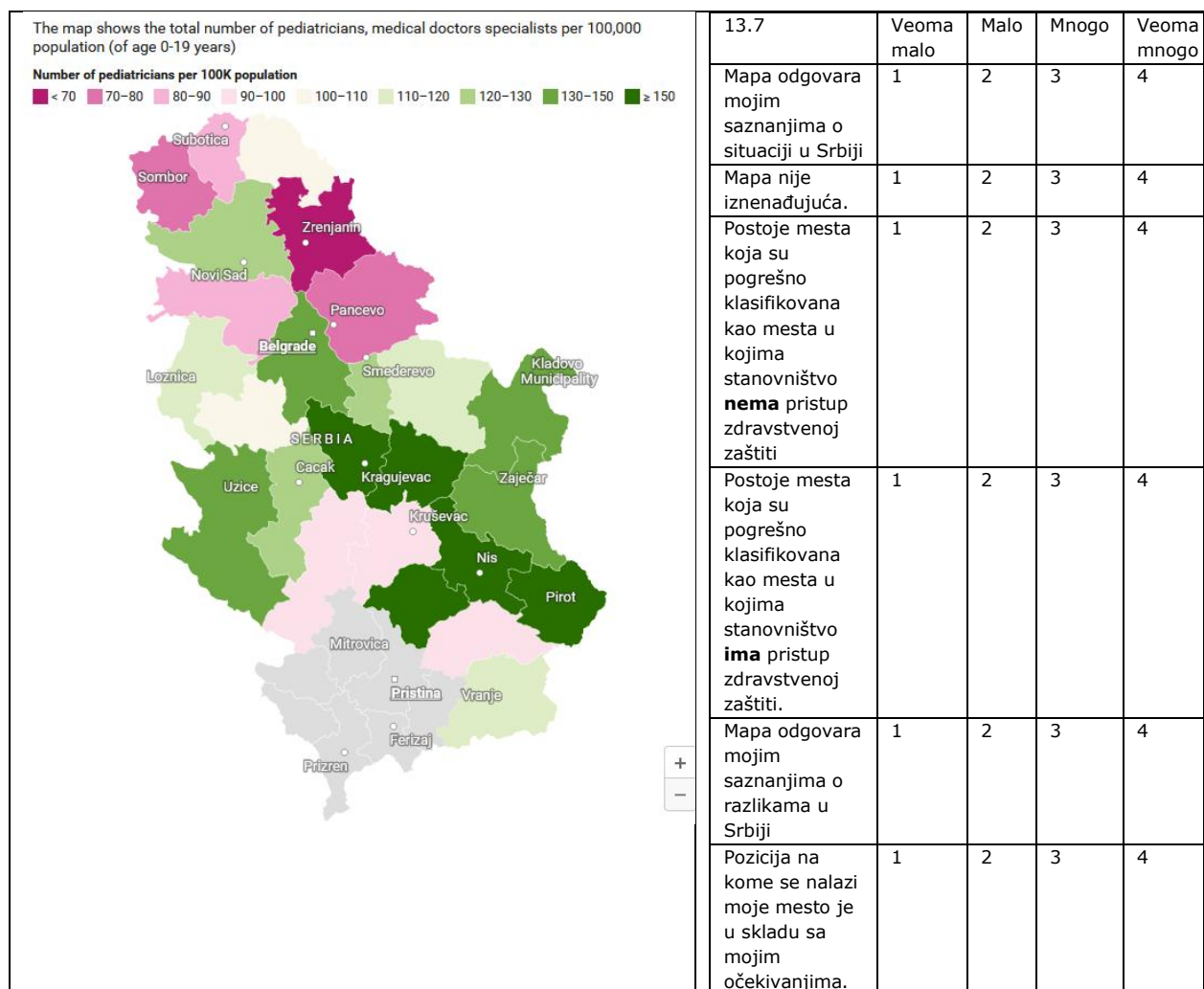
The map shows the Total number of general practitioners per 100,000 population (of age 20 and more) in 2020 across districts in Serbia. Health Statistical Yearbook 2020. Belgrade: IPH 2021.

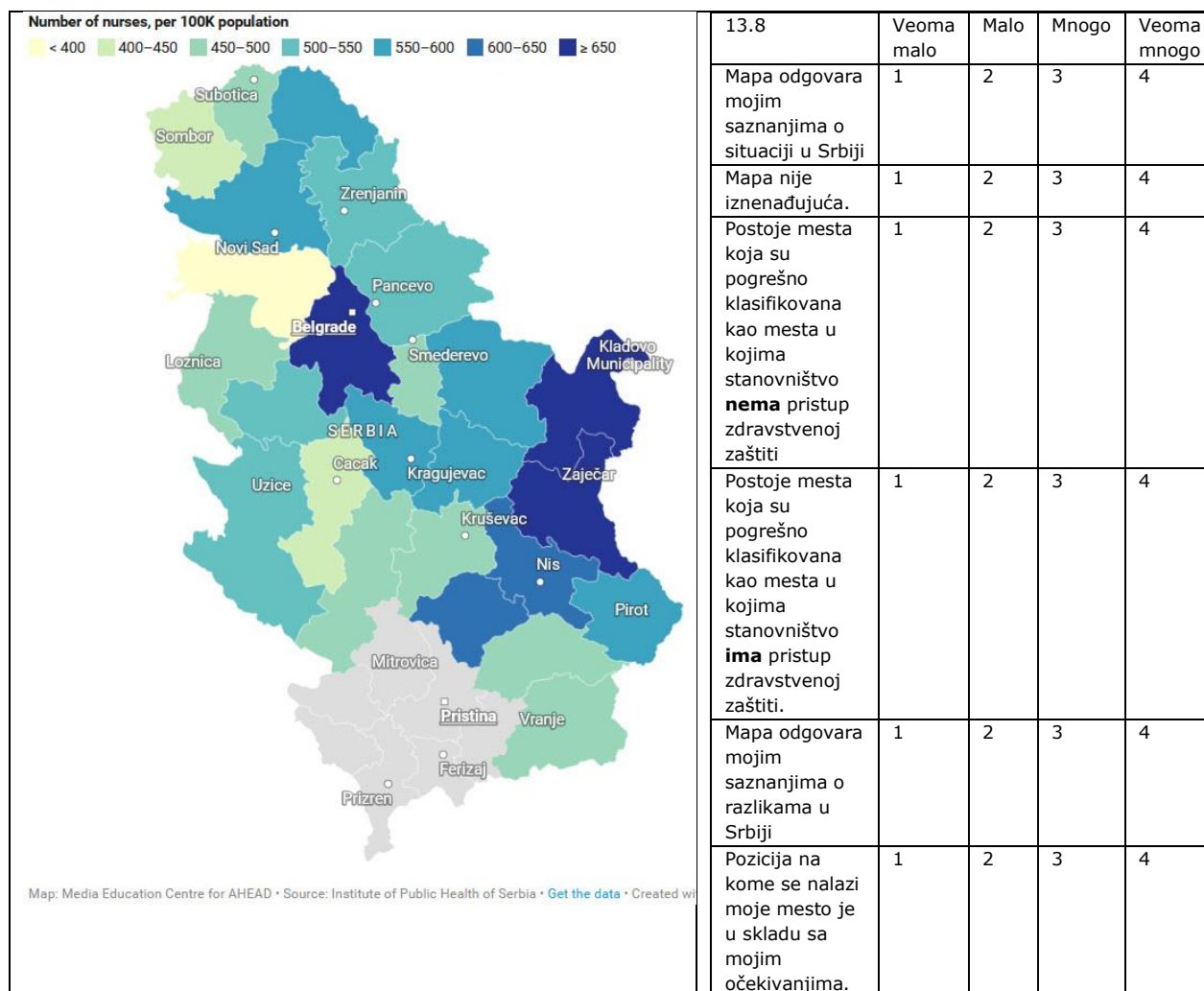
Number of general Practitioners per 100K population
 < 40 40-50 50-60 60-70 70-80 ≥ 80

