



САДРЖАЈ, ДОСТУПНОСТ, КВАЛИТЕТ И НАЧИНИ ОБЕЗБЕЂИВАЊА
ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ КОРИСНИЦИМА УСЛУГЕ
ДОМСКОГ СМЕШТАЈА ЗА ОДРАСЛЕ И СТАРИЈЕ

„Истраживање тешкоћа до којих долази у обезбеђивању права на
примарну здравствену заштиту осигураника који су корисници домског
смештаја за одрасле и старије у систему социјалне заштите“

Београд, јул 2018. године

Истраживање и публикација настали су као резултат пројекта у оквиру ПЕРФОРМ
програма, подржаног од стране HELVETAS Swiss Intercooperation SRB



Predstavništvo **HELVETAS** Swiss Intercooperation SRB
Njegoševa 5, 11000 Beograd, Srbija
+381 11 3640-044, 3640-045

Пројекат **„Истраживање тешкоћа до којих долази у обезбеђивању права на примарну здравствену заштиту осигураника који су корисници домског смештаја за одрасле и старије у систему социјалне заштите“ у оквиру програма ПЕРФОРМ**

Наручилац

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Републике Србије

Реализацију пројекта подржало

Представништво HELVETAS Swiss Intercooperation SRB

Аутори

Гордана Ковић, Републички завод за социјалну заштиту
Сања Милорадовић, Републички завод за социјалну заштиту
Славица Милојевић, Републички завод за социјалну заштиту
Зорана Травица, Републички завод за социјалну заштиту
Др Владан Чокић, Институт за медицинска истраживања, Београд
Проф. др Лела Милошевић Радуловић, Филозофски факултет у Нишу

Сарадници истраживачи

Јелена Пешић Зарић, Републички завод за социјалну заштиту
Ненад Стојановић, Републички завод за социјалну заштиту
Весна Драгићевић, Републички завод за социјалну заштиту
Милош Ракић, Републички завод за социјалну заштиту
Љиљана Скробић, Филозофски факултет у Нишу
Бојана Пуцаревић, Филозофски факултет у Нишу
Исидора Башић, Дом за децу и младе „Сремчица“

САДРЖАЈ, ДОСТУПНОСТ, КВАЛИТЕТ И НАЧИНИ ОБЕЗБЕЂИВАЊА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ КОРИСНИЦИМА УСЛУГЕ ДОМСКОГ СМЕШТАЈА ЗА ОДРАСЛЕ И СТАРИЈЕ

- Извештај о резултатима „Истраживања тешкоћа до којих долази у обезбеђивању права на примарну здравствену заштиту осигураника који су корисници домског смештаја за одрасле и старије у систему социјалне заштите“ – ПЕРФОРМ програм

Увод

Услуга домског смештаја за старије особе је једна од услуга са најдужом традицијом у систему социјалне заштите у Србији. Према Закону о социјалној заштити, домским смештајем се кориснику обезбеђује становање, задовољење основних животних потреба и здравствена заштита. Закон о социјалној заштити и пратећи правилници не праве разлике у пружаоцима услуга у односу на власничку структуру оснивача - правила су унифицирана, а корисник услуге смештаја има право да му буду доступна права здравственог осигураника без обзира у којој установи социјалне заштите се налази.

Закони и подзаконска акта, којима је уређена здравствена заштита, препознају обавезу обезбеђивања здравствене заштите корисницима услуге домског смештаја за одрасле и старије. Међутим, иако дају опште смернице, не дају довољно информација о начину организовања здравствене заштите и обавезама пружалаца услуга у обезбеђивању здравствене заштите за кориснике на домском смештају.

Расположиви подаци система социјалне заштите недвосмислено указују да су услуге здравствене заштите потребне свим корисницима у установама за смештај старијих и све установе, у складу са чланом 51. Закона о социјалној заштити, без обзира да ли припадају јавном или приватном сектору, обезбеђују здравствене услуге из домена примарне здравствене заштите. Разлике се уочавају према врсти, садржају и начину на који су здравствене услуге обезбеђене. Међутим, постојећи подаци нису довољни за потпуније сагледавање доступности, садржаја и квалитета здравствених услуга, као ни постојећих организаiono-кадровских модалитета за обезбеђивање здравствене заштите у установама за смештај старијих.

У складу са том потребом, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања је истраживање садржаја, доступности, квалитета и начина обезбеђивања здравствене заштите корисницима услуге домског смештаја поверило Републичком заводу за социјалну заштиту. Завод

је у оквиру ПЕРФОРМ програма, подржаног од стране Predstavništva HELVETAS Swiss Intercooperation SRB, а у сарадњи са Филозофским факултетом у Нишу, спровео истраживање и на основу добијених квантитативних и квалитативних налаза, сачинио овај извештај о актуелном стању са препорукама за унапређивање примарне здравствене заштите у установама за смештај старијих.

Полазне претпоставке од којих је истраживачки процес отпочео биле су:

- постојећа регулатива веома непрецизно уређује обавезе домског смештаја као услуге социјалне заштите у обезбеђивању здравствене заштите корисника
- Закон о социјалној заштити наглашава да је домски смештај дужан да обезбеди здравствену заштиту, али не прецизира на који начин
- закони и подзаконска акта из области здравства, понекад и у појединим члановима, посебно апострофирају могућности „установа социјалног старања“ унутар специфичних тема, али такође нема прецизнијег одређења које би биле обавезе, који су стандарди и сл.

Због овако непрецизне регулативе организовано је истраживање да би се:

- сагледао актуелни начин организовања здравствене заштите корисника смештаја у домовима за старије и
- утврдили предлози за унапређивање, здравствене заштите у домском смештају за старије

Домски смештај за старије у Србији

За потребе овог истраживања направљена је анализа основних карактеристика популације свих домова за смештај старијих у Србији у односу на број домова, капацитет, сектор који их пружа и територијалну разуђеност домова.

