



ЈЗУ ЦЕНТАР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ – СКОПЈЕ
ISHP QENDRA E SHËNDETIT PUBLIK – SHKUP

ул. 3-та Македонска бригада бр.18 Скопје, тел. 02/3298 667, факс 02/3298 251, www.cph.mk
rr. 3-Brigada e Tretë Maqedonase nr.18 Shkup, tel. 02/3298 667, faks 02/3298 251, www.cph.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА ВРАБОТЕН КАДАР ВО СКОПСКИОТ РЕГИОН ЗА 2023
ГОДИНА



Скопје, МАРТ, 2023 година

Ј.З.У. Центар за јавно здравје Скопје

ДИРЕКТОР: Д-р спец. Бесим Зеќири

Раководител на Одделението:
Проф. д-р Валентина Симоновска

Уредник:

Проф. д-р Валентина Симоновска

Автори:
Проф. д-р Валентина Симоновска

Бранка Крстев
Дипл. социјален работник

Обработка на податоци:
Одделение за социјална медицина

Компјутерска и техничка обработка на податоците:

ИНФО СОФТ ИНГ, Скопје
м-р сци. Имер Бафтија
Инг. Леутрим Амети

1. Вовед

2. Цели

3. Материјали и метод на работа

4. Резултати и дискусија

5. Заклучок

6. Препораки

7. Референци

8. Прилог табели

1. Вовед

Здравствените системи можат да функционираат само со здравствени работници. Подобрувањето на покриеноста со здравствени услуги и остварувањето на правото на уживање на највисокиот стандард на здравје зависи од нивната достапност, пристапност, прифатливост и квалитет. Светската здравствена организација (СЗО) проценува проектиран недостиг од 10 милиони здравствени работници до 2030 година, главно во земјите со низок и понизок среден приход. Меѓутоа, земјите на сите нивоа на социоекономски развој се соочуваат, со различен степен, со тешкотии во образованието, вработувањето, распоредувањето, задржувањето и перформансите на нивната работна сила. Хроничната недоволна инвестиција во образованието и обуката на здравствените работници во некои земји и неусогласеноста меѓу стратегиите за образование и вработување во однос на здравствените системи и потребите на населението придонесуваат за континуиран недостиг. Овие се надополнети со тешкотии во распоредувањето на здравствените работници во руралните, оддалечените и недоволно опслужените области. Згора на тоа, зголемената меѓународна миграција на здравствените работници може да го влоши недостатокот на здравствена работна сила, особено во земјите со низок и понизок среден приход.

Човечките ресурси за здравствените информациски системи честопати се слаби за да направат пресметка за избраните здравствени работници од јавниот сектор. Здравје за сите - кога сите луѓе можат да пристапат до квалитетни, потребни здравствени услуги без финансиски тешкотии - е градежен материјал за глобалната здравствена безбедност, економски раст, еднаквост и мир. На половина пат преку Целите за одржлив развој (ЦОР) потребни се итни амбициозни акции за обновување и забрзување на напредокот, менување на ударите нанесени од КОВИД-19, ситуации на кривкост, конфликти и насилство и други опасности како и климатските промени.

Глобалниот мониторинг извештај ги квантифицива забавувањето, стагнацијата и недостатокот на напредок и оттогаш започнувањето на ЦОР, заедно со препораките - барањата - да се врати светот на патот кон постигнување универзална здравствена покриеност со фокус на Примарната здравствена заштита.

Здравствениот систем ориентиран кон Примарната здравствена заштита (ПЗЗ) интегрира испорака на квалитетни основни здравствени услуги (вклучувајќи ги и есенцијалните функции на јавното здравје, придонесувајќи за еластични здравствени системи кои можат да одговорат на неочекувано здравје - итни случаи), ангажман на заедницата и мултисекторски политики и акции, и има конститутивна посветеност на човековите права, родовата еднаквост и еднаквоста.

Здравствената работна сила е приоритет за проширување на Примарна здравствена заштита. Здравствената работна сила е столбот на силно, издржливо и здравје насочено кон луѓето. Итна инвестиција во човечки капитал, со ангажман на целото општество и силна меѓусекторската соработка, не е само вистинска стратегија, туку и мудар пристап

кон зајакнување на напредокот, не само кон здравствените ЦОР, туку и постигнување во вработување, правичност, економски и образовни цели.

Политичката посветеност е од суштинско значење, користејќи ја таа глобална стратегија базирана на докази, фокусирана на еднаквост на „Човечки ресурси за здравје,, што драматично го намали глобалниот недостаток на работна сила во здравството од 18 милиони во 2013 година на 15 милиони во 2020 година, а се предвидува да биде 10 милиони во 2030 година.

Критички, овие податоци во голема мера го прикажуваат трендот пред КОВИД-19 и маскираат длабоки регионални разлики: напредокот е побавен во африканските и источниот медитерански региони и малите острови држави во развој. Уделот на Африка во јазот се предвидува да се зголеми од приближно 25% во 2013 година до 52% до 2030 година; Малите острови и земјите во развој се очекува да доживеат побавно (-12%) намалување на недостигот од другите земји (-34%) помеѓу 2020 и 2030 година. Понатаму, негативните здравствени, економски и социјални влијанија на КОВИД-19 ги прават дури и остварените придобивки крвски.

Петтиот глобален форум за човечки ресурси за здравје кој се одржал во април 2023 година под тема „Заштита, заштита и инвестирање во здравствената и здравствената работна сила,,. На истиот биле поканети преку 4000 учесници онлајн и 200 делегати во седиштето на СЗО во Женева, Швајцарија односно повеќе од 160 земји, вклучително и владини министри од здравството, образованието, трудот и финансиите; работнички синдикати и здравствени професионални организации; глобални здравствени партнери; инвеститори; регулатори; едукатори; граѓанското општество; здравствени работници и експерти.

Програмата содржински имала во организацијата седум тркалезни маси на високо ниво, четири специјални сесии и 30 паралелни сесии. Учесниците споделиле докази и искуства стекнати на половина пат од Целите за одржлив развој (ЦОР) и од пандемијата КОВИД-19. Тие ги истражувале патиштата за зголемување на критичните инвестиции потребни за напредок во универзалната здравствена покриеност со оглед на преовладувачкиот макроекономски контекст и финансиските ограничувања. Одбележувајќи повеќе од пет години од усвојувањето на Глобалната стратегија за човечки ресурси за здравје: работна сила 2030 и Програмата Работа за здравје, Форумот обезбедил ажурирања за нивната имплементација.

Здравствен работник — личност која може да обезбеди третман на здравствена заштита и совети засновани на формална обука и искуство. Областа ги вклучува оние кои работат како лекари, хирурзи, лекари - асистенти, медицински асистенти, медицински сестри, физиотерапевти, стоматолози, акушерки, психолози, психијатри или фармацевти. Здравствен работник исто така може да биде јавен здравствен работник или здравствен работник во заедницата.

Недостигот на **вештини** кај здравствената работна сила не е нов феномен. Во текот на изминатите две децении, имаше значителен притисок врз здравствената работна сила, како во однос на **бројот** на работници, така и во однос на вештините што им се потребни

за работа со нови технологии и прилагодување на новите задачи. Недостатокот на вештини во здравствената работна сила е глобален проблем, кој влијае на земјите низ регионите, а особено влијае на земјите со низок и среден приход (ЛМИЦ). Пандемијата КОВИД-19 дополнително ги влоши овие недостатоци и ја нагласи важноста на еластичните и добро квалификувани здравствени работници.

Обуката на здравствената работна сила со вистинските вештини е од суштинско значење за одговор на идните здравствени кризи и за подготовка за зголемена употреба на дигитални технологии и демографски промени, меѓу другите трендови. Опременувањето и обуката на здравствената работна сила со вистинските вештини е од суштинско значење за одговор на идните здравствени кризи, подготовка за зголемена употреба на дигитални технологии и планирање за демографски промени. Оваа работа се надоврзува на претходните иницијативи преземени од ОЕЦД и Меѓународната организација на трудот (МОТ) во областа на проценка на вештини и очекување. Таа има за цел да овозможи поотпорна здравствена работна сила со тоа што ќе им помогне на земјите да ја проценат идната побарувачка во однос на бројот на здравствени работници и потребите за вештини и да воспостават соодветни политички одговори. Овој извештај дава компаративен преглед на практиките во 16 земји за предвидување на идните потреби за вештини во здравствената работна сила и за тоа како таквите информации се користат од креаторите на политиките за да се поттикне подобро усогласување со потребите на пазарот на трудот. Анализата се заснова на првично истражување на маса, интервјуа со институции кои се одговорни за предвидување на потребите за вештини кај здравствената работна сила и виртуелна работилница за учење меѓу колегите која вклучувала многу учесници кои биле интервјуирани. Овој извештај ги разгледува пристапите што во моментот ги преземаат избрана група земји за да ги предвидат потребите за вештини во здравствената работна сила. Опфаќа 16 ОЕЦД и земји со низок и среден приход: Аргентина, Австралија, Бангладеш, Канада, Колумбија, Етиопија, Финска, Германија, Гана, Ирска, Кореја, Холандија, Норвешка, Јужна Африка, Шведска и САД. Извештајот ги идентификува видовите методологии кои се применуваат за да се предвидат потребите за вештини на здравствената работна сила во различни земји и ги испитува начините на кои овие информации се користат за обликување на политиките за образование, работна сила и миграција, како и за процесите на колективно договарање.

Целта на извештајот е да се олесни трансферот на знаење меѓу земјите и да им се помогне на земјите во развивањето на вежби за очекување вештини за здравствената работна сила. Важен е и начинот на кој се дизајнирани **вежбите за исчекување на вештините**. Со оглед на тоа што на здравствените работници им требаат меѓу 7-10 години за да се обучуваат, вежбите за исчекување вештини кои бараат долги временски хоризонти можат подобро да го информираат ажурирањето на академските програми и уписите во програмите за образование и обука. Вежбите кои заземаат секторски пристап овозможуваат подетална анализа на **специфичните потреби за вештини на здравствената работна сила** од оние кои имаат пристап на целиот пазар на трудот.

За да бидат корисни за креирање политики, **вежбите за предвидување на потребните вештини** за здравствениот сектор треба да бидат јасни за нивните цели на политиката од самиот почеток. Потребни се силни механизми за управување за да се потврдат резултатите и да се преточат вештините во препораки за политики. Вежбите за очекување вештини треба да бидат ориентирани кон корисниците, да вклучуваат клучни социјални партнери и засегнати страни и да бидат добро координирани на секое ниво. Информациите произведени од вежбите за очекување вештини за здравствената работна сила се користат од владите, болниците и синдикатите за различни цели на политиката.

Квантитативните резултати на ниво на занимање или квалификација често се користат за да се одреди бројот на студенти во програмите за здравствено образование или приливот на мигранти. **Квалитативните наоди** кои ги опишуваат видовите на вештини кои ќе бидат потребни за даденото занимање може да се искористат за да се дефинира содржината на курсот за образование и обука и да се информираат за промените во начинот на распоредување на задачите низ занимањата.

Прописите што го ограничуваат опсегот на задачите на лице во дадена професија законски дозволено да ги извршува може да дејствуваат како **бариера** за поефективна употреба на овие информации. Други важни бариери вклучуваат **недостаток на финансирање, координација, вклученост на засегнатите страни и лошо усогласување меѓу вештини и посакуваната цел на политиката.**

Петте препораки за политики подолу може да ги водат земјите во развојот на **вежби за очекување вештини** за здравствената работна сила.

1. Дизајнирајте вежби со специфични цели на политиката и размислете како изборот на метод, опсег, дефиниција на вештини, зачестеност и временска динамика придонесуваат за постигнување на тие цели.
2. Користете комбинација од квалитативни и квантитативни методи за да постигнете најцврсти и најсигурни проекции за идните потреби за вештини во здравствената работна сила. Иако е скапо, инвестирањето во пристапи со мешани методи ги користи силните страни и на квалитативните и на квантитативните методи.
3. Вежбите кои конкретно се фокусираат на потребите за вештини се ретки, но тие го олеснуваат динамичниот пристап кон планирањето на здравствената работна сила што зема предвид кои вештини се потребни за да се подготват здравствените работници за барањата на новите технологии и секторските двигатели на промени. Потребни се повеќе инвестиции во голем број земји за да се спроведат вакви вежби.
4. Вклучувањето на социјалните партнери е од суштинско значење за да се осигура дека интелигенцијата за вештини е погодна за употреба на политиката и да се промовира прифаќањето на одговорот на политиката меѓу засегнатите страни.

5. Потребна е меѓународна соработка за да се придонесе за справување со недостигот на здравствена работна сила. Недостатоците во здравствената работна сила се широко распространети. За да се осигура дека миграциските текови постигнуваат победнички исходи и за земјите на потекло и за дестинација, потребна е меѓународна соработка и во идентификацијата на потребите за вештини и во одговорот на политиките (како што се билатерални договори, трансфер на знаење и развојна соработка).