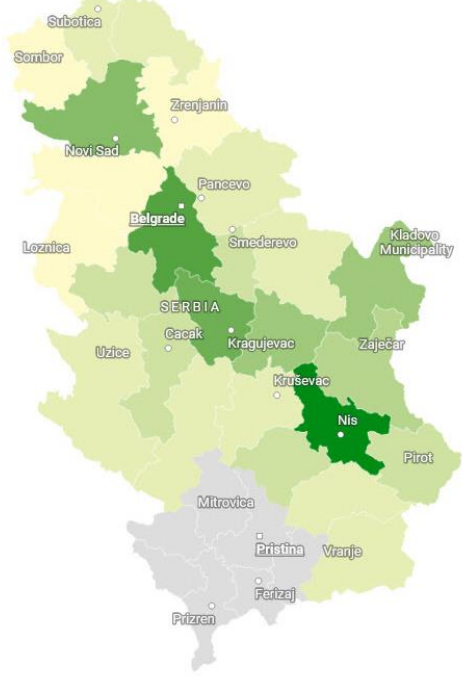


13.5	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo
Mapa odgovara mojim saznanjima o situaciji u Srbiji	1	2	3	4
Mapa nije iznenađujuća.	1	2	3	4
Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo nema pristup zdravstvenoj zaštiti	1	2	3	4
Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo ima pristup zdravstvenoj zaštiti.	1	2	3	4
Mapa odgovara mojim saznanjima o razlikama u Srbiji	1	2	3	4
Pozicija na kome se nalazi moje mesto je u skladu sa mojim očekivanjima.	1	2	3	4







The map shows the Total number of surgeons (specialists) per 100,000 population in 2020 accross districts Serbia. The source of data is the Institute of Public Health of Serbia. Health Statistical Yearbook 2020. Belgi IPHS, 2021. Num physicians (surgical) per 100K population < 30 30-35 35-40 40-45 45-50 50-55 55-60 60-65 65-70 ≥ 70  Map: Media Education Centre for AHEAD • Source: Institute of Public Health of Serbia • Get the data • Created with Datawrapper	13.9	Veoma malo	Malo	Mnogo	Veoma mnogo	
	Mapa odgovara mojim saznanjima o situaciji u Srbiji	1	2	3	4	
	Mapa nije iznenađujuća.	1	2	3	4	
	Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo nema pristup zdravstvenoj zaštiti	1	2	3	4	
	Postoje mesta koja su pogrešno klasifikovana kao mesta u kojima stanovništvo ima pristup zdravstvenoj zaštiti.	1	2	3	4	
	Mapa odgovara mojim saznanjima o razlikama u Srbiji	1	2	3	4	
	Pozicija na kome se nalazi moje mesto je u skladu sa mojim očekivanjima.	1	2	3	4	

Hvala na izdvojenom vremenu!

Prilog 4. Metodologija analize medija i spisak članaka koji su razmatrani

- Metodologija pretrage

Pretražili smo vesti i medijske članke koristeći google.com i news.google.com za objavljene u Srbiji o Srbiji i o pojedinim srpskim regionima okruzima ili opštinama koji su se odnosili na:

Fizičke barijere pristupu kao što su:

- Pristup obučenom osoblju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (lekari opšte prakse, apoteke i farmaceuti, domovi zdravlja i njihovo osoblje) je označen gustinom (broj medicinskog osoblja/broj stanovnika ili broj centara/broj stanovnika). Pristup zavisi od demografskog sastava stanovništva koje opslužuju te ustanove (zasnovan je na pretpostavci da starost u velikoj meri određuje potrebu za zdravstvenim uslugama), što treba da se uporedi sa nacionalnim standardima. Ovo se može razmatrati samo za primarnu zdravstvenu zaštitu (lekari opšte prakse, apoteke i farmaceuti, domovi zdravlja), ili se može dodati i napredna negu (akušerstvo, druge specijalnosti), ako je dostupno i na nivou na kome je dostupno u svakoj državi (zajednica, okrug, region).
- Udaljenost do ustanova primarne zdravstvene zaštite (lekara opšte prakse, apoteke i farmaceuta, domova zdravlja) koji su dostupni
- Prosečno vreme za dolazak do zdravstvene ustanove ili da hitne službe stignu do pacijenta (na nivou okruga i lokaliteta)

Neki od **razloga** koji naglašavaju ovaj ograničeni pristup (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Ruralnost
- Nedostatak ulaganja u infrastrukturu (uključujući zdravstvenu infrastrukturu puteve i izazove pejzaža)
- Loše strategije zadržavanja medicinskog osoblja
- Drugo