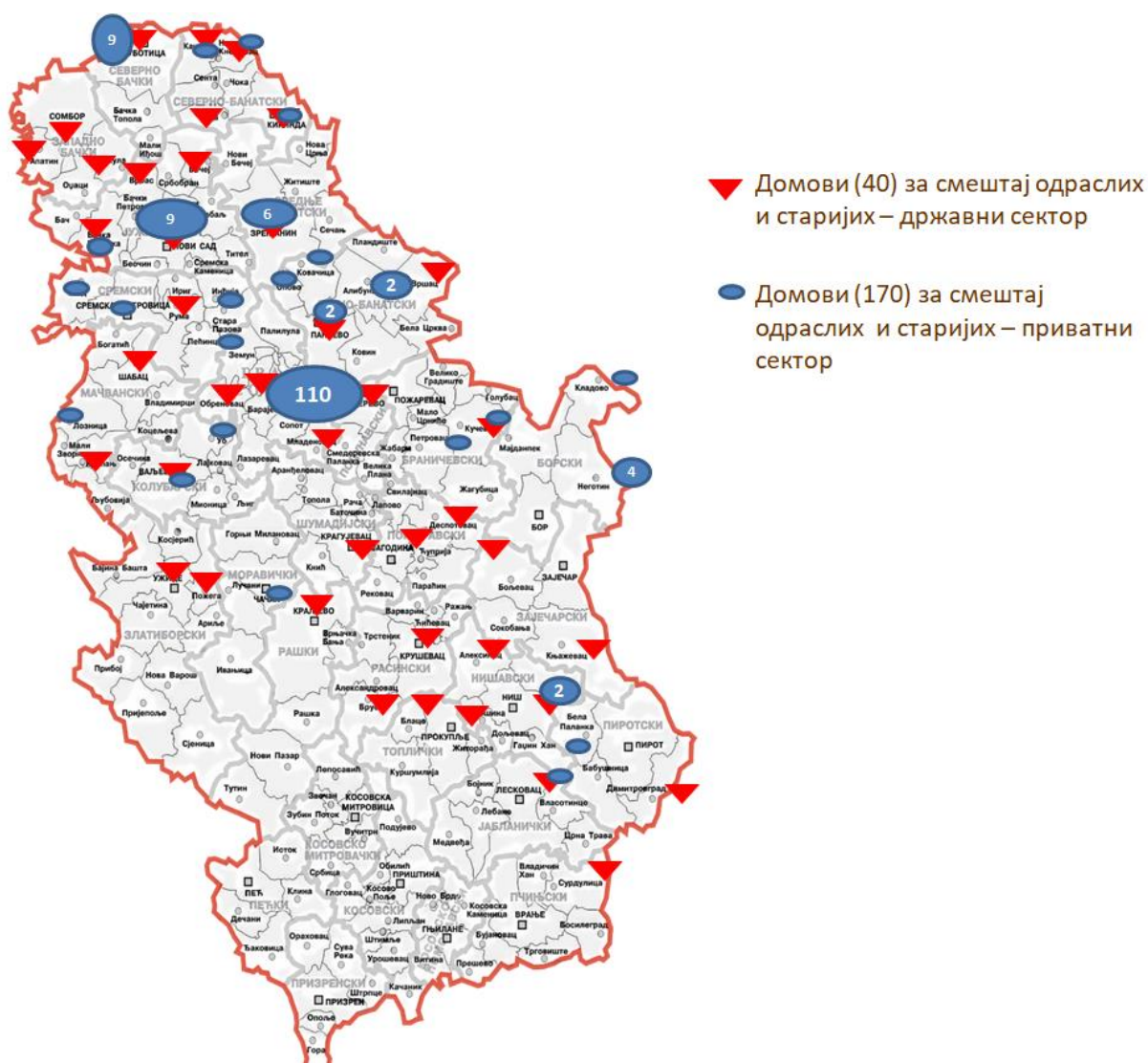
Према подацима Републичког завода за социјалну заштиту (РЗСЗ) о раду установа за смештај одраслих и старијих корисника, на крају 2017. године услугу је пружало укупно 210 домова, 40 установа у јавном сектору, са капацитетом од 8887 места, и 170 приватних домова са капацитетом од 6083 места, што је чинило укупан доступан капацитет од 14970 места. Попуњеност капацитета државних домова је око 90% а приватних 81% (на дан 31.12.2017). Према проценама Републичког завода за статистику у 2016. години било је 1,4 милиона лица старијих од 65 или 19,2% укупног становништва, тако да постојећи капацитети обезбеђују смештај за нешто више од 1% укупног броја старијих суграђана.

Један од важних индикатора доступности домског смештаја за старије је, поред броја домова, и њихова територијална разуђеност, односно физичка близина домског смештаја потенцијалним корисницима. Територијални распоред домова у јавном сектору је резултат праћења потреба становништва у регионима и окрузима и домови су се сукцесивно отварали у складу са израженим потребама за смештајем. Сходно томе, 40 домова у јавном сектору покрило је већи део територије Републике Србије, изузевши Западну Србију, у којој су потребе за овом врстом услуге биле слабије

изражене, што се може повезати са културолошким оквиром, односно начином бриге о старијима у том крају.

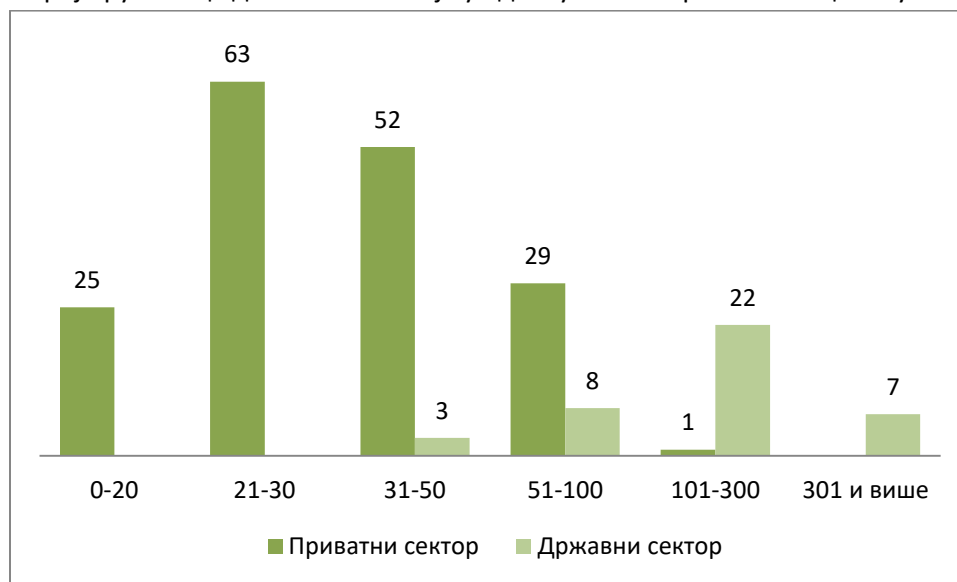
Развој приватних домова такође прати потребе потенцијалних корисника и протеклих година домови су се најпре отварали у великим градовима, у којима је тражња очигледно већа и у којима капацитети већ постојећих државних домова нису у могућности да одговоре на потребе за овом услугом. Брзи преглед броја приватних домова у односу на територијалну разуђеност показује да се 170 приватних домова налази у 30 градова и да је две трећине (110) приватних домова у Београду. По 9 домова (по 5% укупног броја приватних домова) су у Новом Саду и Суботици, Зрењанин има 6 а Неготин 5 приватних домова, преостали градови по 1 евентуално 2 дома.

Графикон 1: Географски распоред пружалаца домског смештаја из приватног и државног сектора у 2017. години



Домски смештај за старије карактерише изразито велики распон у капацитету, од малих приватних домова капацитета испод 20 корисника, до великих геронтолошких центара који имају капацитет и преко 800 места. Оправдано је претпоставити да је организација рада и пружања свих, па и здравствених услуга, зависна и од капацитета дома тако да су за потребе овог истраживања установе груписане у 6 рангова, са повећаном осетљивошћу за домове мањег капацитета.

Графикон 2: Број пружалаца домског смештаја у односу на сектор и на капацитет у 2017. години



Половина (52%) приватних домова су капацитета испод 30 корисника док државни домови овог капацитета нису присутни. Готово трећина (31%) приватних домова је такозваног средњег капацитета, 31-50 места и свега 8% државних домова. Петина државних домова је капацитета 51-100 и 17% приватних домова. Велика већина државних домова, 73% је капацитета преко 100 корисника и само 1 приватни дом.

Корисници домског смештаја за старије

Према годишњим извештајима установа за смештај старијих синтетизованим од стране Републичког завода за социјалну заштиту, у току 2017. године у домском смештају за старије боравило је 20944 корисника, 55% у домовима у државном сектору а 45% у приватним домовима. На крају 2017. године домови региструју 13231 корисника, 62% корисника је смештено у државном а 38% у приватном сектору.