Вежбите за проценка на вештини и исчекување се алатки кои се користат за генерирање информации за тековните и идните потреби за вештини на пазарот на трудот, расположливата понуда на вештини и како тие двете се разминуваат. Нивната цел е да направат пазарите да работат подобро преку информирање на пазарот на трудот и учесниците во образованието и обуката (Вилсон, 2011 (1)).

Очекувањето на вештините им овозможува на низа засегнати страни, вклучувајќи ги давателите на обуки, креаторите на политики, работодавачите, младите и возрасните, да направат подобро информирани избори за образование и обука, што доведува до подобрување во користењето на вештините и развојот на човечкиот капитал (МОТ, 2015 (2)).

Овозможува попроактивен одговор на факторите кои ја обликуваат идната побарувачка и понуда за вештини, како што се оние идентификуваните. Иако не е можно да се предвиди иднината, вежбите за проценка на вештини и исчекување можат да им помогнат на актерите да планираат и да се подготват за тоа и да го минимизираат јазот помеѓу понудата и побарувачката за вештини. Претходните студии ги опфатиле различните вежби за проценка на вештини и исчекување што земјите и регионите ги користат за мерење и предвидување на побарувачката и понудата на вештини и работна сила на општиот пазар на труд (ОЕЦД, 2016; МОТ, 2017; ЦЕДЕФОП, 2008 (3)). Тие вклучуваат анкети на работодавачи, квантитативно предвидување, квалитативни методи, собирање и анализа на статистиката на пазарот на трудот, анкети на работници или дипломирани студенти и секторски студии. Секој од овие методи има предности и недостатоци и најдобро одговара за различни типови на употреба на политики. Затоа, користењето комбинација на методи се смета за најдобра практика за искористување на предностите на секој метод (ОЕЦД, МОТ, 2017 (4) ЦЕДЕФОП, 2008 (5)).

Терминот „вештина“ се подразбира како способност за извршување на ментални или мануелни активности, стекнати преку учење и вежбање. Вештината е сеопфатен поим кој вклучува знаење, компетентност и искуство, како и способност да се применат со цел да се завршат задачите и да се решат проблемите поврзани со работата. **Генеричките вештини** (исто така наречени основни вештини) се вреднуваат во секое работно место, занимање и сектор и вклучуваат социјални вештини, когнитивни вештини и основни дигитални вештини (МОТ, 2021(6)).

Специфичните вештини, напротив, не се пренесуваат од едно работно место/занимање/сектор на друго и се однесуваат, на пример, на знаење специфични за

индустријата, техничко знаење или практични компетенции кои се специфични за одреден сектор. Базата на податоци на ОЕЦД Скиллс фор Јобс открива дека одредени **генерички вештини стануваат сè поважни за здравствените професии**, како што се расудувањето и одлучувањето, додека другите генерички вештини како што се психомоторните вештини се намалуваат по важност.

Вежбите кои се фокусираат на потребите за вештини сами по себе, за потребите за вештини како што се занимањата, имаат неколку предности. Прво, барањата за вештини во здравствените професии може да се променат со текот на времето поради технолошките промени, а фокусирањето на вештините овозможува подобро разбирање за тоа како се менуваат овие барања за вештини. Второ, ако барањата за вештини за здравствена работна сила се менуваат, фокусирањето на вештините овозможува подинамичен одговор на политиката отколку фокусирањето на квалификации или занимања, кои обично претпоставуваат статичен пакет на вештини. Конечно, фокусот на вештините е релевантен за планирање на распределбата на задачите помеѓу медицинските работни места - на пример, за справување со ненадејните зголемувања на побарувачката како што се случи во контекст на пандемијата КОВИД-19. Клучен предизвик за вежбите за исчекување на вештините е дека вештините може да бидат тешки или скапи за директно мерење.

Индивидуалните вештини не се секогаш лесно разбирливи или квантитативни: може да биде нејасно што содржи дадената вештина и како може да се научи или процени. Во пракса, потребите за вештини често се приближуваат со проценка кои професии (како лекари или медицински сестри) ќе бидат во поголема или помала побарувачка. Навистина, многу вежби во овој преглед на пристапите на земјата започнуваат со проектирање кои професии во здравствената работна сила ќе бидат во поголема или помала побарувачка во иднина, како приближување на потребите за вештини. Професиите имаат предност што се лесно разбирливи и овозможуваат планирање на работна сила во рамките на здравствената работна сила. Ограничувањето со вежбите што се фокусираат на занимања, сепак, е тоа што не е секогаш јасно кои вештини или квалификации се потребни за извршување на дадено занимање. Тие, исто така, имаат потенцијал да ги превидат начините на кои потребните вештини на даденото занимање може да се развиваат со текот на времето, на пример, за да му овозможат на професионалецот да работи со новите технологии. Други вообичаени приближувања на вештините се нивоата на образовни квалификации (како технички/стручни, универзитетски) и/или области на студии (како медицина, психијатрија, медицинска сестра). Како и кај занимањата, квалификациите се лесно разбирливи и често се лесно достапни податоци за бројот на нови дипломирани по квалификација и образовното достигнување на работната сила. Сепак, поединците со иста квалификација може да имаат различни вештини, а достапните образовни програми во дадена земја не мора да ги учат сите вештини потребни за дадена работа. Понатаму, мапирањето од занимања до потребите за квалификации не е едноставно, иако некои земји имаат развиено методологии за да го направат тоа. На пример, Советодавниот комитет за планирање на медицинска работна сила (АЦММП) во Холандија користи комбинација од квантитативно предвидување, анкети и методи на Делфи за да ја предвиди побарувачката на работна сила

за 80 професии во здравствените услуги (Капацитетен план), пред да се мапира со квалификации за да се дадат препораки за саканиот внес во медицински програми. Вежбите кои конкретно се фокусираат на потребите за вештини во здравствената работна сила се ретки. Како што е наведено погоре, вештините се потешко да се мерат отколку квалификациите или занимањата. Клучен предизвик е тоа што не постои заеднички јазик за упатување на вештини кои се широко разбрани и прифатени. Испитаниците дадоа различни причини зошто нивното вежбање се фокусира на прокси на вештини (како што се занимања или квалификации) наместо на вештини сами по себе. Германскиот Федерален институт за стручно образование и обука (БИББ) и Министерството за труд се обиделе да ги предвидат вештините со мапирање на занимањата на 16 компетенции (Кребс анд Маиер, 2022 (7), но заклучиле дека за веродостојна прогноза за вештини ќе бидат потребни и здрави податоци за тоа како потребите за вештини се менуваат во рамките на занимањата.

Кореја го наведува сè уште немањето национален стандард за компетентност за здравствениот сектор како ограничувачки фактор во развојот на прогнозите за вештини. Друга наведена бариера е тоа што е тешко да се идентификува јасна политика за употреба на информации за потребите за вештини во здравствената работа. Ова би можело да се одрази на строгите барања за лиценцирање на работа во здравствените професии кои го ограничуваат потенцијалот за прераспределба на задачите и трудот и оптималната употреба на вештините на работното место. Неколку вежби кои ги предвидуваат идните потреби за вештини во здравствената работна сила ги разгледуваат долгорочните временски хоризонти (10 години или повеќе). Ова е најважно за употребата на интелигенција за вештини за политиките и наставните програми за образование и обука (т.е. планирање или ажурирање на наставните програми или одредување места за обука), бидејќи може да бидат потребни најмалку 7-10 години за да се обучи здравствен работник, откако наставните програми се поставени. Неколку земји земаат предвид пократки временски интервали кога ги предвидуваат потребите за вештини во здравствената работна сила. Пократките временски интервали се соодветни за информирање на одредени пократкорочни одговори на политиките: ажурирање на содржината на програмите за обука за надградба и дообука за постојната здравствена работна сила, регулирање на привремените миграциски текови и прераспределба на задачите помеѓу медицинските работни места.

Австралиските прогнози за вештини за запишани медицински сестри спроведуваат 5-годишни вежби за исчекување. Тие ја направиле оваа промена како одговор на евалуацијата која констатира дека пократкиот временски период може подобро да го олесни усогласувањето на понудата на вештини со побарувачката на вештини. Вежбите за очекување за здравствената работна сила генерално се ажурираат на секои две до четири години. Секои две години се подготвува технички извештај за проценка и анализа на вештините во здравствениот сектор на пример во Јужна Африка. Во Кореја, фреквенцијата на вежби за здравствената работна сила е утврдена со закон: според Законот за обезбедување помош на здравствените работници од 2019 година, Министерството за

здравство и благосостојба сега е со законска обврска да спроведува истражување и прогноза на секои три години. Нема примери во овој преглед на вежби кои се ажурираат годишно. Фреквенцијата на вежбите понекогаш варира во зависност од нивната намена. Проценките на Колумбија за работните резултати на клиничкиот и административниот персонал, кои вклучуваат проценки на вештините, се одржуваат на секои две години од 2004 година за обновување на програмите за здравствена едукација. Во голем број случаи, вежбите се изведуваат на еднакратна основа без намера редовно да се ажурираат. Комитетот е составен од клучни чинители, вклучително и претставници од болничките администрации, здравствените тела и академици запознаени со здравствената технологија. Комитетот има рок од една година да подготви еднакратен извештај за потребите од вештини на здравствената работна сила. Ова може да биде случај и кога студиите се спроведуваат од работодавачи или работнички организации и се финансираат на ад хок основа. На пример, еднакратна анализа на јазот во вештините на медицинските сестри до 2030 година во здравствениот сектор во Јужна Африка се спроведува преку Националниот оддел за здравство заедно со Иницијативата за јавен приватен раст.

Кога се предвидуваат идните потреби за вештини на здравствената работна сила, некои вежби се фокусираат исклучиво на здравствената работна сила, додека други имаат поширока перспектива на целиот пазар на труд, вклучувајќи го и здравјето заедно со нездравствените занимања и сектори. Пристапот на пазарот на трудот во целост може да ги образложи транзициите помеѓу широк опсег на занимања и квалификации во и надвор од здравствената работна сила. Тоа, исто така, овозможува внатрешно конзистентни споредби на побарувачката на работна сила и вештини во различни сектори. Сепак, пристапите на целиот пазар на трудот можеби не се доволно детални за да ѝ служат на целта на планирањето на здравствената работна сила за специфични професии во здравствените услуги, во зависност од степенот на фокус на здравјето во рамките на пошироката мултисекторска анализа.

Вежбите кои се фокусираат конкретно на потребите на здравствената работна сила имаат неколку предности. Тие можат да обезбедат подетални информации за барањата за вештини и квалификации во здравствената работна сила и се способни да ја дефинираат здравствената работна сила на повеќе нива (т.е. подетални занимања), отколку ако здравствената работна сила е само еден сектор во вежбата. Со оглед на нивниот јасен фокус, овие вежби можат да бидат поефективни за промовирање и олеснување на социјалниот дијалог и брзо генерирање резултати за идните потреби за вештини на секторот.

Вежбите за исчекување на квантитативните вештини вклучуваат анализа на различни показатели за тековната и/или нивната побарувачка и понуда на здравствени работници и нивните вештини или квалификации, со цел да се проектираат идните трендови според дадените претпоставки. Моделите на временски серии ги користат историските трендови во бројот на здравствени работници и ги екстраполираат овие трендови за да ја проектираат идната понуда на здравствени работници. Регресивните модели претпоставуваат дека предвидената променлива (како што е побарувачката за

здравствени работници) е поврзана со други варијабли во околината (како што се демографските промени) и создаваат прогнози врз основа на тие асоцијации.

Други примери на модели за квантитативно предвидување се моделите за оптимизација, генеричките математички модели, моделите на акции и проток, моделите на влезно-излезни, социјални сметководствени матрици и модели за симулација (Safarishahrbijari, 2018(8)).

Проекциите за идната големина и структура на населението (т.е. демографски проекции) се најчесто користен показател за побарувачката за здравствени услуги и здравствени работници во квантитативните прогнози. Најосновниот пристап е да се идентификува уделот на работниците по занимање (како и полот и возраста, на пример), и да се идентификува идната побарувачка преку поврзување на овие удели на вработеност со проценетите промени во големината или структурата на населението.

Демографските проекции, исто така, укажуваат на побарувачката за здравствени услуги директно, бидејќи искористеноста на здравствената заштита варира според возраста и полот и други подгрупи. На пример, жените меѓу 20 и 40 години имаат најголема веројатност да бараат акушерки, а стареењето на населението ја зголемува побарувачката за геријатриски медицински сестри.

Други показатели за побарувачката кои се специфични за здравствената работна сила се очекуваната промена во преваленцата на специфични болести (т.е. морбидитет) и очекуваните трошоци за здравствена заштита. Бидејќи моделите на морбидитет имаат тенденција да се разликуваат по пол и возраст, тие често се користат во комбинација со демографски проекции. На пример, квантитативните прогнози за здравствената работна сила што ги спроведува корејското Министерство за здравство и благосостојба користат индикатори за побарувачка како што се демографијата, користењето на здравствените услуги и инциденцата и распространетоста на болестите. Светската здравствена организација (СЗО) ја моделира идната пазарна побарувачка за здравствени работници за 165 земји ширум светот користејќи ги податоците на Светска банка за здравствените трошоци по глава на жител, населението на возраст од 65+ и бруто домашниот производ по глава на жител (БДП). Други фактори, исто така, може да влијаат на идната побарувачка за здравствени работници, како што се промените во моделите за испорака на здравствени услуги (како што се системите насочени кон болница или примарната здравствена заштита); и промени во финансирањето на здравствената заштита (како што се широчината и длабочината на покриеноста со здравственото осигурување) (Ono, Lafortune и Schoenstein, 2013(9)).