Neka od **rešenja** za ograničeni pristup (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Ulaganje u infrastrukturu (uključujući zdravstvenu infrastrukturu puteve)
- Ulaganje u alternativne medicinske usluge kao što su e-zdravstvo medicina na daljinu.
- Drugo

Društvene barijere (koje proizilaze iz društvenih konstrukcija uključujući prihvatljivost usluga za pacijente i pristupačnost) kao što su:

- Visok trošak zdravstvene zaštite (troškovi osiguranja, ekstra naplate, neformalna plaćanja, itd.)
- Nega koja nije obuhvaćena zakonskim paketom
- Kulturna osetljivost i kontekstualna prikladnost nege koja se nudi

Neki od razloga koji naglašavaju ovaj ograničeni društveni pristup (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Demografija stanovništva (starost pol specifične grupe stanovništva?)
- Kulturološki aspekti i kontekst prikladnost nege koja se nudi (kao što je tip odnosa medicinskog osoblja – pacijent/paternalistički ili zasnovan na saradnji jezičke barijere itd.)
- Drugo

Neka od **rešenja** za prevazilaženje društvenih barijera (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Ulaganje u zdravstveno obrazovanje, promociju zdravlja, preventivne usluge
- Ulaganja u zdravstvenu pismenost na nivou zajednice
- Ulaganje u alternativne medicinske usluge kao što su e-zdravstvo, medicina na daljinu
- Drugo

Prepreke politika koje proizilaze iz ograničenja na nivou politika uključujući neodgovarajuću distribuciju zdravstvenih usluga, zdravstvenih radnika, ili nemogućnost da se zadovolje potrebe

To može uključivati ali nije ograničeno na:

- Nedostatak stručnog kadra ili (koncentraciju stručnog kadra u velikim gradovima)
- Nedostatak tehnologije ili (koncentraciju tehnologije i pružalaca specijalizovane medicinske nege u velikim gradovima)
- Nedostatak adekvatne obuke
- Dugo vreme čekanja da se stigne do stručnjaka
- Drugo

Neki od **razloga** koji naglašavaju ovaj pristup ograničen politikama (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Preopterećenje poslom
- Nedostatak planiranja zdravstvene radne snage
- Nedostatak dugoročnog planiranja

- Drugo

Neka od **rešenja** za prevazilaženje barijera politika (što treba da se istraži kroz dalja istraživanja):

- Bolje planiranje zdravstvene radne snage (na osnovu dobre procene potreba)
- Bolje dugoročno planiranje
- Ulaganja u zainteresovane strane na lokalnom nivou za izgradnju otpornih zajednica
- Drugo

- Članci odabrani za analizu medija

Naslov	Ako tražite posao pročitajte koja su zanimanja najtraženija u Zaječaru Kragujevcu Zrenjaninu Boru Subotici Nišu Šapcu Užicu Novom Pazaru i Novom Sadu
Godina – mesec	Maj 2022. godine
Originalni članak (link)	https://www.danas.rs/vesti/ekonomija/ako-trazite-posao-procitajte-koja-su-zanimanja-najtrazenija-u-zajecaru-kragujevcu-zrenjaninu-boru-subotici-nisu-sapcu-uzicu-novom-pazaru-i-novom-sadu/
Opština/okrug	Novi Pazar/Raški okrug Novi Sad/Južnobački okrug
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Međutim postoje i gradovi poput Novog Pazara gde su traženi farmaceuti, lekari , profesori, ekonomisti i pravnici. Inače na evidenciji nezaposlenih Nacionalne službe za zapošljavanje u Novom Pazaru nalazi se oko 23.000 ljudi što je ubedljivo najviše u poređenju sa gradovima slične veličine u Srbiji. Među najtraženijim visokoobrazovanim profilima u Novom Sadu su elektroinženjeri, IT stručnjaci, mašinski i građevinski inženjeri sa odgovarajućim licencama, matematičari, profesori stranih jezika, lekari, farmaceuti finansijski stručnjaci-računovođe.
Komentar	Opšti nedostatak medicinskog osoblja.

Naslov	Zrenjaninu nedostaju zdravstveni radnici iz različitih oblasti
--------	--

Godina – mesec	Maj 2022. godine
Originalni članak (link)	https://ilovezrenjanin.com/vesti-zrenjanin/zrenjaninu-nedostaju-zdravstveni-radnici-iz-razlicitih-oblasti/
Opština/okrug	Zrenjanin/Srednjebanatski okrug
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Jedna od posledica zabrane zapošljavanja u javnom sektoru je nedostatak zdravstvenih radnika u domovima zdravlja i bolnicama. U prethodnom periodu mnogi lekari i drugo medicinsko osoblje su otišli u penziju ili u privatne klinike. Takođe mnogi zdravstveni radnici našli su posao van granica naše zemlje. Potrebno je vreme da bi lekar mogao da radi samostalno. Proverili smo sve kadrove koji nedostaju zdravstvenoj zaštiti u Domu zdravlja u Zrenjaninu Opštoj bolnici „Đorđe Jovanović“ i Specijalnoj bolnici za plućne bolesti „Dr Vasa Savić“. Kao i mnogim domovima zdravlja u Srbiji zrenjaninskom Domu zdravlja „Dr Boško Vrebalov“: „U Domu zdravlja je ukupno zaposleno 511 ljudi. Od toga je 401 zdravstveni radnik - 139 lekara, a ostali su medicinski tehničari i medicinske sestre. Dom zdravlja nema dovoljno kadra da funkcioniše bez otežanih uslova. Nedostaje kadar svih profila ali uglavnom lekari opšte prakse. Desetak lekara bi umnogome olakšalo funkcionisanje zrenjaninskog Doma zdravlja koji je najveći u Vojvodini po veličini teritorije koju pokriva i raznovrsnosti ambulanata, a među prvima u celoj Republici“ kaže Zdravko Ždrale v.d. direktora Doma zdravlja „Dr Boško Vrebalov“. „Dom zdravlja funkcioniše po tačno utvrđenim kriterijumima organizacije primarne zdravstvene zaštite. Trenutno radi veoma naporno zbog nedostatka kadrova. Jedini legalan način da se problemi sa nedostatkom kadra prevaziđu su konkursi za zapošljavanje radnika određenih profila. „Naš Dom zdravlja intenzivno radi na kadrovskoj obnovi. Problemi se prevazilaze stalnom unutrašnjom reorganizacijom kadrova“ dodao je naš sagovornik.
Komentar	Rešenje – zaposliti više lekara. Prepreka – zabrana vlade za zapošljavanja u javnom sektoru