У установама доминирају жене, корисници углавном долазе у установе из средине у којој се налази установа, према брачном статусу преко половине корисника су удовице и удовци, око половина њих је живела сама пре доласка у установу. Ово су подаци који се годинама не мењају и карактеристични су за оба сектора, и јавни и приватни. Корисници приватних домова су нешто старији, око 60% корисника има више од 80 година, у државним број старијих од 80 сваке године расте тако да је у току 2017. године готово половина (46%) корисника државних домова старија од

80 година. Различити су разлози због којих старији потражују домски смештај, ипак, око половине корисника приватних домова и трећина корисника државних домова се одлучује за смештај јер породица нема услова да одговори на потребе корисника, због потешкоћа које се јављају у свакодневном функционисању услед старости и/или болести.

Функционални статус корисника установа за смештај прати се преко две групе показатеља: „старе“ класификације (покретни, полу-покретни и непокретни) и „нове“ преко четири степена подршке. Преко половине корисника у обе групе домова (54%) процењени су као зависни, број корисника који потребују први и други степен подршке у државним домовима је 60% а у приватним чак 75%. Мали је број корисника којима је потребан нижи, четврти степен подршке, свега 10% у приватним и 15% у државним домовима. Ову групу установа карактерише изразито висока флукуација, 30% корисника државних установа годишње прекида смештај и 43% корисника приватних домова, најчешћи узрок прекида је смрт корисника (у 85% случајева у државним и 66% случајева у приватним домовима). Подаци указују да су корисници домског смештаја старији људи којима је потребна континуирана нега, брига и надзор који се тешко остварује у породичним условима.

Циљ и очекивани резултати истраживања

Циљ истраживања

Циљ истраживања је испитивање потреба корисника установа за смештај старијих за здравственом заштитом и одговорима система социјалне и здравствене заштите у односу на доступност права здравствених осигураника на примарну здравствену заштиту, као и административних препрека у обезбеђивању права на здравствену заштиту.

Очекивани резултати истраживања

- Анализирана законска регулатива у области примарне здравствене заштите, права осигураника и доступности здравствених услуга у установама социјалне заштите и дате препоруке за унапређивање законодавног оквира, пре свега потребних измена и допуна Закона о социјалној заштити и Правилника о минималним условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите.
- Сагледане врсте и модалитети обезбеђивања здравствене заштите старијих корисника услуге домског смештаја, разлике између јавног и приватног сектора и дате препоруке за уједначавање процедура које омогућују једнаке и равноправне услове за рад, а корисницима услуга социјалне заштите једнако доступну услугу здравствене заштите при коришћењу услуге домског смештаја.
- Издвојене добре праксе и решења здравственог збрињавања корисника у домском смештају за одрасла и старија лица и предлози директних пружалаца услуге домског смештаја за унапређивање регулативе и праксе обезбеђивања здравствених услуга при домском смештају корисника.
- Израђене препоруке које доприносе доносиоцу одлука у процесу успостављања и развоју стандарда услуга социјално-здравствене заштите

Методологија истраживања

У циљу постизања очекиваних резултата истраживања, процес сагледавања обима, доступности, квалитета и начина на које се здравствена заштита обезбеђује старијим корисницима услуге домског смештаја, отпочео је развијањем методологије истраживања и креирањем истраживачког инструментаријума за прикупљање података.

Истраживање је спроведено применом деск анализе законске регулативе, квантитативног прикупљања података на основу посебно креираног упитника и квалитативног дела истраживања спроведеног применом полуструктурираног интервјуа.

Деск анализа обухватила је законску регулативу у здравственом сектору, пре свега у области примарне здравствене заштите, права осигураника и анализу нормативног уређења здравствене заштите у установама социјалне заштите. Деск анализа обухватила је и законску регулативу у социјалној заштити у контексту здравствене заштите у установама социјалне заштите.

Квантитативно истраживање спроведено је на основу посебно креираног упитника, структурираног тако да обезбеди одговоре на следећа истраживачка питања:

- Каква је актуелна ситуација обезбеђивања здравствених услуга у домском смештају за старије?
- Да ли сви домови обезбеђују здравствену заштиту за своје кориснике?
- Како све домови обезбеђују здравствену заштиту за своје кориснике?
- Које све здравствене услуге домови обезбеђују?
- Са ким све домови сарађују у циљу обезбеђивања здравствене заштите за своје кориснике?
- Којим људским ресурсима располажу домови за пружање здравствених услуга?
- Којим другим ресурсима, осим људских, располажу домови ради пружања здравствених услуга?
- Како је регулисано право на изабраног лекара корисницима домског смештаја?
- Да ли и у чему постоје разлике између приватних и јавних пружалаца ове услуге?
- Да ли и у чему постоје разлике између пружалаца ове услуге зависно од капацитета установе?

Упитници су упућени свим установама за смештај старијих у јавном сектору и свим лиценцираним пружаоцима услуге смештаја за старије у приватном сектору.

Квалитативно истраживање отпочело је израдом упитника за дубински полу-структурирани интервјуа, са укупно 7 питања и са циљем да се продубе сазнања о питањима постављеним у упитнику за квантитативни део истраживања и да се детаљније испитају тешкоће домова приликом обезбеђивања здравствених услуга. Посебан циљ квалитативног истраживања био је да се прикупе предлози и сугестије стручњака за даље унапређивање здравствене заштите у

домовима за старије. Креирана су два упитника за реализацију полуструктурираних интервјуа – један за сараднике из домова и један за екстерне саговорнике. Уз упитнике је сачињено и упутство за интервјуере, са којима је потом организована инструктажа за спровођење полу-структурираних интервјуа.

Узорак је планиран тако да се квантитативним истраживањем обухвати минимум 60% свих домова за старије, а да се квалитативним упитником обухвати 40 представника домова и релевантних спољних актера.

*
* *

НОРМАТИВНИ ОКВИР ЗА ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У УСТАНОВАМА ЗА СМЕШТАЈ СТАРИЈИХ

У постојећој регулативи којом се уређују социјална и здравствена заштита, не постоји јединствена правна дефиниција којом се корисници услуге смештаја, који су истовремено и здравствени осигураници, препознају као посебна групација. Нигде не постоји јединствена правна дефиниција овог појма, као ни његових основних појавних облика који би могли у потпуности да дефинишу поступак и услове за обезбеђење примарне здравствене заштите у домовима за одрасле и старије. О корисницима се говори у ширем друштвеном контексту, али њихов положај углавном остаје у најбољем случају, делимично регулисан.

Истовремено, у пракси ова група корисника своја права по основу социјалног и здравственог осигурања остварује у специфичним условима, који се у одређеној мери разликују од услова за

„Пацијент који има уредна здравствена документа, мора да има иста права свуда, у свим установама“

(Лекар, државни дом)

остваривање права осталих социјалних и здравствених осигураника. Отуда је прецизна дефиниција и постизање сагласности о разумевању појединих термина који су у стручној употреби, а пре свега осигураник, корисник услуге, услуга домског смештаја и примарна здравствена

заштита, први корак најпре ка препознавању, а потом и ка обезбеђивању гарантованих права старијих у домовима за смештај одраслих и старијих.