Идната понуда на здравствена работна сила е во функција на однесувањето на тековната залиха на здравствени работници, како и на проектираните приливи и одливи. Изворите на приливи вклучуваат образование и имиграција, додека одливите вклучуваат пензионирање, трошење и емиграција.

Една од најчестите мерки на тековната залиха на работници што се користи во квантитативните проекции е бројот на вработени лица по занимање, често земен од податоците од пописот на населението или од анкетите на работната сила. Меѓутоа, во

одредени околности, расположливата понуда на работна сила може значително да го надмине бројот на вработени работници. На пример, во Гана, владините министерства и синдикати известуваат дека јавните ресурси се големо ограничување за ангажирање здравствени работници и многу обучени работници останале невработени долги периоди по дипломирањето.

Регистрите за професионални дозволи се дополнителен заеднички показател за тековната залиха на здравствени работници. Со цел да се осигури дека сите здравствени работници ги исполнуваат минималните барања во однос на знаењето и вештините, повеќето земји воспоставиле професионални лиценци (т.е. законски услов да имаат завршено специфично образование или обука за пракса). Многу земји имаат национален регистар за следење на тоа кои здравствени работници имаат професионална лиценца, и тоа може да се користи како извор на податоци за (потенцијалната) понуда на здравствени работници на пазарот на трудот.

Друг важен фактор е прилив на здравствената работна сила во земјите со високи приходи е имиграцијата од други земји (Ono, Lafortune и Schoenstein, 2013). На пример, Employment Social Development Canada (ESDC) ја вклучува имиграцијата како показател за приливите во понудата на работна сила во нејзините проекции на пазарот на труд, кои го вклучуваат здравствениот сектор. Сепак, бидејќи регрутирањето здравствени работници од странство може да го влоши недостигот на здравствени работници во земјите на потекло, СЗО ги охрабрува земјите да се воздржат од регрутирање здравствен персонал од земји кои страдаат од акутен недостиг и наместо тоа да го подобрат планирањето на нивните потреби за здравствена работна сила. (Светско здравствено собрание, 2010 (10)).

Друг показател за недостиг на работна сила во здравството што се користи во квантитативните проекции е времето на чекање на пациентите пред да одат на лекар. На пример, Советодавниот комитет за планирање на медицинска работна сила (АСММР) во Холандија користи временски серии на време на чекање (во недели) за првите посети на амбулантски сектори како показател за недостиг од здравствени работници. Тие, исто така, користат податоци за времето на пребарување на дипломираните студенти за здравствено образование за да најдат програма за постдипломски тренинг. Претпоставката е дека пократките временски интервали укажуваат на поголема побарувачка или дури и недостиг од здравствени работници. Тие ги добиваат овие податоци од анкетирање на лекари за тоа колку долго барале место за обука и административни податоци за временскиот интервал помеѓу последниот степен на испит во медицината и приемот во програмата за постдипломски студии (АСММР, 2020).

СЗО дава пример за тоа како недостатоците од минималното барање за снабдување може да послужат како показател за недостиг од здравствени работници. Врз основа на неколку анализи, тие пресметуваат индикативен праг од 4,45 лекари, медицински сестри и акушерки на 1000 луѓе и го користат во нивните проценки за потребите на здравствената работна сила и недостигот заснован на потребите до 2030 година. Во Гана, на пример, алатката на СЗО се користи како примарна алатка за одредување на бројот на работници кои треба да се обучат за секоја специјализација. СЗО ги нагласува ограничувањата на овој

пристап со тоа што оваа бројка одразува само избран број на занимања во здравствените услуги и не ја одразува хетерогеноста на земјите во однос на основните услови, потребите на здравствениот систем, оптималниот состав на работната сила и мешавината на вештини (СЗО, 2016 (11)).

Неизвесноста е клучен предизвик кога се предвидуваат идните потреби за вештини: невозможно е прецизно да се предвиди иднината, а со тоа и потребната големина на идната здравствена работна сила или вештините што ќе треба да ги поседуваат за идните сценарија. Колку е подолг временскиот период, толку е поголема неизвесноста. Вежбите со пократок временски период (помалку од 10 години) кои се наменети да информираат за пократкорочни одговори на политиките (како што е надградба на постојната здравствена работна сила во дигитални вештини или привремени миграциски текови) имаат тенденција да вклучуваат помала несигурност од оние што проектираат 10 години или повеќе во иднина, и кои се наменети да го информираат бројот на места за обука во програмите за здравствено образование или наставната програма.

2. Цели

- Цел на Информацијата е да даде приказ и оценка за развиеноста на здравствената мрежа на подрачјето на Центарот за јавно здравје – Скопје (мрежата на здравствените установи, организацијата на здравствените служби и во нив вработениот кадар).
- Да се даде целосен преглед на вработените здравствени работници, здравствените соработници и административно-техничкиот кадар во установите според видот и степенот на стручната подготовка.
- Да се прикажат стандардите на обезбеденост со лекари и здравствени работници со виша и средна стручна подготовка во Скопскиот регион.

3. Материјал и метод

Како материјал за работа користени се:

- Збирниот извештај за вработен кадар и организациската структура на здравствените установи (Образец бр. 3-00-60), кој согласно Законот за евиденции во областа на здравството се доставува еднаш годишно во Одделението за социјална медицина во Центарот за јавно здравје – Скопје.
- Обработените податоци од спроведениот попис на здравствените работници кои работеле во установите во Скопскиот регион на 31.12.2023 година.

Употребен е дескриптивно-информативен метод на работа. Направена е анализа за 2023 година со табеларен и графички приказ на показателите на структура и интензитет.

4. Резултати и дискусија

4.1 Мрежа на здравствени установи и организациски потенцијал (Скопски регион)

Мрежата на здравствени установи ги опфаќа оние здравствени установи кои редовно доставувале извештаи за 2023 година. Наша проценка е дека бројот на здравствени установи во Скопскиот регион е поголем и дека сеуште некои од нив редовно не ги исполнуваат законските обврски за известување.

Мрежата на здравствените установи преку кои се обезбедувала здравствената заштита на населението во општините во Скопскиот регион за 2023 година ја сочинуваат следните видови на здравствени установи: ординации по општа медицина, ординации по стоматологија, ординации по гинекологија и акушерство, специјалистичко – консултативни ординации, поликлиники од примарно и секундарно ниво, центар, општи болници, специјални болници, универзитетски клинички центри, универзитетски клиници, клиничка болница, институт за медицина на труд, институт за трансфузиологија, институт за јавно здравје, центар за јавно здравје, аптеки и останати. Во текот на 2023 година во општина Аеродром здравствена заштита спроведувале вкупно 81 здравствена установа. Тоа се : 24 ординации по општа медицина, 3 ординации по гинекологија, 28 ординација по стоматологија, 6 специјалистички стоматолошки ординации, 11 специјалистичко-консултативни ординации, 4 дијагностички лаборатории, 8 аптеки и 3 приватни поликлиники. Во општина Арачиново функционираше 4 здравствени установи: 2 ординации по општа медицина и 2 ординации по општа стоматологија. Во општина Бутел здравствена заштита спроведувале вкупно 21 установа. Пет ординации по општа медицина, 5 ординации по стоматологија, 2 специјалистички стоматолошки ординации, 5 аптеки и три поликлиники. Во општина Центар здравствени услуги обезбедувале 202 здравствени установи: здравствен дом, 3 центри, 16 ординации по општа медицина, 17 ординации по гинекологија, 29 стоматолошки општи ординации, 55 специјалистичко - консултативни ординации, 4 дијагностички лаборатории, два стоматолошки клинички центри, 32 универзитетски клиници, 14 институти, институт за јавно здравје и центар за јавно здравје, институт за трансфузиологија, 14 поликлиники, 9 аптеки и 2 останати установи. Во општина Гази Баба работеле вкупно 63 здравствени установи. 26 ординации по општа медицина, 4 гинеколошки ординации, 17 ординации по општа стоматологија, една општа болница, 9 аптеки и 4 поликлиники. Во општина Илинден здравствена заштита спроведувале вкупно 15 установи. 4 ординации по општа медицина, 4 стоматолошки ординации, 1 специјалистичка ординација по стоматологија, 5 аптеки и една приватна поликлиника. Општина Шуто Оризари располагала со 7 здравствени установи. Една ординација за општа медицина, 2 ординации по стоматологија, една ординација по гинекологија и акушерство, 2 аптеки и 1 поликлиника. Во општина Ѓорче Петров работеле 63 установи. Еден центар за дијализа, 23 ординации по општа медицина, 3 ординации по гинекологија, 19 стоматолошки ординации, 3 специјалистички ординации, 2 дијагностички лаборатории, 3 специјални болници, 7 аптеки и две поликлиники. Во општината Карпош во 2023 година во мрежата биле вклучени вкупно 106 установи. 27 ординации по општа

медицина, 4 гинеколошки ординации, 29 ординации по стоматологија, 11 специјалистички ординации по стоматологија, 12 специјалистичко-консултативни ординации, 2 дијагностички лаборатории, една општа болница, 3 специјални болници, 1 клиничка болница, еден универзитетски институт, 1 универзитетска клиника, 6 поликлиники и 8 аптеки. Во општина Кисела Вода здравствена заштита спроведувале 67 здравствени установи. 22 ординации по општа медицина, 3 ординации по гинекологија, 23 ординации по општа стоматологија, 4 специјалистички ординации по стоматологија, 4 специјалистички ординации, 6 аптеки, три дијагностички лаборатории и две поликлиники. Во општина Петровец имало 2 ординации по општа медицина, 1 општа болница, 2 аптеки и едно природно лекувалиште за рехабилитација. Од општина Сарај во 2023 година известиле вкупно 14 установи. 7 ординации по општа медицина, 1 ординација по гинекологија, 2 ординации по стоматологија и три поликлиники. Во општина Сопиште – 2 ординации по општа медицина и 2 ординации по стоматологија. Во општина Студеничани вкупно имало 7 установи. Една ординација по општа медицина и една по општа стоматологија, три аптеки и 2 поликлиники. Во општина Зелениково 1 ординација по општа медицина. Во општина Чаир здравствена заштита спроведувале: Ј.З.У Здравствен дом–Скопје, кој како установа има подрачни единици со свои служби во целиот Скопски регион, 23 ординации по општа медицина, 3 ординации по гинекологија, 14 ординации по стоматологија, 5 специјалистички ординации по стоматологија, 1 специјалистичко - консултативна ординација, еден институт, 1 специјална болница, 10 аптеки и 4 поликлиники. Од општина Чучер Сандево во 2023 година известиле две ординации по општа медицина (Табела 1.).

4.2 Кадровска обезбеденост на Скопскиот регион со здравствени работници и здравствени соработници

Дистрибуцијата на здравствените работници, здравствените соработници и останатите работници во установите на подрачјето на Скопје, прикажана е според дејности во амбулантно - поликлиничка, болничка, специјалистичко-консултативна, наставна, специјализирана превентивна дејност, аптекарска дејност и техничко-административна, во целост на Табела 2. Во установите на подрачјето на Скопскиот регион во 2023 година биле вкупно вработени 14305 лица. Од нив 70,4% биле **здравствени работници**, или 10065. **Здравствените соработници** учествувале со индекс од 8,5%, односно 1219 лица. **Административно-финансиски, технички работници и хигиеничари**, биле вкупно 3021. Тие учествувале со 21,1% од вкупно вработените на подрачјето на Скопскиот регион (Табела 2).

Бројот на здравствени работници го чинат: **5247 здравствени работници со висока стручна подготовка (53,9%), 59 здравствени работници со виша стручна подготовка (0,6%), 4759 работници со средна стручна подготовка (47,3%)** (Табела 2).

Во болничката дејност на подрачјето на Скопскиот регион, работеле **45%** од вкупниот број на вработени. Од нив 60% биле здравствени работници, **10%** здравствени соработници и **30%** останатите работници (Табела 2).

Бројот на вработени во амбулантно-поликлиничката дејност во структурата на вкупно вработените во здравствениот систем на Скопскиот регион, учествувале со индекс од **16,2%**. Од нив, **87,9%** биле здравствени работници, **1,3%** здравствени соработници и **10,8%** останати работници во здравството (Табела 2).

На специјалистичко-консултативната дејност - во болниците на подрачјето на Скопскиот регион, им припаѓаат **9,3%** од вкупно вработените. Од нив **86,4%** биле здравствени работници, **8,8%** здравствени соработници и **4,8%** останати работници во здравството (Табела 2).

На специјалистичко-консултативната дејност - вон болниците на подрачјето на Скопскиот регион, им припаѓаат **16,4%** од вкупно вработените. Од овие, **74,9%** биле здравствени работници, **8,4%** здравствени соработници и **16,7%** останати работници во здравството (Табела 2).