Naslov	Mediji: U srpskim selima na Kosovu nedostaju lekari
Godina – mesec	Mart 2022. godine

Originalni članak (link)	https://rs.n1info.com/vesti/mediji-u-srpskim-selima-na-kosovu-nedostaju-lekari/
Opština/okrug	Goraždevac/Kosovo
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Uprkos zapošljavanju velikog broja medicinskih radnika u zdravstvenim ustanovama na Kosovu i Metohiji, Suvo Grlo i Banje kao jedina sela u opštini Srbica i dalje nemaju stalnog lekara, kažu meštani za Radio Goraždevac. Meštani Suvog Grla i Banje u opštini Skenderaj kažu da im je predsednik Srbije Aleksandar Vučić prilikom posete Lapljem Selu obećao da će imati stalnog lekara. Međutim prema rečima Nebojše Tomaševića to nije slučaj. „Do 2008. imali smo lekara, tri medicinske sestre, dva vozača, domara, sve to, a od tada nemamo ništa do danas. Poslednji put kada je predsednik Vučić bio u Lapljem Selu ja sam izneo taj problem i nisu rešili bilo šta po tom pitanju“ rekao je Tomašević iz Suvog Grla. On je dodao da su odnedavno počeli da šalju lekare kao ispomoć iz Domova zdravlja u severu. „Pre mesec dana su počeli iz Mitrovice da šalju po jednog lekara svakog dana, što mislim da nije normalno u 21. veku. Čemu služi izabrani lekar? Ne tražimo pet šest lekara ili deset lekara, tražimo jednog stalnog lekara.“ kaže Tomašević. Sagrađen je stan za lekara u selu. Hitna pomoć odavno nema vozača medicinsku sestru ili laboratorijskog tehničara pa su pacijenti prinuđeni da putuju u Kosovsku Mitrovicu koja je udaljena 40 kilometara. „Poslali smo pismo i direktoru Kancelarije za Kosovo i Metohiju Petru Petkoviću i predsedniku Aleksandru Vučiću, ali nema odgovora. Nadam se da će čuti i videti ovo, a na kraju ćemo morati da koristimo druga sredstva, ni nasilna ni preteća, već legitimna sredstva za normalnog čoveka danas“ kaže Tomašević. U Kancelariji za Kosovo i Metohiju tvrde da su renovirali seosku ambulantu sa svom neophodnom medicinskom opremom i da lekar u njoj boravi najmanje pet dana.
Komentar	

Naslov	Nedovoljno lekara u primarnoj zaštiti
--------	---------------------------------------

Godina – mesec	Januar 2022. godine
Originalni članak (link)	https://www.danas.rs/vesti/drustvo/nedovoljno-lekara-u-primarnoj-zastiti/
Opština/okrug	Zrenjanin/Srednjobanatski okrug
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Zrenjaninski Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ nedavno je raspisao konkurs za prijem šest lekara. Zbog povećanog obima posla lekarima se nudi posao na šest meseci i potreban je i jedan zubar na određeno vreme. Prema rečima direktora Doma zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ dr Zdravka Ždrale ovoj ustanovi hronično nedostaju lekari opšte medicine ali i drugih specijalnosti. Neki lekari su odlazili u veće centre, a pandemije bolesti angažman na vakcinaciji su ugrozili normalan proces rada u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Na evidenciji Nacionalne službe za zapošljavanje Zrenjanin u vreme raspisivanja konkursa nije bilo toliko nezaposlenih lekara čak i da su se svi odazvali pozivu da rade na određeno vreme ne bi ih bilo dovoljno. Zrenjaninski Dom zdravlja će problem sa lekarima specijalistima pokušati da reši internim konkursom za specijalizacije po kome je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potreban jedan specijalista opšte medicine, pedijatrije, ginekologije, urgentne i sportske medicine. Nije tajna da lekari posebno specijalisti nemaju dovoljno zdravlja u sopstvenim domovima. Zabrana zapošljavanja i loši planovi specijalizacije uzeli su svoj danak. U Domu zdravlja Sećanj muku muče sa pedijatom. Dugogodišnji pedijatar je otišao u penziju i svi napori rukovodstva da privole pedijatra da dođe u ovu malu pograničnu opštinu nisu urodili plodom. Dom zdravlja u Žitištu odnedavno nema ginekologa. Pacijenti su prinuđeni da idu na pregled u Zrenjanin, čak se šalju u Srpsku Crnju jer su tamo manje gužve. Srpska Crnja se još nekako uspeva da zadrži kadar. - Pored lekara opšte prakse, imamo specijaliste pedijatra i ginekologa kao i laboratoriju, a u svim selima je propisan lekar.

	Istina u nekima koji imaju mali broj stanovnika poput Tobe, lekar ne radi svaki dan – kaže v.d. direktora Doma zdravlja Srpska Crnja dr Danica Vučurević Đukin. Dom zdravlja Novi Bečej za sada radi po standardima. Ova zdravstvena ustanova ima specijalistu ginekologije, specijalistu pedijatrije kao i laboratoriju. U ambulantama u Novom Miloševu i Kumanu rad je organizovan u dve smene. U Bočaru lekar radi samo pre podne navodi se u odgovoru koji smo dobili iz Doma zdravlja Novi Bečej. Upućeni kažu da će biti sve teže organizovati rad u domovima zdravlja u manjim opštinama jer nema dovoljno lekara pojedinih specijalnosti. Nije lako ni u većim sredinama kao što je Zrenjanin.
Komentar	Rešenje – zaposliti više lekara. Prepreka – zabrana vlade za zapošljavanja u javnim ustanovama Kontakt: https://ilovezrenjanin.com/kontakt/

Naslov	PRELOME VIKENDOM NE LEČE: Kikindska bolnica nikako da reši problem manjka stručnog medicinskog kadra
Godina – mesec	Februar 2022. godine
Originalni članak (link)	https://www.novosti.rs/srbija/vesti/1083824/prelome-vikendom-lece-kikindska-bolnica-nikako-resi-problem-manjka-strucnog-medicinskog-kadra
Opština/okrug	Kikinda/Severnobanatski okrug

Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Opšta bolnica u Kikindi koja je regionalna za Severnobanatski okrug godinama ne može da reši problem nedostatka stručnog kadra. Trenutno ovoj ustanovi nedostaje 19 lekara raznih specijalnosti, dva farmaceuta i čak 30 medicinskih sestara, odnosno tehničara. Za sada najveći problem predstavljaju građani koji popodne ili vikendom dožive povrede oka prelome ili neku drugu težu traumu jer tada ne rade oftalmolog i ortoped pa se pacijenti upućuju u bolnicu u Zrenjaninu udaljenu 50 kilometara. Tamo se šalju svi pacijenti čije povrede ne mogu da čekaju do sutra. - Imamo samo jednog ortopeda i oftalmologa koji rade u klinici od 7 do 14 sati, a i operacije. Ali mi po kadrovskom planu imamo dva ortopeda i oni pripadaju bolnici tako da ne možemo da zaposlimo već diplomiranog ortopeda. Međutim specijalista ortoped ne može samostalno da dežura. Ovakva situacija će trajati dok neko od njih ne završi obuku što znači još najmanje dve godine. Nemamo ni patologa, pa je angažovan specijalista iz Sente koji dolazi dva puta nedeljno - objašnjava Vladimir Prunić anesteziolog i pomoćnik direktora bolnice. Nedostatak specijalista ne može se rešiti angažovanjem penzionisanih lekara. Po ugovoru rade jedan hirurg i gastroenterolog jer su ove godine dva hirurga prešla u druge ustanove. - Imamo tri hirurga i troje specijaliste na odeljenju, od kojih je jedna žena. Naša bolnica je prvi put dobila ženu hirurga. Samo na kratko ovde je radio plastični hirurg. Za nekoliko godina dobićemo odličnog mladog hirurga - kaže dr Prunić sa kojim radi još pet anesteziologa, a dva lekara su na specijalizaciji. Bolnica u Kikindi ima 512 zaposlenih od kojih su 88 lekari, 53 specijalisti, 32 na specijalizaciji, a tri su bez specijalizacije. U ustanovi je zaposleno 311 medicinskih sestara i tehničara sa višom i srednjom medicinskom školom. TRI KONKURSA - NIJEDNA PRIJAVA U Domu zdravlja nedostaje lekara. Prošle godine nijedan kandidat se nije prijavio na čak tri konkursa. Problem se povećava jer se posle specijalizacije lekari ne vraćaju u Kikindu već prelaze u druge ustanove.
---	--

	- Isti problem je u celoj Srbiji svuda nedostaje lekara. Niko ne želi da se bavi medicinom. To je odgovoran i skup posao puno je stresa i odgovornosti uz male plate. Pored toga Covid je povećao obim posla za 150 odsto i sve je teže ne samo za određene specijalnosti već i za sve u zdravstvenoj zaštiti – opisuje dr Prunić. SARADNJA SA ZRENJANINOM Bolnica KIKINDA nije jedina koja ima manjak lekara. Isti problem imaju i u Zrenjaninu. Nedostaju anesteziolozi pa se dve ustanove međusobno pomažu. Pacijenti iz Kikinde zbog određenih tegoba putuju u Zrenjanin, a tamo u pomoć idu i kikindski anesteziolozi. – Imamo uspešnu dogovorenu saradnju sa zrenjaninskom bolnicom. Kod njih upućujemo naše ortopedske i oftalmološke pacijente, a dva naša anesteziologa idu tamo da pomognu - kaže dr Prunić.
Komentar	

Naslov	Iz budžeta Grada Niša 25 miliona dinara za dodatno osoblje i opremu u Domu zdravlja i Apotekarskoj ustanovi
Godina – mesec	Mart 2022. godine
Originalni članak (link)	https://www.juznevesti.com/Drushtvo/Iz-budzeta-Grada-Nisa-25-miliona-dinara-za-dodatno-osoblje-i-opemu-u-Domu-zdravlja-i-Apotekarskoj-ustanovi.sr.html
Opština/okrug	Niš/Nišavski okrug
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Na sednici Skupštine grada usvojena je odluka Gradskog veća da se iz budžeta Niša izdvoji 25 miliona dinara za dve republičke zdravstvene ustanove - Dom zdravlja i Apotekarsku ustanovu Niš. Istaknuto je da je novac namenjen za nova radna mesta i opremanje, ali ne i koliko će ove institucije dobiti pojedinačno što je glavna zamerka opozicionih odbornika. Đurica Spasić iz niške Direkcije za društvene delatnosti kaže da Zakon o zdravstvenoj zaštiti dozvoljava lokalnoj samoupravi da raspodeli sredstva tim ustanovama iako su republičke. Kako je naveo, novac će biti usmeren na to da se poveća mogućnost da im se pristupi i za veću dostupnost, pre svega za

	nabavku opreme i dodatno angažovanje lekara, medicinskih sestara i nedostajućih tehničara. Ova sredstva kao i do sada posebno u pandemiji Covida-19, doprinose da se nedostajući kadar koji nije predviđen ugovorom sa Republičkim fondom za zdravstveno osiguranje podigne na nešto viši nivo, odnosno da se konkretnim ustanovama omogući angažovanje lekara, medicinske sestara, tehničare ili izvesnog nemedicinskog osoblja - kaže Spasić. On ne precizira kako će tih 25 miliona dinara biti raspoređeno i koliko će svaka institucija dobiti, ali ističe da će se to znati kada budu potpisani pojedinačni ugovori. Nakon usvajanja Programa Grad Niš će zaključiti ugovore sa zdravstvenim ustanovama definisanim ovim programom kojima će se regulisati međusobna prava i obaveze u vezi sa sprovođenjem socijalne zdravstvene zaštite na nivou grada u interesu bolje mogućnosti pristupa i dostupnosti zdravstvene zaštite. Međutim odbornik koalicije „Niš moj grad“ Branislav Jovanović smatra da će novac zapravo biti utrošen za pokrivanje gubitaka i traži informaciju koliko će tačno dobiti apoteke, a koliko Dom zdravlja. „Zašto ste nam ovo dali ako nam niste dali plan distribucije? Imam čudan osećaj da je ovaj novac izdvojen za pokrivanje gubitaka. Takođe imam čudan osećaj da je ovo finansiranje radnih mesta, a ne poboljšanja uslova. Ovde se kaže da je to za bolju mogućnost pristupa i dostupnost. Koje su to apoteke, a da nisu na Kameničkom Visu pa treba da zakrpiamo rupe da bi mogućnost pristupa bila bolja“, kaže Jovanović. Podsetimo, Programom za sprovođenje socijalne zdravstvene zaštite iz budžeta Niša je prošle godine opredeljeno oko 73,6 miliona dinara, ali za četiri ustanove, jer su na spisku bili i Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika i Zavod za hitnu medicinsku pomoć.
Komentar	