Закон о здравственом осигурању регулише појам **осигураних лица**. Осигураним лицима сматрају се осигураници и чланови њихових породица, којима се у складу са законом и прописима донетим за спровођење овог закона обезбеђују права из обавезног здравственог осигурања.¹

Како је дефинисано чланом 17. Закона о здравственом осигурању, „Осигураници су физичка лица која су обавезно осигурана у складу са законом о здравственом осигурању, и то: корисници пензије и права на новчане накнаде који су ова права остварили према прописима о пензијском и инвалидском осигурању и лица која примају пензију или инвалиднину искључиво од иностраног носиоца осигурања и која имају пребивалиште или боравиште, односно стално настањење или привремени боравак у Републици Србији у складу са законом, односно ако са државом од које примају пензију или инвалиднину не постоји билатерални споразум о социјалном осигурању или је билатералним споразумом другачије одређено, односно ако код тих лица постоје одређене правне сметње због којих не могу да остваре здравствено осигурање применом билатералног споразума и то само ради остваривања права из здравственог осигурања на територији Републике“.²

Закон о социјалној заштити у члану 51. наводи да се **домским смештајем** кориснику обезбеђује становање и задовољавање основних животних потреба, као и здравствена заштита. Услуге домског смештаја, како је дефинисано Правилником о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите дефинише се циљна група, односно **корисник услуге**, тако да се услуга домског смештаја може пружати лицима са навршених 65 година живота која услед ограничених способности имају тешкоће да живе самостално, без целодневне подршке, неге или надзора.

Примарна здравствена заштита је дефинисана чланом 88. Закона о здравственој заштити и њен опсег обухвата заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење, рехабилитацију болесних и повређених; превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику обољевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите; здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља; спречавање, рано откривање и контролу малигних болести; спречавање, откривање и лечење болести уста и зуба; патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући; **спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања**; хитну медицинску помоћ и санитетски превоз; фармацеутску здравствену заштиту; рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју; заштиту менталног здравља; палијативно збрињавање; друге послове утврђене законом.

¹ Чл. 16 Закона о здравственом осигурању („ Сл. Гласник РС“ бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011 (Прелазне и завршне одредбе нису у пречишћеном тексту), 110/2012 - Одлука УС РС, 119/2012 (чл. 11, 12. и 13. нису у пречишћеном тексту), 99/2014, 123/2014 126/2014 - Одлука УС РС, 106/2015 (чл. 3. није у пречишћеном тексту) и 10/2016 - други закон. Види: 38/2010 - Одлука УС РС. Види: 55/2013 - Решење УС РС

² Чл. 17 Закона о здравственом осигурању („ Сл. Гласник РС“ бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011 (Прелазне и завршне одредбе нису у пречишћеном тексту), 110/2012 - Одлука УС РС, 119/2012 (чл. 11, 12. и 13. нису у пречишћеном тексту), 99/2014, 123/2014 126/2014 - Одлука УС РС, 106/2015 (чл. 3. није у пречишћеном тексту) и 10/2016 - други закон. Види: 38/2010 - Одлука УС РС. Види: 55/2013 - Решење УС РС.

Такође, истим чланом Закона о здравственој заштити, утврђено је да “у обављању здравствене делатности на примарном нивоу здравствене установе остварују сарадњу са другим здравственим, социјалним, образовним и другим установама и организацијама за припремање и извођење програма за очување и унапређење здравља”.

Установе социјалне заштите које пружају услугу домског смештаја за старија лица могу пружати само примарну здравствену заштиту за своје кориснике, што обухвата хигијенско-епидемиолошку заштиту (хигијена, правилна исхрана, вакцине - имунизацију против заразних болести), хитну медицинску помоћ, здравствену заштиту код неспецифичних и специфичних плућних болести, физикалну и менталну рехабилитацију у заједници (превенцију, лечење и рехабилитацију болести

Законском дефиницијом примарне здравствене заштите остало је недефинисано да ли се у установама социјалне заштите пружају само здравствене услуге спречавања и раног откривања болести, здравствене неге и рехабилитације и шта оне подразумевају, или се све наведене тачке става 1 члана 88. Закона о здравственој заштити примењују у установама социјалне заштите.

и повреда), зубоздравствену заштиту, лабораторијску, кардиолошку и радиолошку дијагностику примарног нивоа, апотекарску делатност, праћење здравственог стања, терапија хроничних болести и провођење мера за заштиту и унапређење здравља корисника, рано откривање и сузбијање фактора ризика масовних незаразних болести, услуге медицинских техничара (инјекције, инфузије, замена катетера, стома, контрола хипертензије, глукозе, превијање, инхалација, стерилизација инструмената и палијативну негу.

Како је наведено чланом 5. Правилника о лиценцирању организација социјалне заштите³, поред доказа да пружалац услуге испуњава стандарде за пружање услуге домског смештаја за одрасле и старије, а који се тичу локације, простора, опреме, организације, броја и стручности ангажованог особља, за пружање конкретне услуге социјалне заштите, организација социјалне заштите подноси и доказ о испуњености услова за пружање здравствених услуга, односно обављање одређених послова из области здравствене делатности, ако је то релевантно с обзиром на услугу за чије се пружање тражи лиценца.

У систему социјалне заштите, с једне стране, законодавци су поставили систем пружања услуга здравствене заштите тако да се позивају на сва правила и услове која су дефинисана законима здравствене заштите. С друге стране, у здравственом систему је остваривање права на здравствену заштиту за кориснике услуге домског смештаја регулисано Законом о здравственој заштити и подзаконским актима. Чланом 54. Закона о здравственој заштити регулисано је да Установе социјалне заштите, заводи за извршавање заводских санкција, као и друга правна лица за које је посебним законом предвиђено да обављају и одређене послове из здравствене делатности, могу

³ Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите, „Сл. гласник РС”, бр. 42/2013

обављати здравствену делатност ако Министарство здравља утврди да испуњавају услове за одређену врсту здравствене установе, односно услове за одређену врсту приватне праксе. Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе је утврђено да „установе социјалне заштите могу обављати здравствену делатност ако Министарство здравља утврди да испуњавају услове за одређену врсту здравствене установе, односно услове за одређену врсту приватне праксе.

Право на изабраног лекара

Законским оквиром је дефинисано да у установама социјалне заштите са којима Републички фонд има закључен уговор о пружању здравствених услуга, осигураном лицу смештеном у установу социјалне заштите, лек прописује и лекарски рецепт издаје лекар установе социјалне заштите, односно изабрани лекар из члана 21. овог правилника.⁴

Осигурано лице бира изабраног лекара, по правилу, код здравствене установе на подручју матичне филијале. **Изузетак постоји када је осигурано лице смештено у установу социјалне заштите, када бира изабраног лекара у установи социјалне заштите у којој је организовано обављање здравствене делатности и када је осигурано лице смештено у установу социјалне заштите у којој не може да се обезбеди изабрани лекар, тада бира изабраног лекара у дому здравља који је најближи установи социјалне заштите у којој је смештено.**⁵

Корисник који је осигурано лице може да, код доктора медицине или доктора медицине специјалисте из области опште медицине, односно специјалисте медицине рада, доктора медицине специјалисте педијатрије, доктора медицине специјалисте гинекологије и доктора стоматологије који је запослен на неодређено време са пуним радним временом у приватном дому здравља, односно у одређеном облику приватне праксе, оствари одређена права из здравственог осигурања. Тада корисник, односно осигурано лице потписује изјаву да ће одређена права из здравственог осигурања остваривати код лекара у приватној пракси. Републички фонд, односно филијала закључује уговор на период од најмање једне календарске године са домом здравља основаним средствима у приватној својини, односно са одређеним обликом приватне праксе.