На фармацевтската (аптекарска) дејност и припаѓаат **6,1%** од вкупно вработените. **98,7%** од нив биле здравствените работници, здравствените соработници немало и **1,3%** останатите работници во оваа дејност на подрачјето на Скопскиот регион (Табела 2).

На останатите здравствени дејности им припаѓаат **7,0%** од вкупно вработените во здравството на подрачјето на Скопскиот регион. Од нив **39,0%** биле здравствени работници, **23,5%** здравствени соработници и **37,5%** останати работници во здравството (Табела 2).

Дистрибуцијата на здравствените работници со висока стручна подготовка вработени во установите во Скопскиот регион според профилот/видот, вкупно и во одделните дејности посебно, е прикажана во Табела 3. Највисоко е учеството на здравствените работници со висока стручна подготовка во **болничката дејност**. Од вкупно 3866 здравствени работници, 1195 се лекари, 15 се стоматолози, 26 се фармацевти и 771 се останати (медицински сестри и останати здравствени работници со ВСС). **Амбулантно-поликлиничката дејност** ангажира вкупно 2037 здравствени работници, 1129 со висока стручна подготовка. Од нив 640 се лекари, 366 се стоматолози, 9 се фармацевти и 114 се останати.

Специјалистичко-консултативната дејност – во болниците ангажира вкупно 1150 здравствени работници, 383 лекари, 1 стоматолог, 2 фармацевти и 223 останати.

Специјалистичко-консултативната дејност – вон болниците ангажира вкупно 1758 здравствени работници, 406 лекари, 241 стоматолог, 10 фармацевти и 300 останати (Табела 3).

Здравствените работници со виша стручна подготовка – вкупно 59, во најголем број се ангажирани во амбулантно-поликлиничка дејност (33,9%), потоа во специјалистичко-консултативна - вон болничка дејност (25,4%). Во болничка дејност тие учествуваат со 23,7%. Според видот најбројни се медицински сестри - техничари (45,8%) и физиотерапевтски техничари (15,3%) (Табела 4).

Здравствени работници со средна стручна подготовка во најголем број се анжирани во болничката дејност, 1845, со индекс од 38,8%, а нивниот број во амбулантно-поликлиничката дејност бил 888 со индекс од 18,7% , додека нивниот број во

специјалистичко-консултативната вон болничка дејност бил 786, со индекс на структура од 16,5%. Најбројни спрема видот меѓу здравствените работници со средна стручна подготовка се **медицинските сестри** со учество од 92,2% во болничката дејност, 66,6% во амбулантно-поликлиничката дејност и специјалистичко-консултативната вон болничка дејност со 44,8%. На второ место се фармацевтските техничари кои се 92,8% застапени во **фармацевтската дејност. На трето место се лаборантски техничари** кои со најголем број биле ангажирани во специјалистичко-консултативната дејност вон - болничка и тоа со индекс од 50,7% од вкупно вработени лаборантски техничари (Табела 5). Дистрибуцијата на административно – техничкиот кадар спрема видот и, вкупно и во одделни здравствени дејности е дадена на Табела 6. Од табелата се гледа дека најголем број на административно – технички работници има во болничката дејност, односно 63,8% од вкупно вработените. Половина од нив работат како административни работници, а останатата половина се технички кадар.

Табела 7 ги прикажува постигнатите стандарди на обезбеденост на населението од Скопскиот регион со лекари, стоматолози и фармацевти. Во вон болничката здравствена заштита достигнат е стандард од 1 лекар ангажиран во лекувањето на 380 жители на Скопскиот регион. Во болничката здравствена заштита е достигнат стандард од 1 лекар ангажиран во лекувањето на 508 жители на Скопскиот регион, или вкупно во Скопскиот регион достигнат стандард е 1 лекар на 888 жители. Исто така, достигнат е стандард од 933 жители на 1 стоматолог и 1 фармацевт на 1807 жители во вон болничка дејност на подрачјето на Скопскиот регион.

Во примарната здравствена заштита во 2023 година во Скопскиот регион во ординациите по општа медицина работеле вкупно 485 лекари. Од нив 18,6% биле лекари специјалисти. **Односот на здравствени работници со висока, виша и со средна стручна подготовка на лекар бил блиску 1:1 за Скопскиот регион, вкупно** (Табела 8).

Во ординациите по општа медицина во 2023 година во Скопскиот регион остварени се 5907 посети по лекар, а дневниот просек по лекар за 2023 година изнесувал 26,6 посети.

Во ординациите по гинекологија и акушерство во текот на 2023 година во Скопскиот регион работеле 57 специјалисти, и 61 останати здравствени работници, со меѓусебен сооднос блиску до 1:1 (Табела 9). Во ординациите по гинекологија биле остварени 4066 посети по лекар или 18,3 посети по лекар на ден.

Ординациите по стоматологија биле обезбедени со 314 општи стоматолози и 132 специјалисти. Во спроведување на стоматолошката заштита во овие ординации учествувале и 374 лица со висока, виша и средна стручна наобразба (забен техничар или забен асистент) прикажани на Табела 10. Односот меѓу нив бил 1,2 стоматолози/1 забен техничар или забен асистент. **Во ординациите по педијатрија** во текот на 2023 година за Скопскиот регион биле вработени вкупно 50 лекари. Од нив 54% биле специјалисти и 46% општи лекари. Односот лекар/здравствени работници со висока, виша и средна стручна подготовка бил 1:1,6 (Табела 11).

Во специјалистичките ординации во текот на 2023 година во Скопскиот регион работеле вкупно 483 специјалисти, 50 лекари на специјализација и 25 лекари по општа медицина.

Од здравствените работници со висока, виша и средна стручна подготовка во оваа служба работеле 917 останати здравствени работници, односно бил постигнат сооднос на лекар спрема здравствени работници со висока, виша и средна стручна подготовка од 1:1,9.

Во болничката здравствена заштита биле вработени вкупно 1195 лекари, 965 специјалисти, 207 лекари на специјализација, 23 лекари по општа медицина, 14 специјалисти стоматолози, 26 фармацевти и 126 здравствени соработници. Односот лекар/здравствени работници со виша и средна стручна подготовка бил 1:2,2. Анализираниите податоци покажуваат дека достигнати се следните нивоа на обезбеденост на населението со здравствени работници:

- 1 доктор во вон болничка здравствена заштита на 380 жители од Скопскиот регион;
- 1 доктор во болничка здравствена заштита на 508 жители;
- 1 стоматолог во вон болничка здравствена заштита на 993 жители;
- 1 фармацевт во вон болничка здравствена заштита на 1807 жители.

4.3 Споредба на индикатори за обезбеденост со здравствени работници во Р. С. Македонија и други земји од Европскиот регион

Воспоставување споредливи податоци ширум ЕУ за јавното здравство и утврдувањето на факторите се тесно поврзани со еден од приоритетите на програмата за акција во заедницата во областа на јавното здравство 2008–13, имено за генерирање и дистрибуирање на здравствени информации и знаења за здравјето. Ова му овозможува на Евростат да придонесе за постигнување на други цели на акционата програма, со собирање и дистрибуирање на статистики и здравствени индикатори кои им помагаат на креаторите на политики да ги идентификуваат здравствените ризици, да ја подобрат јавната здравствена безбедност и да промовираат здравје, вклучително и намалување на здравствените нееднакости.

Информациите за здравствените системи во крајна линија се информации за здравјето на населението. Истите се предуслов за следење на успешноста на здравствената политика.

Регионалните индикатори кои се моментално достапни за здравјето даваат увид во сличностите, специфичностите и контрастите во регионите во Европа. Може да има големи разлики помеѓу регионите во иста земја, додека регионите во различни земји може да бидат многу слични. Темелната анализа на трендовите и варијациите во здравствените индикатори на регионално ниво е неопходна за планирање и следење на активности и програми, за формулирање на нови политики, развој на нови стратегии и, сè за сите, придонес за „здравствена политика заснована врз докази“.

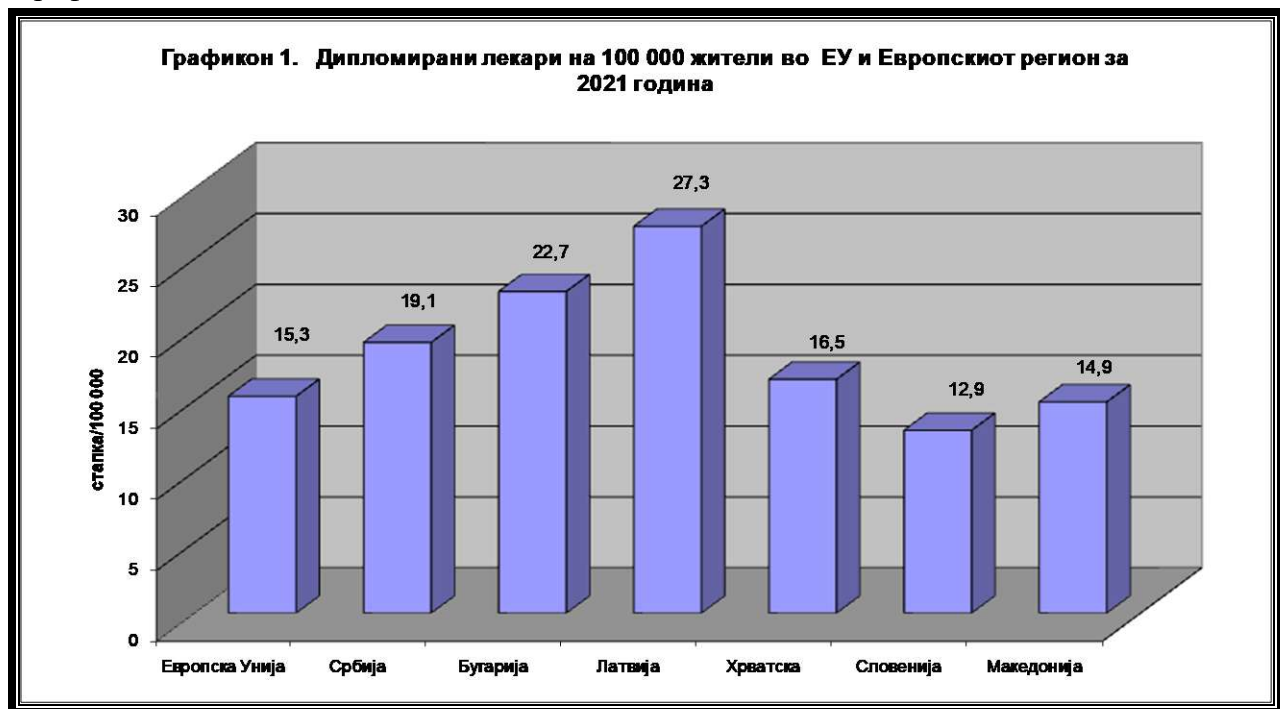
Работата на здравствената статистика на Евростат се фокусира главно на понатамошни подобрувања во квалитетот, споредливоста и комплетноста на податоците и натамошно проширување на регионалното покривање.

Регионалните податоци за здравствениот персонал даваат широка слика за достапните човечки ресурси кои обезбедуваат здравствена заштита за населението. Информациите на Еуростат за здравствениот персонал главно се засноваат на административни извори. Користените дефиниции веројатно се разликуваат од една до друга земја и во голема мерка ги одразуваат специфичните начини на држави за организирање на здравствена заштита, така што собраните податоци не се секогаш целосно споредливи.

Евростат собира статистика на регионално ниво за здравствениот персонал (број лекари, стоматолози и други здравствени работници) и за болнички кревети, како и податоци за болнички испишани пациенти. Обезбеденоста со здравствени работници е анализирана преку бројот на дипломирани лекари, бројот на лекари, бројот на стоматолози и бројот на лекари специјалисти на 100 000 жители за 2021 година. Исто така анализирано е и учество на лекарите вработени во болница на 100 000 жители за 2021 година.

На Графикон 1 прикажани се податоци за стапките на дипломирани лекари на 100 000 жители во текот на 2021 година во Р.С. Македонија, ЕУ и некои земји од Европскиот регион.

Графикон 1.