Naslov	Meštani sela Gornja Vranjska kod Šapca bez poštara do lekara putuju osam kilometara
Godina – mesec	Mart 2022. godine

Originalni članak (link)	https://www.danas.rs/vesti/drustvo/mestani-sela-gornja-vranjska-kod-sapca-do-lekara-pesace-osam-kilometara/
Opština/okrug	Gornja Vranjska/Šabac/Mačvanski
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Redakciji Danasa obratili su se meštani sela Gornja Vranjska kod Šapca koji kako kažu u 21. veku moraju da putuju osam kilometara do lekara iako imaju potpuno opremljenu ambulantu, a i ne dobijaju poštu na kućne adrese. Apel da ljudi ostanu da žive u svojim selima i obećanje da će njihov život biti jednak onima koji žive u gradu često se može čuti od političara pred izbore. Koliko smo daleko od ovog obećanja najbolje svedoči selo Gornja Vranjska kod Šapca gde godinama nema ni traga ni glasa od lekara i poštara. Meštani sela Gornja Vranjska kod Šapca bez poštara putuju osam kilometara do lekara. „Problem sa ambulantom postoji već sedam ili osam godina zbog nedostatka medicinskog kadra. Grad Šabac je prethodno lekara finansirao iz budžeta jer Ministarstvo zdravlja nije dozvolilo zapošljavanje“, kaže predsednik Saveta mesne zajednice Goranja Vranjska Goran Stojićević za Danas. „Kada se 2020. godine promenila vlast u Šapcu nova gradska vlast na čelu sa Srpskom naprednom strankom obećala je da će sve zdravstvene ambulante na selu raditi ali se desilo suprotno“ objašnjava Stojićević. Iako je, kako kaže, reč o kompletno uređenom objektu sa svim neophodnim uslovima za rad, ambulanta je otvorena samo na nekoliko dana zbog vakcinacije. „Ljudi su sada prinuđeni da idu u Šabac umesto da smanje troškove i štede vreme. Do sada se nisu toliko bunili jer je bila pandemija tako da možemo reći da je to opravdan razlog zašto ambulanta ne radi. Međutim sada nema razloga da građani ne dobiju primarnu zdravstvenu zaštitu u svom selu“ kaže naš sagovornik. Pošta u Gornjoj Vranjskoj otvorena je u Domu kulture pre šest godina kada su počele muke meštana. „Građani su radosno dočekali otvaranje Pošte, a lokalna zajednica je čak i besplatno dala prostor na korišćenje. Imali smo svog poštara koji je išao od kuće do kuće ali je bio problem

	zbog nedostatka ljudi u samoj pošti i stalnog menjanja zaposlenih" objašnjava Stojićević. Kaže da Pošta već godinama sva pisma ostavlja u jednoj prostoriji mesne zajednice gde meštani sami prebiraju gomile pisama, pokušavajući da pronađu svoje račune pisma iz banaka i drugo. „Mnogo puta smo apelovali, pisali pisma, išli na razgovore, ali nije bilo pomaka. Rečeno nam je da nema dovoljno zaposlenih i da postoje procedure. Došli smo do zida jer u Pošti kažu da niko ništa ne može da promeni i da sistem tako funkcioniše“, tvrdi Stojićević. Reakcija Danasa je tražila odgovore od nadležnih u Domu zdravlja Šabac i Pošti. „Nema naglog pada broja obolelih od korona virusa u Šapcu. U decembru smo imali 200, 300 novoobolelih, a sada više od 400. Covid hitna pomoć nastavlja da radi u dve smene“ rekla je dr Jamina Stanković direktorka Doma zdravlja Šabac, dodajući da će seoska vozila hitne pomoći pokrenuti čim se epidemiološka situacija stabilizuje. Za odgovor na pitanje zašto u Gornjoj Vranjskoj nema poštara potražili smo od direktora „Pošte“ Šabac Adama Aleksića, inače funkcionera Srpske napredne stranke. Kada ga je nazvao novinar Danasa i predstavio se, Aleksić je spustio slušalicu bez ikakvog komentara i od tog trenutka njegov telefon više nije bio dostupan.
Komentar	

Naslov	Epidemiolog Đurić: zdravstvene ustanove u Srbiji gase se daleko od očiju javnost
Godina – mesec	Januar 2022. godine
Originalni članak (link)	https://www.danas.rs/vesti/drustvo/epidemiolog-djuric-zdravstvene-ustanove-u-srbiji-gase-se-daleko-od-ociju-javnosti/
Opština/okrug	Novi Sad/Južnobački
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Epidemiolog Predrag Đurić izjavio je da se „sasvim tiho i daleko od javnosti“ gasi veliki broj zdravstvenih ustanova u Srbiji naročito u malim sredinama što, kako