Наведени лекар у приватној пракси, између осталог, има овлашћења и да:

1) упути осигурано лице, према медицинским индикацијама на амбулантно-специјалистичке прегледе у одговарајућу здравствену установу, односно код другог правног субјекта са којима су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите, и на

⁴ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Сл. гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011)

⁵ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Сл. гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011)

основу тока лечења усклади мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица, као и да упути осигурано лице у здравствену установу, односно код другог правног субјекта на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, са којим су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите;

2) упути осигурано лице на стационарно лечење, односно на специјализовану рехабилитацију, када је то оправдано и медицински неопходно у здравствене установе на подручју матичне филијале, односно ван подручја матичне филијале са којима је Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите;

3) пропише лекове и медицинска средства као и одређене врсте медицинско-техничких помагала.

Корисник из својих средстава сноси трошкове посете лекару у приватној пракси, односно пружених здравствених услуга од стране лекара у приватној пракси ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Услови за обезбеђивање здравствене заштите корисницима услуге домског смештаја за старије

Пружање здравствене заштите за своје осигуранике уговара Републички фонд за здравствено осигурање, односно матична филијала, са здравственим установама које су у Плану мреже здравствених установа Републике Србије. План мреже усваја Влада Републике Србије, на предлог Министарства здравља. РФЗО, односно матична филијала може склапати уговоре и са установама ван Плана мреже, али само за број и врсту здравствених услуга које се не могу обезбедити у оквиру постојећих капацитета здравствених установа из Плана мреже. Уговором се уређују односи између матичне филијале, односно Републичког фонда и давалаца здравствених услуга у пружању здравствене заштите обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а нарочито: врста, обим, односно квантитет здравствених услуга, мере за обезбеђивање квалитета здравствене заштите која се пружа осигураним лицима, кадар на основу норматива кадрова и стандарда рада потребних за остваривање здравствене заштите осигураних лица, накнаде односно цене коју матична филијала, односно Републички фонд плаћа за пружене здравствене услуге, начин обрачуна и плаћања, контрола и одговорност за извршавање обавеза из уговора, рок за спровођење преузетих обавеза, начин решавања спорних питања, раскид уговора, као и друга међусобна права и обавезе уговорних страна.⁶

Установе за домски смештај на годишњем нивоу закључују Уговоре о пружању и финансирању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања са Републичким фондом за здравствено осигурање. Таквим уговорима дефинисано је финансирање плата за здравствене раднике и дела ампулираних лекова за кориснике, али није обезбеђено финансирање накнаде за

⁶ Чл. 177 Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“ бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011 (Прелазне и завршне одредбе нису у пречишћеном тексту), 110/2012 - Одлука УС РС, 119/2012 (чл. 11, 12. и 13. нису у пречишћеном тексту), 99/2014, 123/2014 126/2014 - Одлука УС РС, 106/2015 (чл. 3. није у пречишћеном тексту) и 10/2016 - други закон. Види: 38/2010 - Одлука УС РС. Види: 55/2013 - Решење УС РС.

ноћни рад, минути рад, отпремнине, јубиларне награде и накнаде за превоз здравственим радницима као и санитетски и медицински потрошни материјал. Истовремено, годинама се наставља тренд сталног увећавања броја корисника са првим и другим степеном подршке, а број запослених здравствених радника и њихова структура се не мења.

Средства за финансирање здравствених радника и других трошкова здравствене заштите у домовима за смештај чији је оснивач Република Србија, аутономна покрајина односно јединица локалне самоуправе обезбеђују се у буџету Републике Србије, аутономне покрајине односно јединице локалне самоуправе, као и код Републичког фонда за здравствено осигурање, у складу са законом и другим прописом. Како не постоји утврђен норматив кадрова здравствених радника у Установама социјалне заштите, Републички фонд, на основу свог дискреционог права и исказаних потреба на годишњем нивоу Установа за домски смештај, финансира одређени мали број здравствених радника који не могу да одговоре на потребе корисника домског смештаја.

Приватни пружалац услуге домског смештаја за одрасле и старије у систему социјалне заштите може организовати пружање здравствених услуга закључивањем уговора са приватном праксом која пружа здравствене услуге. Та приватна пракса мора испунити услове у погледу кадра, просторија, опреме и лекова, прописане Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе.

У нормативном смислу, кључни изазов је **усклађивање правних решења два система** како би се превладао постојећи несклад у коме је, с једне стране, Законом о социјалној заштити предвиђено да систем социјалне заштите обезбеђује пружање услуга здравствене заштите у складу са правном регулативом прописаном у области здравствене заштите, а са друге стране законодавни оквир у области здравствене заштите нема прописане стандарде за пружање здравствених услуга у установама социјалне заштите.

*

*

*

НАЛАЗИ КВАНТИТАТИВНОГ И КВАЛИТАТИВНОГ ИСТРАЖИВАЊА

Карактеристике узорка за квантитативно и квалитативно истраживање

Упитник за прикупљање квантитативних података послат је свим домовима за смештај старијих и на њега је одговорило 69% домова. Следи приказ броја домова који су одговорили на упитник, према оснивачу (јавни и приватни сектор) и капацитету дефинисаном лиценцом или Уредбом о мрежи установа:

Табела бр. 1: Укупан број и капацитет домова и узорак у квантитативном делу истраживања

оснивач	укупан број домова 2017.	узорак	% домова који је одговорио	капацитет свих домова	узорак капацитет	Узорак капацитет %
Државни сектор	40	39	98%	8887	8721	98%
Приватни сектор	170	105	62%	6083	3876	64%
Укупно	210	144	69%	14970	12597	84%

Табела бр. 2: Структура узорка према капацитету домова

капацитет	Државни 2017.	Државни узорак	Приватни 2017	приватни узорак	% ДС	% ПС
301 и више	7	7		0	100%	
101-300	22	21	1	1	95%	100%
51-100	8	8	29	19	100%	66%
31-50	3	3	52	35	100%	67%
21-30			63	38		60%
0-20			25	12		48%
укупно	40	39	170	105	98%	62%

Упитником је обухваћено 144 пружаоца домског смештаја, 39 државних и 105 приватних пружалаца.

У анализи која следи пошло се од претпоставке да организација пружања здравствених услуга зависи, између осталих фактора, од величине дома (капацитета) и од оснивача (приватни или јавни сектор). Узета је у обзир и чињеница да државни сектор, иако располаже мањим бројем домова, има већи капацитет, 72% државних домова који су одговорили на упитник има капацитет преко 100 корисника, док 81% приватних домова који су одговорили на упитник има капацитет испод 50 корисника. Стога су у анализи подаци сегрегисани и по оснивачу и по капацитету.

Табела бр. 3: Узорак домова према капацитету, оснивачу и броју корисника

капацитет	Државни сектор				Приватни сектор			
	број домова	капа- цитет	укупан број корисника 2017	Број корисника 31.12.2017	број домова	капа- цитет	укупан број корисника 2017	Бр корисника 31.12.2017
301 и више	7	3867	4172	3576	0			
101-300	21	4086	5634	3879	1	159	247	134
51-100	8	628	736	546	19	1233	1897	1055
31-50	3	140	187	132	35	1338	2080	1056
21-30					38	958	1454	817
0-20					12	188	400	160
укупно	39	8721	10729	8133	105	3876	6078	3222

Укупан капацитет ових домова је 12597, током 2017. У њима је боравило 16807 корисника а на крају године, 31.12.2017. било је 11355 корисника.