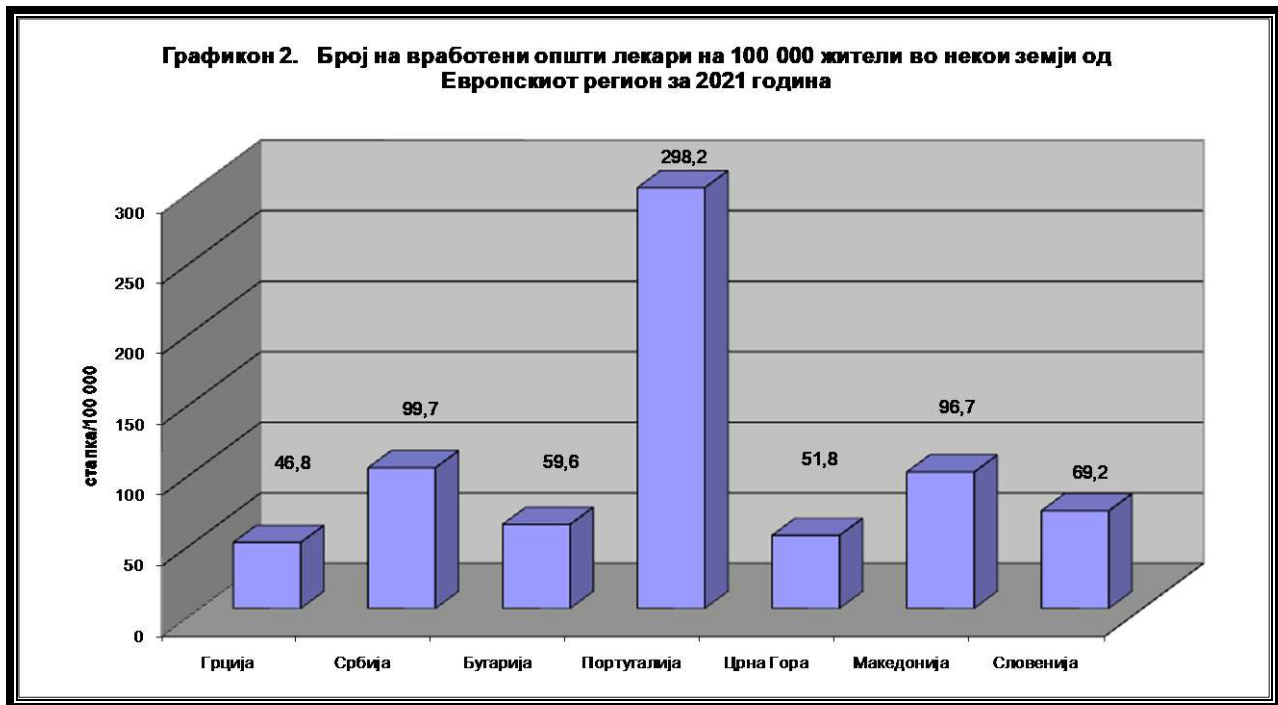
Source: Eurostat database, <http://www.stat.gov.mk/naselenie>; пристапено на 04.04.2024

Во Р.С. Македонија стапката на дипломирани лекари за 2021 година била 14,9%, односно 2,6% помала во однос на истата стапка на ниво на Европската Унија (12). Овој индикатор има поголема вредност и за земјите од соседството - Србија (19,1%) и Бугарија (22,7%) (Графикон 1). Латвија има највисока стапка на дипломирани лекари во 2021 година и

45,4% повисока во однос на Македонија. Словенија има пониска стапка во однос на Македонија за 15,5%.

На Графикон 2 прикажани се податоци за стапките на активни лекари на 100 000 жители во текот на 2021 година во Р.С. Македонија, ЕУ и некои земји од регионот.

Графикон 2.

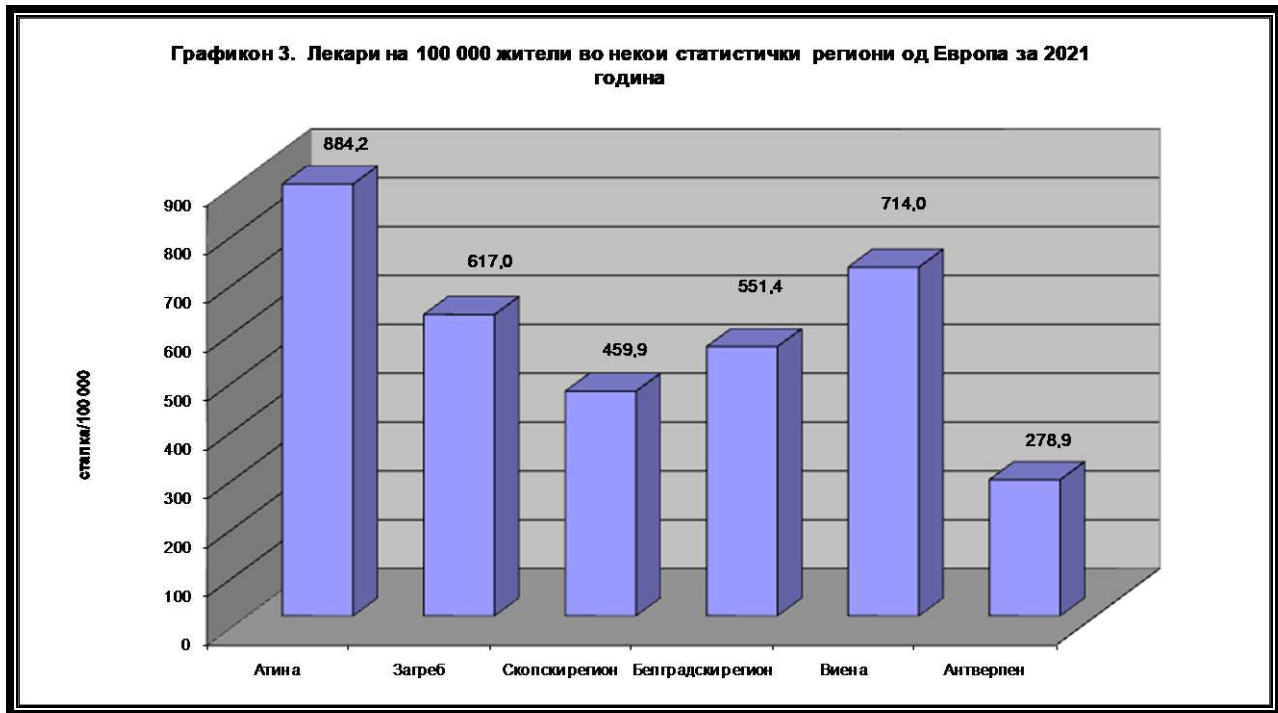


Source: Eurostat database, пристапено на 04.04.2024

Во Р.С Македонија достигнат е стандард од 96,7 лекари на 100 000 жители. Во однос на Бугарија, Македонија има поголема обезбеденост со активни лекари на 100 000 жители. Од анализираните податоци најголема обезбеденост има Португалија 298,2 лекари на 100 000 жители за 2021 година, додека Грција има најмала обезбеденост со активни лекари 46,8. Србија има повисока стапка, но Црна Гора пониска за 46,3% во однос на Македонија. Словенија има помала обезбеденост со 69,2 активни лекари на 100 000 жители, односно 28,4% пониска во однос на Македонија (Графикон 2) (13).

На Графикон 3 прикажани се податоци за стапките на активни лекари на 100 000 жители во текот на 2021 година во Скопскиот регион и некои европски статистички региони односно градови.

Графикон 3.

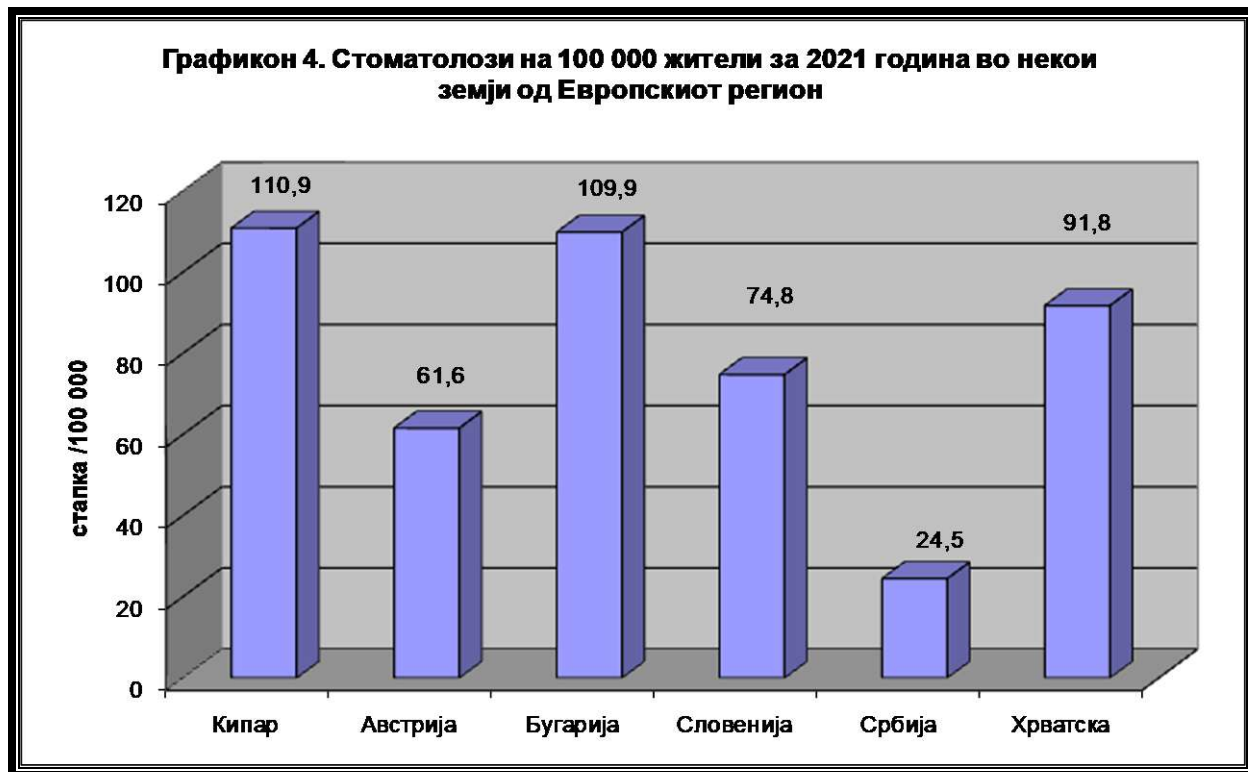


Source: Eurostat database, <http://www.stat.gov.mk/naselenie>; пристапено на 04.04.2022

Од податоците прикажани на Графиконот следува дека Скопскиот регион има поголема обезбеденост со лекари на 100 000 жители во однос на градот Антверпен од Холандија (278,9). Скопскиот регион има помала обезбеденост со активни лекари од Виена (714,0), Загреб (617,0) и Белградски регион (551,4) на 100 000 жители. Атина има најголема обезбеденост со стапка од 884,2 на 100 000 жители. Одредени статистички региони во една земја имаат различна стапка на обезбеденост со лекари на 100 000 жители како на пример во Турција. Истанбул со стапка од 270,0, Измир со 277,1, Адана со 196,1 и Анкара со 367,2 лекари на 100 000 жители. Во Хрватска регионот на Панонска Хрватска има 328,1 лекар, додека Јадранска Хрватска има 346,2. Северна Хрватска има најниска обезбеденост со 225,4 лекари. Источна Хрватска со обезбеденост од 286,3 лекари на 100 000, а Западна Хрватска 387,2 лекари на 100 000 жители. Вакви разлики во дистрибуцијата на лекари во статистичките региони во една земја има и во Србија. Регионот на Војводина има обезбеденост од 272,1 лекар, додека регионот на Јужна и Источна Србија има 319,3 лекари на 100 000 жители. Во Бугарија исто така се разликува обезбеденоста од регион до регион во земјата. Така Северозападниот регион има 462,1 стапка на обезбеденост, додека Североисточниот 395,8, Југоисточниот 351,9 и Југозападниот 464,6 (14). Обезбеденоста со лекари во регионите од Европа покажува дека постои концентрирана дистрибуција на лекари, според стапката на активни лекари на 100 000 жители во регионите во кои се наоѓаат главните административни центри т.е градовите.

На Графикон 4 прикажани се податоци за стапките на стоматолози на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 4.