	je naveo vodi ka još većoj centralizaciji upravljanja u zdravstvu. „Teče proces najveće transformacije zdravstvenog sistema u Srbiji nakon Drugog svetskog rata. On ima za cilj gašenje velikog broja zdravstvenih ustanova, posebno u manjim sredinama i Vojvodini, a minimalno u Beogradu odnosno dalju centralizaciju upravljanja u zdravstvu i isključivanja građana iz kreiranja zdravstvene politike“ rekao je Đurić za portal Storiteler (Storyteller). On je ocenio da je zabrinjavajuća činjenica to što je sve više građana spremno da ustane i bori se „da bi se sačuvala tamo neka bara za koju do juče nisu ni čuli ili parkić u kvartu u kojem šetaju svog psa“ ali zato gotovo niko neće ustati da bi se sačuvao njegov dom zdravlja ili zavod za javno zdravlje. „Nažalost iako bitne pojedine ekološke teme potpuno neopravdano su nametnute kao pitanje života i smrti i potisnule su mnoge druge ključne teme kao što su i ove zdravstvene ili one iz domena obrazovanja. Od toga korist mogu da imaju samo vlasti nikako građani. Posebno zabrinjava ćutanje zdravstvenih radnika. Razumljiva je preopterećenost pandemijom i poslom ali posledice tog ćutanja biće tragične“ kazao je Đurić. Dodao je da je pandemija pokazala koliko su zdravstvo i zdravlje bili decenijama nisko na listi prioriteta političara, a rezultat toga je strašno mali broj zdravstvenih radnika i nizak kvalitet zdravstvenih usluga. „Primeru radi u Novom Sadu je 2019. godine jedan lekar u službi opšte medicine pokrивao 2.700 pacijenata. Optimalan broj pacijenata trebalo bi da bude 1.000 na jednog izabranog lekara, a idealno 500“ naveo je Đurić.
Komentar	

Naslov	U javnom sektoru fali 10.000 ljudi ali to ne znači da on već nije glomazan: Situacija najlošija sa zdravstvenim radnicima i inspektorima
Godina – mesec	Juni 2021. godine

Originalni članak (link)	https://www.euronews.rs/biznis/biznis-vesti/4640/u-javnom-sektoru-fali-10.000-ljudi-ali-to-ne-znaci-da-on-vec-nije-glomazan-situacija-najlosija-sa-zdravstvenim-radnicima-i-inspektorima/vest
Opština/okrug	Srbija
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Fiskalni savet je nedavno u Mišljenju na nacrt fiskalne strategije naveo da Srbiji nedostaje najmanje 10.000 ljudi u javnom sektoru. To ne znači da već nije dovoljno glomazan, već naprotiv da oni koji u njemu rade nisu dobro raspoređeni. Smatraju da je stoga potrebno napraviti detaljnu analizu broja zaposlenih u javnom sektoru. Najveći problem uz nedostatak zdravstvenih radnika, kako kažu jeste nedostatak inspektora u svim sektorima, od Poreske uprave do poljoprivrede i saobraćaja. Nedostatak radnika u zdravstvenoj zaštiti Srbije posebno se osetio tokom epidemije. Predsednica Sindikata medicinskih sestara i tehničara Radica Ilić kaže da Srbiji nedostaje 5.000 do 6.000 medicinskih sestara i tehničara. Jedna medicinska sestra je na 25 pacijenata dok je u Evropskoj uniji znatno drugačija i jedna medicinska sestra je za tri do pet pacijenata.
Komentar	

Naslov	U poslednjih pet godina broj zaposlenih u zdravstvu smanjen za gotovo 10.000 ljudi
Godina – mesec	Mart 2019. godine
Originalni članak (link)	https://novaekonomija.rs/vesti-iz-zemlje/u-poslednjih-pet-godina-broj-zaposlenih-u-zdravstvu-smanjen-za-gotovo-10.000-ljudi
Opština/okrug	Srbija
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Opšte je poznat problem sistema zdravstvene zaštite Srbije: nedostatak kadrova i njihov odlazak u inostranstvo. Iako prema procenama trenutno nedostaje oko 3.500 lekara i 8.000 medicinskih sestara, prijem novih ljudi je otežan zbog zabrane zapošljavanja u javnom sektoru. Ali uprkos

	zabrani prema studiji Nove ekonomije više od 3.500 nemedicinskih radnika je zaposleno od njenog uvođenja. Prema ovim podacima skoro svaki peti sa platnog spiska zdravstvenih ustanova u Srbiji je nemedicinski radnik, dok u Evropskoj uniji tek svaki deseti zaposleni ne nosi beli mantil. Ivana Pavlović, novinar Nove ekonomije, kaže da je časopis tokom dvogodišnjeg istraživanja sprovedenog u saradnji sa EU utvrdio da je broj zaposlenih u zdravstvu u poslednjih pet godina smanjen za skoro 10.000 na osnovu podataka Instituta Trampoline i Fiskalnog saveta. „zdravstvo je sektor u kome je najviše smanjen broj zaposlenih. U tom smanjenju broja za 3.000 zdravstvenih radnika, lekara je skoro 1.000 manje, a administrativno i tehničko osoblje je smanjeno za oko 5.000 ljudi“ navodi se u saopštenju,” kaže Dana. Dr Rade Panić: Ministarstvo zdravlja ne radi svoj posao Anesteziolog dr Rade Panić iz Opšte bolnice Studenica u Kraljevu ocenjuje da Ministarstvo zdravlja ne radi svoj posao kako treba, pozivajući se na ovoliki pad broja zaposlenih. „Struktura trenutno zaposlenih u zdravstvenoj zaštiti ne omogućava adekvatnu zdravstvenu zaštitu za stanovništvo koja bi svima trebalo da bude zagarantovana“ kaže dr Panić. Panić ističe da ova statistika ne pokazuje ono što je veoma važno - a to je da nam nedostaje veliki broj specijalista. „Ne možete u kratkom roku da nadoknadite specijalistu, potrebno je najmanje 10 godina da se školuje i još pet godina da ima iskustva da obezbedi zdravstvenu zaštitu kako treba“ naglašava gost Dana uživo. Lekar smatra da ministar zdravlja Zlatibor Lončar ne planira budućnost zdravstvenog sistema. „Mislim da neko radi na kupovini socijalnog mira, a to će potpuno upropastiti sistem zdravstvene zaštite u narednih 10 godina i možda sam optimista – možda čak i za dve“ kaže on.
--	--