Сви испитаници (домови) нису одговорили на сва постављена питања. У зависности од конкретног питања, проценат одговора се кретао од 80 -100%. Резултати представљени у наставку анализе обрачунавани су код сваког питања у односу на број упитника са попуњеним одговором.

Квалитативним делом истраживања обухваћено је 40 представника домова и релевантних спољних актера, односно 31 испитаник из домова за старије – лекари, власници или социјални радници, а 9 саговорника из редова стручњака из релевантних установа и институција, односно независни експерти који познају модалитете организовања здравствене заштите старијих, а посебно здравствене заштите корисника домског смештаја.

Полазећи од претпоставке да су међу факторима који утичу на начин обезбеђивања здравствене заштите корисника домског смештаја и величина (капацитет) дома, као и оснивач, односно власништво над домом, приликом одабира саговорника из домова посебна пажња посвећена је овим критеријумима. Поред тога, узорак у који је ушао 31 сарадник из домова биран је и на основу сазнања о различитој пракси у пружању здравствених услуга.

Када је реч о екстерним саговорницима чије смо мишљење и ставове о организовању здравствене заштите у домовима за старије желели да утврдимо, утврђена су два основна критеријума:

1. професионалци који су директно повезани са домовима, као пружаоци здравствених услуга: нпр. лекар из дома здравља или кућне неге, приватне праксе, правник у дому здравља и сл.
2. професионалци који се баве темом старења или социјалне заштите и могу имати неке ставове о здравственој заштити у домовима за старије.

Изабрано је 9 представника стручне и научне јавности из свих делова Републике Србије, из сектора здравствене и социјалне заштите, као и из редова доносиоца одлука и креатора политике са републичког, покрајинског и локалног нивоа.

Очекивани минимум здравствене заштите у установама за смештај старијих

Подаци добијени квантитативним делом истраживања показују да сви домови за смештај, без обзира да ли су приватни или државни обезбеђују неки облик здравствене заштите корисницима услуге: директно, тако што имају ангажовано особље и услове за организовано пружање здравствене заштите у самом дому; и/или индиректно, кроз сарадњу са релевантним актерима, установама здравствене заштите у јавном и приватном сектору који, потом, из свог домена обезбеђују здравствену заштиту корисницима домског смештаја. Већина домова користи оба ова ресурса (94%), односно на оба начина обезбеђује здравствене услуге.

Имајући у виду разноврсност у погледу обима, садржаја и начина обезбеђивања здравствених услуга у домовима за смештај старијих, у квалитативном делу истраживања посебна пажња посвећена је управо успостављању сагласности поводом питања шта је минимум здравствене заштите који сви домови треба да обезбеде својим корисницима.

Због тога смо саговорнике питали шта мисле да је минимум здравствене заштите који треба обезбедити за кориснике услуге домског смештаја за старије, као и на који начин разумеју члан 51. Закона о социјалној заштити који предвиђа „обезбеђивање“ здравствене заштите у установама за смештај старијих корисника, односно члан 88. Закона о здравственој заштити. Посебна пажња посвећена је и разумевању одговорности различитих актера за пружање здравствене заштите, односно питали смо их ко је све одговоран за обезбеђивање здравствене заштите корисника домског смештаја и шта би требало да је улога дома, шта здравствених установа у локалној заједници, шта улога родбине, шта улога центра за социјални рад, односно да ли би још неко требало да учествује и како у обезбеђивању здравствене заштите корисника у дому.

„Минимум здравствене неге, по мом мишљењу, подразумева свакодневно посматрање, бригу, одржавање хигијене, као и обезбеђивање лекова, мерења виталних функција и свега онога што може да се прати и евентуално укаже на то да треба предузети неке више мере здравствене заштите.“

(Социјални радник,
приватни дом)

Сви саговорници су сагласни у разумевању минимума здравствене заштите у домовима за старије. Из добијених одговора недвосмислено је јасно **да се под очекиваним минимумом здравствене заштите подразумева да корисници у дому за смештај старијих имају сва права која регулише Закон о здравственој заштити која се пружају свим грађанима у Републици Србији на нивоу примарне здравствене заштите.** Стога је корисницима домова неопходно обезбедити „доступност **лекарских услуга, лабораторијских налаза, потребних лекова и, по потреби, хитних интервенција.**“ (Социолог, истраживач социјалних прилика).

Присутна је и апсолутна сагласност да се у домовима за старије, због карактеристика и здравственог стања корисника, примарна здравствена заштита превазилази, односно да се здравствене услуге које се пружају корисницима крећу више у домену секундарне здравствене заштите. Наиме, према речима практичара, највећи број корисника у дом долази из медицинских, а мање из социјално-заштитних разлога. *„Већина пријема које реализујемо у последње време је више из здравствених разлога. Имали смо ургентних смештаја током зиме из „социјалних разлога“, али 90% смештаја је из здравствених разлога. Велики број случајева нам долази са палијативног одељења. Велики број случајева нам долази директно из болнице.“* (Лекар, Геронтолошки центар).

Такође, готово сви саговорници су истакли да домови за смештај старијих не могу да функционишу без медицинског особља, на првом месту без медицинских сестара и техничара, а потом и без обезбеђеног лекара. Разликују се само у погледу очекиваног броја медицинског

„Нормативи су рађени давних година и нису више валидни. То би требало променити. Јер пре 15-20 година структура корисника је била сасвим другачија. Било је независних, или полу-зависних корисника и они су тада били у већем броју од ових зависних. Сада се ситуација променила. Не може исти број људи да ради по тадашњем нормативу и сада. Од 1180 корисника ми имамо 850 који захтевају први и други степен подршке“

(Лекар, државни дом)

особља. Постоје и мање разлике у схватањима могућих начина организовања здравствене заштите у домовима, па тако један лекар из дома здравља сматра да мали домови чак и не морају имати организовану здравствену заштиту: *„То пре свега зависи од величине дома. Уколико је дом мали а они имају могућности да организују здравствену заштиту својих корисника тако да их доводе код лекара, не морају имати ништа од здравствене заштите унутар Дома. Уколико је дом велики, онда је итекако потребно да неки облик здравствене заштите, односно медицинског особља постоји.“* Други саговорници пак сматрају да обезбеђивање одласка код лекара зависи од организације рада дома, а не од величине дома.

„Мада је неговатељ кључна професија за функционисање установа домског смештаја за старија лица, због специфичности патологије овог животног доба, односно манифестација процеса старења, тешко је очекивати да ће адекватна нега бити остварена без присуства стално запослених медицинских сестара и техничара. За лекара је вероватно могуће осмислити и другачије модалитете, односно њихов стални боравак није неопходан. Нажалост, за приватне домове ова проблематика је много више везана за постојећу законску регулативу него за постојање добре воље и квалитетних идеја. У перспективи, само онда када приватна лекарска пракса буде у стању да обавља здравствену делатност финансирану од стране државе, биће могуће квалитетно решење ове проблематике. Без овога, нема адекватне здравствене услуге, па чак ни прописивања рецепата.“

(Доктор медицинских наука)

Врсте здравствених услуга доступних корисницима домског смештаја и начин њиховог обезбеђивања

У квантитативном делу истраживања прикупили смо податке о пракси у обезбеђивању здравствене заштите, односно шта од здравствених услуга, и на који начин, пружаоци домског смештаја обезбеђују за своје кориснике. Посматрано на укупном узорку домова (приватни и државни) најзаступљеније су услуге: здравствена нега (99% домова), преглед лекара опште медицине (97%), нега оболелих од деменције (95%), општа рехабилитација и специјалистичко-консултативни прегледи (91%).