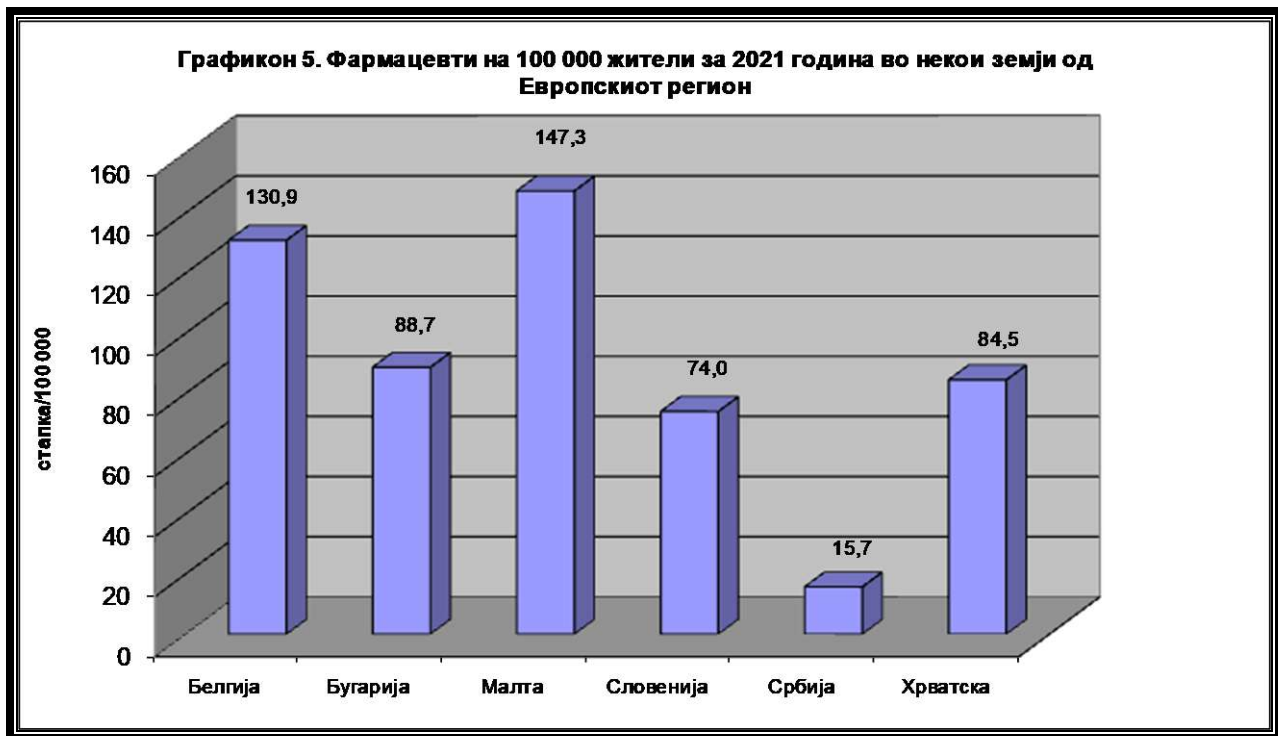


Source: Eurostat database, <http://www.stat.gov.mk/naselenie>; пристапено на 04.04.2024

Од анализираниите податоци, најмала обезбеденост со стоматолози има Србија со 24,5 на 100 000 жители за 2021 година. Хрватска има стапка на обезбеденост од 91,8 за 2021 година. Словенија има помала обезбеденост со стоматолози на 100 000 жители (74,8) од Хрватска (91,8), но помалку во однос на Бугарија кој има стапка од 109,9 стоматолози на 100 000 жители. Од анализираниите податоци на прво место со обезбеденост на стоматолози на 100 000 жители е Лихтенштајн со стапка од 132,7, потоа следува Кипар со 110,9 на 100 000 жители (15). Евидентно е дека во Европскиот регион има неадекватна и несоодветна дистрибуција на стоматолози која според стапката на обезбеденост варира од земја до земја. Бугарија има 77,7% поголема стапка на обезбеденост во однос на Србија и во однос на Австрија 43,9% повисока. Кипар има висока обезбеденост со стоматолози на 100 000 жители. Германија има обезбеденост од 101,1 на 100 000 жители, додека Романија 103,5. Овие две земји од Европскиот регион се наоѓаат на трето и четврто место според обезбеденоста со стоматолози на 100 000, според базата на статистички податоци на Еуростат.

На Графикон 5 дадени се податоци за стапките на фармацевти на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 5.



Source: Eurostat database, <http://www.stat.gov.mk/naselenie>; пристапено на 04.04.2024

Обезбеденоста со фармацевти била најголема во Белгија за 2021 година и изнесува 130,9 на 100 000 жители. Хрватска и Словенија имаат слична обезбеденост со фармацевти, додека Србија има најниска обезбеденост за 2021 година 15,7 на 100 00 жители. Италија има добра обезбеденост со фармацевти со стапка од 128,3, како и Малта 147,3 и Шпанија 125,5 (Графикон 5) (16). Обезбеденоста со фармацевти варира во Европскиот регион од земја до земја. Ниска обезбеденост има Балканскиот регион иако неколку земји како Хрватска и Словенија се дел од Европската Унија, и истите имаат и развиена фармацевтска сопствена индустрија.

На Графикон 6 дадени се податоци за стапките на медицински сестри на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 6.

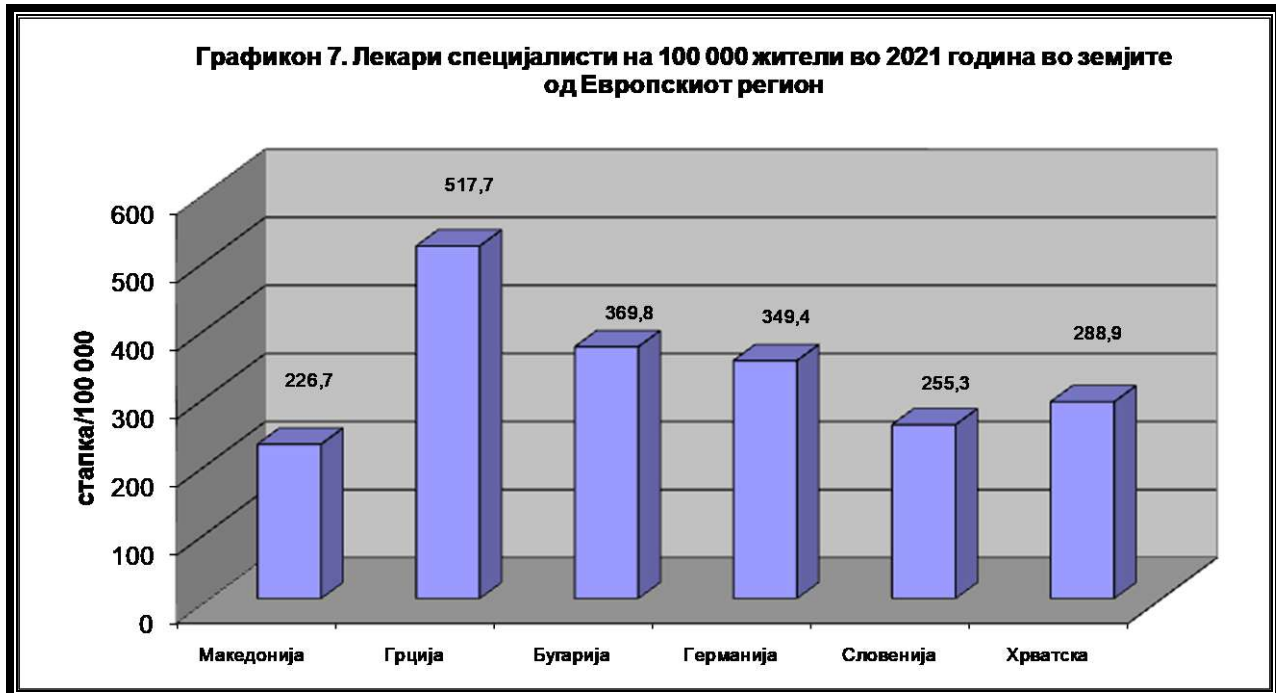


Source: Eurostat database, пристапено на 04.04.2024

При толкувањето на податоците, посебно внимание треба да се посвети на фактот дека регионалните податоци се наменети за „професионално активни“ медицински сестри и акушерки (што ги вклучуваат оние кои имаат пракса и други (кои немаат пракса) акушерки и медицински сестри за кои нивна обука е предуслов за работата), и затоа може да се прецени (17). Највисока стапка на обезбеденост има Норвешка со 55,6 на 100 000 жители, додека Словенија и Хрватска имаат стапка на обезбеденост од 15,8 и 41,7 соодветно. Од анализираниите податоци на Графиконот најниска обезбеденост има Романија и Словенија со стапка од 15,8 на 100 000 жители, следува Србија со 16,4. Грција има 26,7, додека Бугарија 47,4 сестри на 100 000 жители. Германија има висока обезбеденост со стапка од 30,0 и Австрија која има 28,9 стапка на обезбеденост. При толкување на овој индикатор потребно е да се направи разлика во однос на сестрите кои немаат препознаени квалификации и за кои стапката би била повисока, односно разлика меѓу активни во пракса, професионално активни и лиценцирани за работа.

На Графикон 7 прикажани се податоци за стапките на лекари специјалисти на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 7.



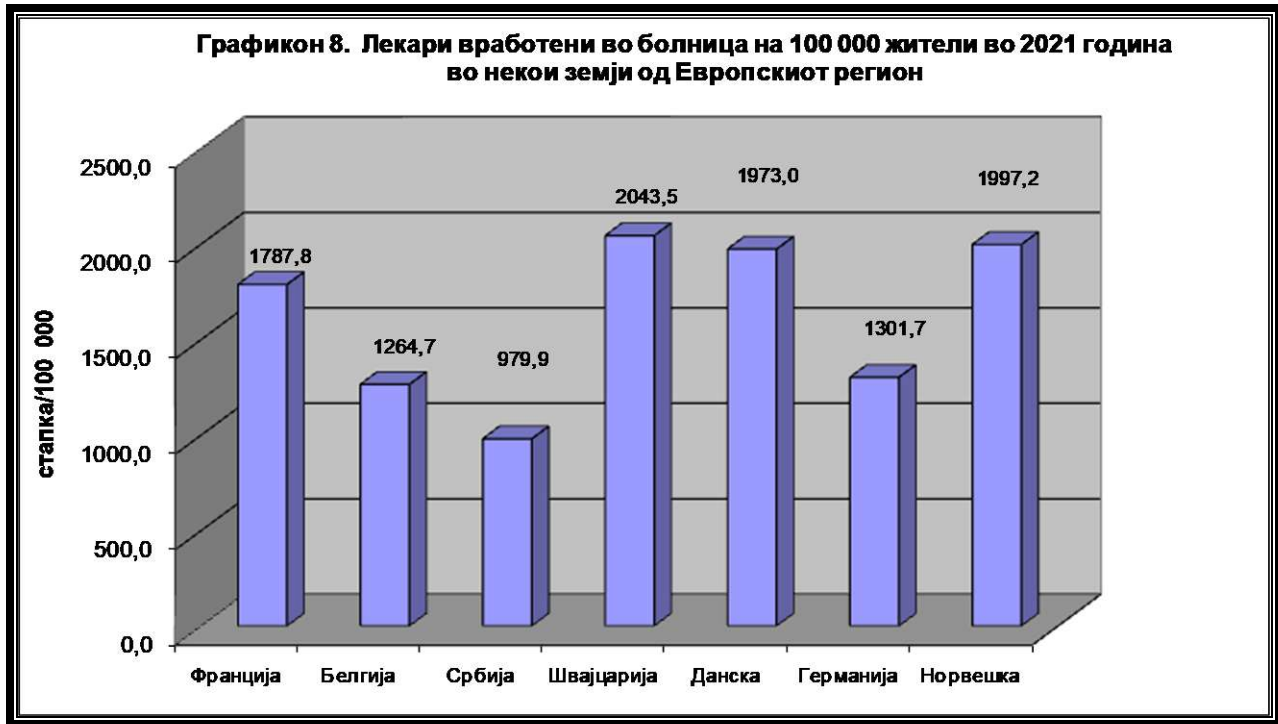
Source: Eurostat database, пристапено на 04.04.2024

Во Р.С. Македонија во 2021 година имало 226,7 лекари специјалисти на 100 000 жители или 42,3% помалку лекари специјалисти во однос на Грција за истата година. Македонија има помалку лекари специјалисти и во однос на Хрватска, Словенија и Бугарија (Графикон 5). Освен Португалија, во 2021 година во секоја земја-членка на ЕУ имало повеќе специјализирани лекари отколку општи лекари. Највисока стапка има Грција со 517,7 лекари специјалисти на 100 000 жители. Бугарија и Кипар имаат слична стапка на обезбеденост со специјалисти околу 370,0 на 100 000 жители. Во поголемиот дел од земјите-членки на ЕУ се забележува зголемување на односот на бројот на специјалисти во однос на бројот на општи лекари.

Старосната структура на лекарите и лекарите специјалисти е значаен индикатор за развивање на стратешка политика за запишување на студенти и специјализанти на факултетите во секоја земја. Италија имала најголем удел на лекари на возраст од 55 години и повеќе. Постои брзо стареење на работната сила во здравството во поголемиот дел од ЕУ. Ова се рефлектира во проценетиот удел на лекарите на возраст од над 55 години, кој се зголемил од 28% во 2007 година на 38% до 2017 година (18).

На Графикон 8 анализирани се податоци за стапките на лекари вработени во болница на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 8.