	Ističe da je dokaz te tvrdnje angažovanje njegovih kolega koji su u penziji dve ili tri godine kako bi obezbedili proces dvadesetčetvoročasovne zdravstvene zaštite. Pavlović kaže da je broj zaposlenih u zdravstvenoj zaštiti u Srbiji nešto niži od evropskog proseka, ali da struktura medicinskog i nemedicinskog osoblja nije u skladu sa evropskim standardima. Ona navodi da Fiskalni savet nema podatke o ljudima koji su angažovani na privremenim poslovima da su oni ispod radara i da je pitanje ko ima te podatke. Nisu to ni lekari ni medicinske sestre, već drugi obrazovni profili za čije plate se uzima novac namenjen za hranu, čišćenje, osoblje, dodaje on. KCS je jedna od institucija u kojoj je smanjen broj zaposlenih Pavlović kaže da je KCS među ustanovama u kojima je smanjen broj zaposlenih odnosno da je prema njihovom istraživanju ta zdravstvena ustanova imala 47 zaposlenih na ovaj način. „Pitanje je za koje potrebe je angažovano još 50 ljudi pored administrativnog i tehničkog osoblja, jer oni nisu lekari i medicinske sestre“ kaže gost N1. Pretpostavka je na osnovu iskustva iz drugih javnih preduzeća i internih podataka do kojih su došli sindikalni radnici - verovatno od nezadovoljnih kolega, da se radi o ljudima koji su zaposleni po političkoj liniji koji ili ne rade svoj posao, ili ih drže u nekoj vrsti kontrole i po potrebi aktiviraju u partijske svrhe dodaje Pavlović. Panić navodi da u praksi nema otpuštanja onih koji nemaju sistematizovano radno mesto ali čekaju penziju, odnosno da se tako smanjuje broj zaposlenih. „Sindikat i sve kolege očekuju da podaci o zaposlenima budu jasno vidljivi kako bi se znalo ko šta radi i kako, a da bi se oni ako se vidljivost ostvari bili začuđeni“ kaže doktorka. I sama Komisija za praćenje odlazaka u inostranstvo bila je zapanjena podacima o i brojevima odlazaka. On smatra da obrazovanje i zdravstvo propadaju. Tvrdi i da se manipuliše upitnicima o zadovoljstvu zdravstvenih radnika. Dovoljno je prošetati ujutru od pet sati do zdravstvenih ustanova videćete da pacijenti od tada
--	---

	čekaju da zakažu pregled dodaje on. Panić se osvrnuo i na integrisani informacioni sistem za koji je rekao da ne funkcioniše u većini ustanova odnosno da to dodatno oduzima vreme lekarima tako što ga udvostručuje.
Komentar	

Naslov	Nedostaje medicinara plate destimulativne uslovi loši
Godina – mesec	Novembar 2021. godine
Originalni članak (link)	https://novaekonomija.rs/vesti-iz-zemlje/hitna-pomo%C4%87-tra%C5%BEi-od-lekara-do-voza%C4%8Da
Opština/okrug	Srbija
Sadržaj vezan za medicinske pustinje	Nedostaje medicinara plate destimulativne uslovi loši Zabrana zapošljavanja u državnom sektoru dovela je do toga da su pojedini sektori uključujući zdravstvo ostali bez potrebnih radnika. Prema proceni Fiskalnog saveta u zdravstvenoj zaštiti, Poreskoj upravi i Upravi carina, inspeksijskim službama, itd. nedostaje preko 10.000 ljudi. Početkom pandemije u martu 2020. godine, Ministarstvo zdravlja je izdalo naredbu kojom se zdravstvenim ustanovama nalaže prijem lekara i medicinskih tehničara na neodređeno vreme. Međutim kako je BIRN pisao, zbog nepreciznosti propisa, institucije su često izbegavale da lekarima daju ugovore „za stalno” jer se radilo o paušalnoj proceni koji je kadar zaista potreban. Zbog toga su mnogi lekari, posebno mladi lekari i tehničari, dobili ugovore na određeno vreme koji podrazumevaju rad u teškim uslovima u crvenoj zoni. Kako je ranije za Novu ekonomiju ocenila Gorica Đokić iz Unije lekara i farmaceuta, čitav sistem u Covid bolnici u Batajnici prošle godine je održan na „entuzijazmu zdravstvenih radnika”, uglavnom mladih lekara i specijalista jer im je sve ostalo nedostajalo. Medicinski radnici već dugi niz godina napuštaju javno zdravstvo. Neki od njih prelaze u privatni sektor drugi napuštaju Srbiju.

	Najčešći razlog za to su destimulativne plate jer lekar specijalista u Srbiji ima samo tri puta veću platu od najniže plate nekvalifikovanog radnika, piše u analizi Fiskalnog saveta. U predlogu Zakona o budžetskom sistemu piše da će naredne godine plate zdravstvenih radnika porasti za osam odsto.
Komentar	

- **Drugi relevantni medijski izveštaji**

<https://www.novosti.rs/vesti/srbija.73.html:855487-I-stariji-mogu-do-lekara-U-Despotovcu-organizovali-zbrinjavanje-bolesnika>

<https://www.blic.rs/vesti/drustvo/brze-do-pregleda-kod-lekara-specijalista-domovi-zdravlja-se-pripajaju-bolnicama-ovo/8jk3pjs>

<https://www.novosti.rs/drustvo/vesti/912557/vrhunski-lekari-rade-pored-uslova-penziju-beli-mantil-godine-vaze-ali-moraju-ispune-jedan-uslov>

<https://www.danas.rs/vesti/politika/demostat/zdravstveni-sistem-u-raljama-neoliberalizma-2/>

<https://www.juznevesti.com/Drushtvo/Posle-snimka-iz-cekaonice-o-stanju-u-Aleksincu-govori-direktor-bolnice-Potrebna-nam-je-pomoc.sr.html>

<https://www.novosti.rs/vesti/srbija.73.html:799795-DOM-ZDRAVLJA-U-KULI-BEZ-SPECIJALISTA-Imaju-opremu-fale-lekari>

<https://ilovezrenjanin.com/vesti-zrenjanin/kako-zadržati-medicinske-sestre-u-zemlji/>

<https://ilovezrenjanin.com/vesti-zrenjanin/u-zrenjaninu-se-godisnje-registruje-od-400-do-500-pacijenata-koji-imaju-rak/>

<https://novaekonomija.rs/vesti-iz-zemlje/u-poslednjih-pet-godina-broj-zaposlenih-u-zdravstvu-smanjen-za-gotovo-10.000-ljudi>

<https://pescanik.net/posledice-zabrane-zaposljavanja-u-zdravstvu/>

- **Drugi relevantni linkovi/tekstovi/informacije:**

<http://www.centaronline.org/sr/publikacija/1830/zabrana-zaposljavanja-u-javnom-sektoru-posledice-u-sektoru-zdravstvena-zastita-gradjana>