Постоје разлике између приватних и државних домова, пре свега у проценту у којем се обезбеђују ове услуге, а поготову у начину на који се обезбеђују.

Графикон бр. 3: Услуге здравствене заштите које обезбеђују установе за смештај старијих према оснивачу



Здравствену негу организују сви државни и 97% приватних домова. Обе групе домова, у преко 90% случајева, обезбеђују здравствену негу сопственим људским ресурсима.

Сви државни домови обезбеђују **преглед лекара опште праксе. Директно, преко лекара у својој установи**, прегледи се обезбеђују у 85% државних домова. Нешто мање, 94% приватних домова обезбеђује лекара опште праксе, 46% њих директно преко лекара у својој установи, остали

ангажовањем екстерног лекара (45%) док 9% упућује кориснике на прегледе лекара опште праксе ван дома.

Негу оболелих од деменције организују скоро сви приватни (98%) и 91% државних домова. За негу дементних корисника, сопствене ресурсе користе сви државни и 90% приватних домова.

Рехабилитација је још једна од здравствених услуга коју већина домова пружа и труди се да је обезбеди директно у дому, сопственим капацитетима. Тако 92% државних и 85% приватних установа обезбеђује услуге рехабилитације, а још 9% приватних домова наглашава да иако не обезбеђује, препознаје потребу за овом услугом. Они који обезбеђују, углавном то чине унутар сопствених ресурса (83% државних и 60% домова из приватног сектора).

Међу домовима који обезбеђују **специјалистичке прегледе**, и приватни и државни сектор се чешће ослањају на екстерне актере. И једни и други доминантно обезбеђују ову услугу тако што екстерни специјалисти долазе у установу (62% приватних и 46% државних). Очекивано, државни домови, који имају, по структури и обиму, шири спектар ангажованих здравствених радника, у 30% установа и сами могу да обезбеде специјалистичке прегледе, а овај капацитет има 13% приватних домова.

Велика већина домова, 89% пружа **палијативну негу** корисницима. Овај податак је нарочито битан за утврђивање нормативног оквира и минималних стандарда квалитета услуге палијативног збрињавања.

Већина приватних домова (94%) и 86% државних обезбеђује **лабораторијске анализе** за своје кориснике. Кад је реч о начину обезбеђивања, како установе углавном немају своје лабораторије, приватни домови, углавном пружаоце лабораторијских анализа доводе у установу (58%), а државни углавном, кориснике својих услуга, на лабораторијске анализе упућују у лабораторије ван дома (68%).

Сви државни и 72% приватних установа обезбеђују **имунизацију** корисника домског смештаја. Још 19% приватних домова наглашава да иако не обезбеђује, препознаје потребу за овом услугом.

Већина домова, 87% приватних и 89% државних обезбеђује **санитетски превоз** корисника. Државни углавном имају своја возила 75%, док приватни углавном уговарају спољне актере, њих 66%.

Стоматолошке услуге обезбеђује 91% државних и 62% приватних домова, преко 2/3 домова екстерно обезбеђује ову услугу.

Услуге **дијагностике** за корисника домског смештаја обезбеђује 86% државних и 66% приватних. Још 13% приватних домова наглашава да иако не обезбеђује, препознаје потребу за овом услугом. Од оних који обезбеђују, 93% државних и 79% домова из приватног сектора обезбеђује услугу

ангажовањем спољних сарадника. Петина приватних домова организује дијагностичке прегледе у самој установи.

Превоз који је у функцији здравствене заштите домови обезбеђују комбинујући различите доступне начине. Службеним возилима установе превоз се обезбеђује у 90% државних и 18% приватних домова. Половина државних домова (51%) и 7% приватних домова, осим службеним возилом, превоз обезбеђује и сопственим, специјализованим возилом за транспорт корисника до здравствене установе. У већини случајева, 44% државних домова и половина (50%) приватних, за транспорт корисника до здравствених установа користе се и специјализована возила служби и установа са којима дом има протокол о сарадњи. Насупрот државним домовима, који за превоз корисника уопште не ангажују специјализоване агенције, скоро половина (48%) приватних домова користи услуге специјализованих агенција за превоз корисника санитетским возилом. Од укупног броја приватних домова 16% се изјаснило да не обезбеђује услугу превоза корисника до здравствених установа.

Очекивано, **ширу и обухватнију лепезу здравствених услуга, као и потенцијал да их пружа сопственим ресурсима, има државни сектор, што се у великој мери може приписати пре свега њиховој величини, односно капацитету којим појединачни домови располажу** Приватни домови сопствене недостајуће капацитете, за здравствене услуге које су препознате као потреба корисницима, надомешћују ангажовањем спољних сарадника различитих профила. Предност приватног, у односу на државни сектор, бележи се само у две области. Прва је доступност лабораторијских анализа. Приватни сектор доводи лаборанте до корисника у дом, док их државни упућује у лабораторијске установе ван дома. Друга област је нега дементних корисника. Деменција као болест савременог доба, која има врло прогресивну стопу раста, захтева структурално и функционално прилагођавање пружаоца услуге смештаја. Чињеница да су приватни домови углавном новији објекти наменски грађени или прилагођавани, да су посредни установе мањих капацитета које се флексибилније прилагођавају специфичнијим захтевима за смештај, може бити појашњење податку да је брига о дементним корисницима присутнија у приватном сектору.

Сарадња са здравственим и социјалним установама и организацијама и са породицом корисника ради обезбеђивања здравствене заштите корисницима

Када је реч о улогама и одговорностима за обезбеђивање здравствене заштите старијих на домском смештају, у квалитативном делу истраживања професионалци су показали да имају јасна очекивања од заједнице и од породица корисника. Наиме, готово сви испитаници су рекли да родбина корисника има и треба да има значајну улогу у бризи о здрављу старијих. Међутим, искуства говоре о различитим степенима интересовања, од потпуне бриге, до потпуног занемаривања. Занимљиво је да професионалци са вишегодишњим искуством углавном имају разумевања за родбину која је често „несарадљива“, будући да имају увид у то да је највећи терет здравственог збрињавања старијих корисника пао на терет сродника који се, услед дуготрајне неге

старијих, веома често потпуно финансијски исцрпе и тек након тога одлучују за смештај сродника у дом.