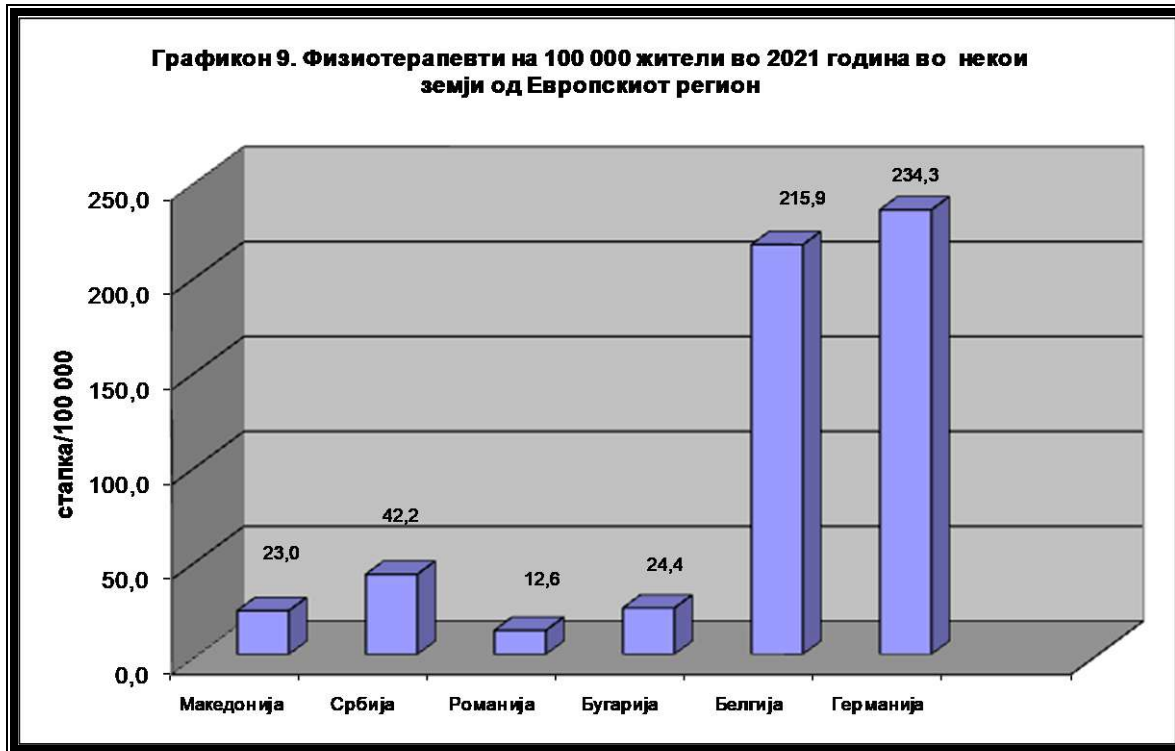
Source: Eurostat database, пристапено на 04.04.2024

Стапката на лекари вработени во болничката здравствена заштита во Франција изнесува 1787,8. Највисока стапка за 2021 година имало во Швајцарија (2043,5) (Графикон 8) (19). Лекарите вработени во болниците учествуваат со нешто повеќе од четири петтини (83%) од вкупниот број лекари во Франција, близу три четвртини (73%) во Данска (податоци за 2016 година), најмалку две третини во Естонија (69%) и Литванија (67%) и нешто помалку од две третини во Малта (66%). Спротивно на тоа, лекарите вработени во болниците учествувале со околу една четвртина од вкупниот број лекари во Кипар (24%) и Белгија. Меѓу земјите-членки на ЕУ, уделот се движел од 36% до 62%.

Достапноста на податоците претворени во единици со полно работно време (ФТЕ) укажува на тоа дека лекарите кои работат во болниците генерално работеле близу до полно работно време. Меѓу 15-те земји членки на ЕУ со податоци достапни за 2017 година, односот помеѓу податоците од стапките за лекари/жители и еквивалентот на полно работно време е 81%, освен во Франција, каде што бил понизок од 75%. Како таква, и покрај тоа што Германија има околу 12% повеќе лекари вработени во болници од Франција кога се мери на број на жители, откако ќе се претвори во еквивалент на полно работно време, бројот во Германија бил околу 30% поголем.

На Графикон 9 анализирани се податоци за стапките на физиотерапевти на 100 000 жители во текот на 2021 година во некои земји од Европскиот регион.

Графикон 9.



Source: Eurostat database, пристапено на 04.04.2024

Во Република Северна Македонија во 2021 година имало 23,0 физиотерапевти на 100 000 жители. Македонија има помалку физиотерапевти во однос на Србија, Белгија, Германија за во 2021 година (Графикон 9). Физиотерапевтите како вид на здравствени работници се доста присутни во многу земји од Европскиот регион кои имаат висок стандард на обезбеденост на 100 000 жители. Најверојатно, паралелно со процесот на стареење на населението во Европскиот регион и намалувањето на физичката способност кај овие лица се зголемува потребата за вработување на ваков профил на здравствени работници. Македонија сè уште има ниска обезбеденост со овој профил на вработени во однос на регионот. Во Европскиот регион на прво место со обезбеденост на физиотерапевти се наоѓа Норвешка 253,0 на 100 000 жители, по неа следува Лихтенштајн со 237,3, а на трето место е Германија со 234,3. Романија е со ниска стапка на обезбеденост 12,6, што е за 45,2% пониска од стапката во Македонија. Најниска стапка на обезбеденост според податоците на Еуростат има Турција за 2021 година со стапка од 9,0 на 100 000 жители (20).

5. Заклучоци

1. Распределбата на здравствените установи според мрежата на територијата на Скопскиот регион покажува несоодветна дистрибуција на установите во градските наспроти руралните средини, со најголема концентарција во општина Центар (202). Ординации по гинекологија и акушерство не постојат во руралните општини. Оваа состојба се повторува веќе во неколку изминати години наназад.
2. Постои нерамномерна распределеност на специјалистичките ординации на секундарно ниво. Највисока концентарција на овие ординации има во централното градско подрачје, поточно во општина Центар каде што се лоцирани 59,3% од сите специјалистички ординации од Скопскиот регион.
3. Постои тренд на зголемување на бројот на Поликлиники како вид на здравствени установи на територијата на Скопскиот регион. Тоа зборува дека се зголемува бројот на повеќе установи кои како служби влегуваат во состав на една Поликлиника.
4. Во однос на кадровската обезбеденост, најголем процент од 45% се здравствени работници вработени во болничката здравствена заштита. Во амбулантно-поликлиничка здравствена заштита 16,2% и специјалистичко-консултативната вон болничка здравствена заштита 16,4%.
5. Постои зголемување на бројот на останати здравствени работници (медицинските сестри и останати здравствени работници со завршено високо образование), додека соработници со виша стручна подготовка се намалуваат, а со нижа подготовка не постојат во состав на вработените.
6. Сеуште на теренот е присутен несоодветен состав на тимовите во примарната здравствена заштита. Тој се однесува на помал број на медицински сестри и техничари во однос на лекари и број на лекари воопшто.
7. Во специјалистичките ординации на Скопскиот регион за 2023 каде односот на лекар спрема здравствени работници со висока, виша и средна стручна подготовка изнесува 1:1,9.
8. Болничката дејност во Скопскиот регион го содржи најголемиот процент на вработени лекари кои учествуваат со 42,8% во текот на 2023 година.
9. Во Скопскиот регион за 2023 година има 459,9 лекари на 100 000 жители што е тренд во повеќето земји од ЕУ, каде има најголема концентрација здравствени работници во главниот град.
10. Во Скопскиот регион како и во регионите од поголемиот дел од земјите-членки на ЕУ се забележува зголемување на односот на бројот на специјалисти во однос на бројот на општи лекари. Специјалистите учествуваат со 65,3% во вкупниот број на лекари.
11. Вработените лекари во болничката дејност во Скопскиот регион за 2023 учествуваат со 38,3% што влегува во Европскиот просек од 36-62%.

6. Предлог мерки

1. Обезбедување рамномерен развој и соодветна дистрибуција во Скопскиот регион за одржување на здравствената мрежа и нејзино обезбедување со соодветен кадровски потенцијал.
2. Одржување и исполнување на предвидените стандарди на обезбеденост со здравствени работници (лекари, лекари специјалисти, останати медицински работници) како во односот меѓу вработените, така и во однос на населението.
3. Понатамошно подобрување на соработката со здравствените установи во врска со подобрување на квалитетот на податоците и известувањето, воопшто.
4. Подобрување на соработката со Државната здравствена и санитарна инспекција во смисла на контрола и исполнување на обврските што произлегуваат од законската регулатива со цел за поголем опфат и поголем квалитет во известувањето.
5. Воведување на стандардизирана методологија за собирање, пресметување и анализа на здравствените индикатори согласно европската регулатива со можност за вкрстена проверка на квалитетот на податоците и нивна компарација во меѓународни рамки.
6. Светската здравствена организација проценува проектиран недостиг од 10 милиони здравствени работници до 2030 година, главно во земјите со низок и понизок среден приход, според тоа нашите препораките се однесуваат за зголемен број на вработувања на здравствени работници во здравствените установи во Скопскиот регион.
7. Зголемување на бројот и видот на обуки за здравствените работници и соработници со цел воведување и извршување на новите развојни методи во медицината и технолошките процеси во светот.
8. Миграциските текови постигнуваат победнички исходи и за земјите на потекло и за дестинацијата, само ако е постигната меѓународна соработка како што се билатерални договори, трансфер на знаење и развојна соработка.

7. Користена литература

1. Wilson, R. (2011), *Anticipating Changing Skill Needs: A Master Class*, University of Warwick, New Skills Networkevent, <https://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Rob%20Wilson%20-%20Forecasting%20skills.pdf> (accessed on 11 April 2022).
2. ILO (2015), *Guidance Note: Anticipating and matching skills and jobs*, International Labour Organization, https://www.ilo.org/skills/areas/skills-training-for-poverty-reduction/WCMS_534307/lang--en/index.htm.
3. OECD (2016), *Getting Skills Right: Assessing and Anticipating Changing Skill Needs*, Getting Skills Right, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264252073-en>
4. ILO (2017), *Skill needs anticipation: Systems and approaches. Analysis of stakeholder survey on skill needs assessment and anticipation*, International Labour Organization, https://www.ilo.org/skills/areas/skills-training-for-poverty-reduction/WCMS_616207/lang--en/index.htm.
5. CEDEFOP (2008), “Systems for anticipation of skill needs in the EU Member States”, *CEDEFOP Working Papers*, Vol. 1, <https://doi.org/10.2801/24837>.
6. ILO (2021), *Global framework on core skills for life and work in the 21st century*, International Labour Organization, https://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_813222/lang--en/index.htm
7. Krebs, B. and T. Maier (2022), *Die QuBe-Kompetenzklassifikation als verdichtende Perspektive auf berufliche Anforderungen*, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Bonn.
8. Safarishahrbiari, A. (2018), “Workforce forecasting models: A systematic review”, *Journal of Forecasting*, Vol. 37/7, pp. 739-753, <https://doi.org/10.1002/FOR.2541>.
9. WHO (2016), *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>.
10. Cammeraat, E. and M. Squicciarini (2021), “Burning Glass Technologies’ data use in policy-relevant analysis: An occupation-level assessment”, *OECD Science, Technology and Industry Working Papers*, No. 2021/05, <https://doi.org/10.1787/cd75c3e7-en>.
11. WHO (n.d.), *Density of physicians (per 1 000 population)*, 2022, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/112> (accessed on 19 April 2022).
12. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_grd2/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_care_hlth_res.hlth_staff
13. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physcat_custom_10693343/default/table?lang=en
14. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physreg_custom_10695547/default/table?lang=en
15. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_10698115/default/table?lang=en
16. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_10700734/default/table?lang=en
17. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_10701732/default/table?lang=en
18. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physcat_custom_10701838/default/table?lang=en

19. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prshp2_custom_10702281/default/table?lang=en
20. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2_custom_10714789/default/table?lang=en

Табела 1.Здравствени установи на територијата на Скопскиот регион: дистрибуција според видот по општини за 2023 година

Општина	вкупно	здравствен дом*	Центар	ординација						дијагностичка лабораторија	општа болница	спец. болница	Клиничка болница	Клинички центар	ИНСТИТУТ**	завод	институт за трансфузна медицина	ИЈЗ и ЦЈЗ	аптеки	поликлиники	Унив клиника	Орди мед труд	Забо техн лабор	Болн за нега	Унив институт	Останати
				општа медицина	гинекологија и акушерство	по стоматологј	спец. по стоматологија	спец. консулт ативна	7а																	
0	1	2	3	4	5	6	7а	7б	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1 Аеродром	81			24	3	28	6	5	4									8	3							
2 Бутел	21		1	5		5	1	1										5	3							
3 Гази Баба	63	1	1	26	4	17				1								9	4							
4 Горче Петров	63		1	23	3	19	2	1	2		3							7	2							
5 Карпош	106			27	4	29	11	12	2	1	3	1						8	6	1				1		
6 Кисела Вода	67			22	3	23	4	4	3									6	2							
7 Сарај	14			7	1	3													3							
8 Центар	202	1	3	16	17	29	20	35	4		1		2	14		1	2	9	14	32					2	
9 Чаир	63	1		23	3	14	5	1			1			1				10	4							
10 Шуто Оризари	7			1	1	2												2	1							
Скопје, град	687	3	6	174	39	169	49	59	15	2	8	1	2	15		1	2	64	42	33				1	2	
11 Арачиново	4			2		2																				
12 Зелениково	1			1																						
13 Илинден	15			4		4	1											5	1							
14 Петровец	6			2						1								2							1	
15 Сопиште	4			2		2																				
16 Студеничани	7			1		1												3	2							
17 Чучер-Сандево	2			2																						
Скопје, село	39			14		9	1			1								10	3						1	
Скопски регион	726	3	6	188	39	178	50	59	15	3	8	1	2	15		1	2	74	45	33				1	3	

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Забелешка: *На територијата на Скопскиот регион работат два здравствени дома, Здравствен дом Железничар (општина Центар) и Здравствен дом-Скопје (општина Чаир) чии служби се дистрибуирани во целиот регион. ** 31УК бидејќи посебно се прикажани ортопедија, траума КАРИЛ и ургентен центар.

Табела 2. Вработени во здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствена дејност	Вкупно	Здравствени работници				Здрав. соработници	Останати работници во здравство				Се вкупно
		Висока	Виша	Средна	Нижа		Вкупно	Адми.	Тех. Кадар	Чист.	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
амбулантно поликлиничка дејност (ПЗЗ)	2037	1129	20	888	0	31	250	80	165	5	2318
болничка дејност	3866	2007	14	1845	0	640	1927	918	786	223	6433
фармацевтска дејност	863	291	0	572	0	0	11	8	1	2	874
наставна дејност	187	145	4	38	0	32	117	73	44	0	336
специјалистичко-консултативна дејност-болничка	1150	609	6	535	0	117	64	55	9	0	1331
специјализирана превентивна дејност	169	86	0	83	0	96	45	21	24	0	310
техничко-административна дејност	35	23	0	12	0	107	214	120	94	0	356
специјалистичко-консултативна дејност- вон болничка	1758	957	15	786	0	196	393	235	133	25	2347
С в к у п н о	10065	5247	59	4759	0	1219	3021	1510	1256	255	14305

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 3. Дистрибуција на здравствени работници со висока стручна подготовка спрема видот / профилот, вкупно и во одделните здравствени дејности во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствена дејност	вкупно здрав. работници	Здравствени работници со висока стручна подготовка										Здрав. сораб.
		вкупно	Лекари				Стоматолози		Фармацевти		Остани	
			Се	општа медицина	на спец.	Специјалист	Се	од тоа спец.	Се	од тоа спец.		
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
амбулантно поликлиничка дејност (ПЗЗ)	2037	1129	640	387	34	219	366	56	9	0	114	30
болничка дејност	3866	2007	1195	23	207	965	15	14	26	10	771	126
фармацевтска дејност	863	291	0	0	0	0	0	0	280	0	11	0
наставна дејност	187	145	109	19	12	78	0	0	15	13	21	20
специјалистичко-консултативна дејност-болничка	1150	609	383	15	76	292	1	0	2	0	223	96
специјализирана превентивна дејност	169	86	52	1	13	38	1	1	12	2	21	78
техничко-административна дејност	35	23	7	4	0	3	2	0	8	4	6	94
специјалистичко-консултативна дејност- вон болничка	1758	957	406	25	35	346	241	217	10	4	300	188
С в к у п н о	10065	5247	2792	474	377	1941	626	288	362	33	1467	632

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 4. Дистрибуција на здравствени работници со виша стручна подготовка спрема видот/профилот, вкупно и во одделните здравствени дејности во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствена дејност	вкупно здрав. работни.	Здравствени работници со виша стручна подготовка										Здрав. сораб.
		мед. сестри	забари	забни техн.	ртг техн.	физиот. техн.	фарм техн.	радиоте. техн.	акуш.	лаб. техн.	оста нати	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
амбулантно поликлиничка дејност (ПЗЗ)	20	11		3						2	4	
болничка дејност	14	11			1	2						2
фармацевтска дејност												
наставна дејност	4									4		
специјалистичко-консултативна дејност-болничка	6	4				1				1		
специјализирана превентивна дејност												
техничко-административна дејност												
специјалистичко-консултативна дејност- вон болничка	15	1		2	1	6				1	4	1
С в к у п н о	59	27		5	2	9				8	8	3

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 5. Дистрибуција на здравствени работници со средна стручна подготовка спрема видот/ профилот, вкупно и во одделните здравствени дејности во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствена дејност	вкупно здрав. работн.	Здравствени работници со средна стручна подготовка										Нижа	Здрав. сораб.	
		мед. сестри	стом. сестри	забни техн.	ртг техн.	физот. техн.	радиот. техн.	фарм. техн.	сан. техн.	акуш.	лабор. техн.			оста нати
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
амбулантно поликлиничка дејност (ПЗЗ)	888	591	228	11				6	1	24	27			1
болничка дејност	1845	1702				45		24		67	7			484
фармацевтска дејност	572							572						
наставна дејност	38										38			8
специјалистичко-консултативна дејност-болничка	535	308			2	45				12	168			21
специјализирана превентивна дејност	83	21									41	21		18
техничко-административна дејност	12	4						8						13
специјалистичко-консултативна дејност- вон болничка	786	352	93	30	1	15		6			289			7
С е в к у п н о	4759	2978	321	41	3	105		616		103	570	21		552

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 6. Дистрибуција на административен и технички кадар спрема видот/профилот, вкупно и во одделните здравствени дејности во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствена дејност	Административен и технички кадар						
	Се вкупно	Адм. вкупно	Адм. висока	Адм. виша	Адм. средна	Адм. нижа	Техн. кадар
01	02	03	04	05	06	07	08
амбулантно поликлиничка дејност (ПЗЗ)	250	80	37		43		170
болничка дејност	1927	918	354	7	557		1009
фармацевтска дејност	11	8	3		5		3
наставна дејност	117	73	33	2	38		44
специјалистичко-консултативна дејност-болничка	64	55	5	1	49		9
специјализирана превентивна дејност	45	21	10		11		24
техничко-административна дејност	214	120	71		49		94
специјалистичко-консултативна дејност- вон болничка	393	235	97	1	137		158
С в к у п н о	3021	1510	610	11	889		1511

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 7.Здравствени работници со висока стручна подготовка според видови/профили, вкупно во болничките и вон болничките здравствени установи во Скопскиот регион во 2023 година

Здравствени установи и установи кои вршат здравствена дејност	л е к а р и						лекари ангажирани за скопското население		стоматолози		фармацевти	
	в к у п н о		по општа мед.		специјалисти		вкупно	жители на лекари ангажиран за скопското население	вкупно	жители на стоматолог	вкупно	жители на фармацевт
	вкупно	жители на лекар	вкупно	жители на лекар по општа медицина	вкупно	жители на лекар специјалист						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Вон болнички	1597	380	451	1346	976	622	808	751	611	993	336	1807
Болнички	1195	508	23	26392	965	629	1050	347	15	40467	26	23346
С е В к у п н о	2792	888	474	27738	1941	1251	1858	1098	626	41461	362	25153

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 8. Вработени во ординациите по општа медицина во 2023 година во Скопскиот регион според стручната подготовка

општина	вкупно	Медицински работници										Немедицински работници						
		со висока подготовка					со виша подготовка		со средна подготовка		со ниска спрема	вкупно	психолози	социјални работници	останати			
		лекари				останати	вкупно	од тоа мед. сестри техничари	вкупно	од тоа мед. сестри техничари								
		вкупно	општа медицина	на спец.	специјалисти						1	2	3	4	5	6	7	8
Гази Баба	103	50	40	1	9	3	1	1	49	49								
Горче Петров	66	33	28	1	4		3	2	30	30								
Карпош	117	57	47	0	10	2	3	3	55	5								
Кисела Вода	67	34	21	1	12	1			32	32								
Центар	64	32	25	1	6	3			29	29								
Чаир	85	44	37	0	7	1			40	40								
Шуго Оризари	6	3	3		0				3	3								
Аеродром	96	48	38	0	10	3			45	45								
Сарај	31	15	11	1	3	2	2	2	12	11								
Бутел	43	20	15	0	5	1	2	2	20	20								
Арачиново	8	4	2		2				4	4								
Зелениково	6	4	2		2				2	2								
Илинден	12	6	4		2				6	6								
Петровец	6	3	2		1				3	3								
Сопиште	8	4	3	1		1			3	3								
Студеничани	2	1	1						1	1								
Чучер Сандево	4	2	2			1			1	1								
јавно здравство	229	125	108		17	14			90	90								
Вкупно	953	485	389	6	90	32	11	10	425	374	0	0	0	0	0	0	0	0

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 9. Вработени во ординациите по гинекологија и акушерство во 2023 година во Скопскиот регион според стучната подготовка

Општина	Вкупно	Медицински работници										Немедицински работници					
		со висока подготовка					со виша подготовка		со средна подготовка		со ниска спрема	Вкупно	психолози	социјални работници	останати		
		лекари				останати	Вкупно	од тоа мед. сестри техничари	Вкупно	од тоа мед. сестри техничари							
		1	2	3	4											5	6
Гази Баба	9	4			4				5	5							
Горче Петров	6	3			3				3	3							
Карпош	13	7			7				6	6							
Кисела Вода	6	3			3				3	2							
Центар	62	29			29	8			25	25							
Чаир	10	5			5				5	4							
Шуто Оризари	2	1			1				1	1							
Аеродром	6	3			3	1			2	2							
Бутел	2	1			1				1	1							
Сарај	2	1			1				1	1							
Арачиново	0	0															
Зелениково	0	0															
Илинден	0	0															
Петровец	0	0															
Сопиште	0	0															
Студеничани	0	0															
Чучер Сандево	0	0															
Вкупно	118	57	0		57	9			52	50			0				0

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 10. Вработени во ординациите по стоматологија во 2023 година во Скопскиот регион според стручната подготовка

Општина	вкупно	Медицински работници											
		со висока подготовка					забни		забни техничари		забни асистенти		останати
		лекари					забни		забни техничари		забни асистенти		
		вкупно	стоматолози	стоматолози на спец.	стоматолози специјалисти	останати	вкупно	од тоа со виша спрема	вкупно	од тоа со виша спрема	вкупно	од тоа со средна спрема	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Гази Баба	75	39	35		4	6			1		29		
Горче Петров	58	30	27		3	2			1	1	25	24	
Карпош	128	58	35		23	5			4	2	40	40	21
Кисела Вода	130	71	44	0	27	10			3	3	46	46	
Центар	183	103	53	2	48	24			9		47	47	
Чаир	81	43	34		9	5			1		32	32	
Шуто Оризари	4	2	2								2	2	
Аеродром	99	55	41		14	11			3	3	30	30	
Бутел	23	15	14		1	1					7	7	
Сарај	16	8	8								8	8	
Арачиново	4	2	2								2	2	
Зелениково	0	0											
Илинден	12	6	5		1	1					5	5	
Петровец	4	2	2								2	2	
Сопиште	5	3	1		2	1					1	1	
Студеничани	21	11	11			1					9	9	
Чучер Сандево	0	0											
Вкупно	843	448	314	2	132	67	0	0	22	9	285	255	21

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 11. Вработени во ординациите по педијатрија во 2023 година во Скопскиот регион според стручната подготовка

ОПШТИНА	ВКУПНО	Медицински работници										Немедицински работници				
		со висока подготовка					со виша подготовка		со средна подготовка			со ниска спрема	вкупно	психолози	социјални работници	останати
		лекари					вкупно	од тоа мед. сестри техничари	вкупно	од тоа мед. сестри техничари						
		вкупно	општа медицина	на спец.	специјалисти	останати										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
Гази Баба	0	0														
Бутел	2	1		1				1	1							
Ѓорче Петров	16	8	2	6	2			6	6							
Карпош	12	6	1	5				6	6							
Кисела Вода	8	4	3	1				4	4							
Центар	10	5		5				5	5							
Чаир	4	2	1	1				2	2							
Аеродром	2	1		1				1	1							
Шуто Оризари	0	0														
Јавни здрав. установи	54	23	16	7	4			27	25							
Вкупно	108	50	23	0	27	6	0	0	52	50	0	0	0	0	0	

Извор: Центар за јавно здравје - Скопје

Табела 12. Вработени во специјалистичките ординации во 2022 година во Скопскиот регион според стручната подготовка

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ОРДИНАЦИИ НА Скопски регион	Медицински работници											Немедицински работници				
	со висока подготовка						со виша подготовка		со средна подготовка			со ниска спрема	вкупно	психолози	социјални работници	останати
	лекари						вкупно	од тоа мед. сестри техничари	вкупно	од тоа мед. сестри техничари						
	вкупно	вкупно	општа медицина	на спец.	специјалисти	останати										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Гази Баба	64	21	2		19	6			37	37						
Горче Петров	50	16	2		14	4			30	28						
Карпош	312	130	7	10	113	40	1	1	141	120						
Кисела Вода	12	5		1	4	3			4	4						
Центар	173	79			79	12	1	1	81	79						
Чаир	2	1			1				1	1						
Шуто Оризари	2	1			1				1	1						
Аеродром	22	12			12	4			6	6						
Бутел	70	15	8	1	6	8			47	47						
Сарај	0	0														
Арачиново	0	0														
Зелениково	0	0														
Илинден	0	0														
Петровец	0	0														
Сопиште	0	0														
Студеничани	0	0														
Чучер Сандево	0	0														
Јавни здрав. установи	768	278	6	38	234	203	5	4	282	256						
Вкупно	1475	558	25	50	483	280	7	6	630	579	0	0	0	0	0	

Извор; Центар за јавно здравје - Скопје