„Они нама излазе у сусрет пошто викендом немамо лекара у дому и онда наша сестра може да позове лекара ако је нешто хитно, а хитна не може да дође или да одведе пацијента без упута. То је неки „комшијски“ однос. Све то није формално као уговор о сарадњи него на основу колегијалних односа.“

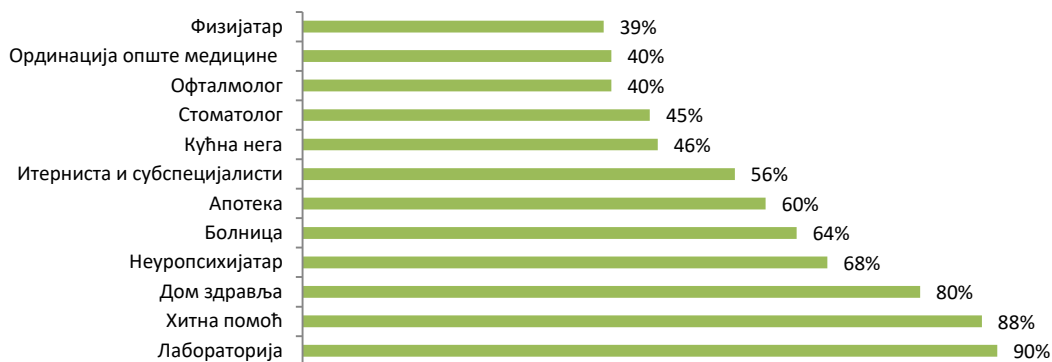
(Лекар, државни дом)

О сарадњи са центром за социјални рад, као и са релевантним другим социјалним и здравственим установама у окружењу постоје различита, али углавном негативна искуства. Преовлађује мишљење да центри за социјални рад, услед превеликог обима посла, немају довољно капацитета да се благовремено старају о корисницима које су упутили на домски смештај. Домови здравља и

специјализоване здравствене установе показују нешто виши ниво спремности на сарадњу, иако и овде постоје разлике између државних и приватних домова. Више саговорника је нагласило да хитна помоћ није довољно респонсивна. Међутим, тамо где сарадња постоји и задовољавајућа је, карактеристично је да је реч о колегијалном разумевању, пре него о организованом, нормативно уређеном сарадничком односу.

Квантитативни део истраживања обезбедио је детаљније податке са ким и у којој мери сарађују домови како би олакшали приступ здравственим услугама својим корисницима. Такође су прикупљени подаци да ли су спољни пружаоци здравствених услуга из јавног или приватног сектора и како се оцењује сарадња са њима. Следе подаци у којима је јединица приказа пружалац домског смештаја, независно од тога да ли је у питању приватни или државни сектор.

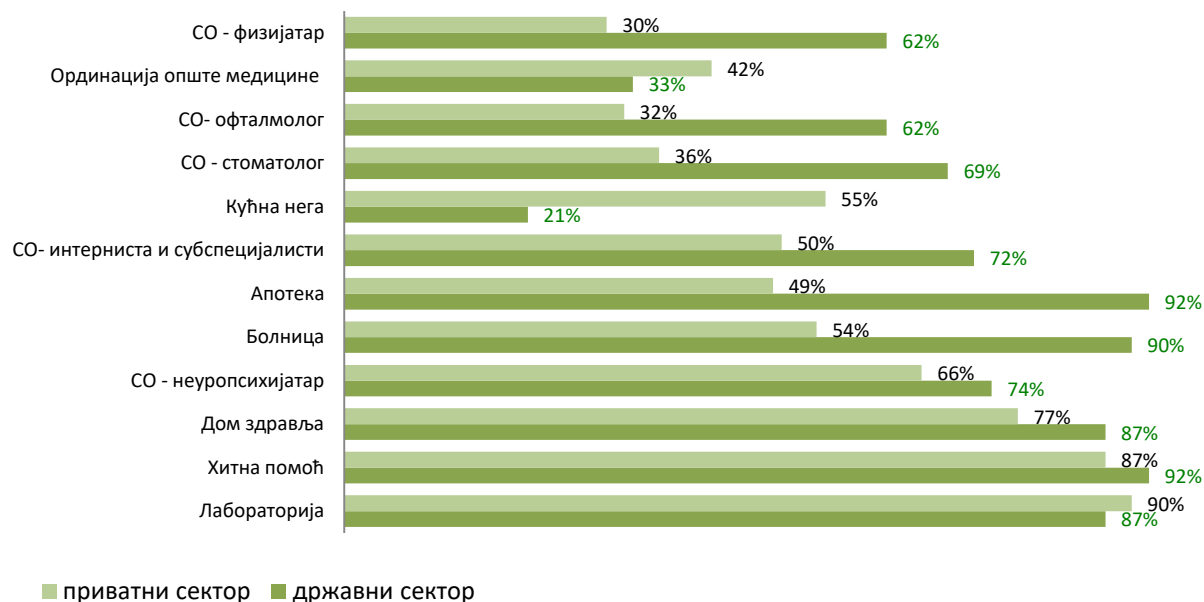
Графикон бр. 4: Сарадња пружалаца домског смештаја са локалним пружаоцима здравствених услуга



Домови за смештај старијих највише траже подршку лабораторија (90%), хитне помоћи (88%) и домова здравља (80%). Од лекара специјалиста, највише се обраћају неуропсихијатрима (68%) и интернистима (56%).

Слика о сарадњи са спољним актерима мења се ако се засебно прикажу одговори домова из државног и приватног сектора.

Графикон бр. 5: Сарадња пружалаца домског смештаја са локалним пружаоцима здравствених услуга према оснивачу домског смештаја



Са **домовима здравља** сарађује већина (87%) државних и 77% приватних домова. Преко 90% свих установа које наводе да имају сарадњу са домовима здравља идентификују да је у питању државни сектор. Државни домови који не сарађују са домовима здравља су домови чији корисници као изабраног лекара имају лекара из установе у којој користе услугу смештаја.

Сарадњу са **Хитном помоћи** има 92% државних који сарађују искључиво са јавним службама и 87% приватних домова међу којима је 8% домова који ову сарадњу остварују са приватним службама. Са **кућном негом** сарађује само петина државних (21%) и око половине (55%) приватних домова. Ово је једина област сарадње у којој предњачи приватни сектор, а показатељ је очекиван с обзиром на различитост структуре и броја ангажованог медицинског особља у јавним и приватним домовима. У свим државним и скоро свим (98%) приватним домовима сарадња се остварује са кућном негом територијално припадајућег државног дома здравља.

Са **болницама** сарађује 90% државних и свега 54% приватних домова. У преко 90% случајева у питању је сарадња са државним болницама.

Са **лабораторијама** остварује сарадњу већина домова (87% из јавног и 90% из приватног сектора). Државни домови углавном сарађују са лабораторијама из јавног сектора (88%), а 12% државних домова комбинује лабораторије из оба сектора. Приватни домови већином сарађују са приватним лабораторијама (48%), око петина (22%) сарађује са лабораторијама из јавног сектора, а 29% домова сарађује са лабораторијама из оба сектора. Ово је једна од здравствених услуга за које приватни домови чешће прибегавају приватном сектору као партнеру, што значи да корисници домског смештаја тада не остварују своја права осигураника.

Успостављену сарадњу са **апотекама** има 92% државних и скоро половина (49%) приватних домова. Државни домови сарађују са приватним апотекама у 14% случајева док приватни домови већином сарађују са приватним апотекама (43%). Како се и у приватним и у државним апотекама могу несметано остваривати права осигураника, корисници домова у овом сегменту могу да остварују своја права здравствених осигураника без обзира у којем дому користе услугу смештаја. Што се тиче сарадње са специјалистичким ординацијама, најзаступљенији су **неуропсихијатри**, три четвртине државних (74%) и две трећине приватних домова (66%) пријављује ову сарадњу. Државни домови углавном сарађују са ординацијама из јавног сектора (79%). Половина приватних домова сарађује са приватним ординацијама (55%) док са ординацијама из јавног сектора сарађује 28% приватних домова. Сарадњу са **специјалистичким интернистичким ординацијама** има 72% државних и 50% приватних домова. Државни домови углавном сарађују са ординацијама из јавног сектора (82%). Са приватним ординацијама сарађује 7% државних домова а 11% има сарадњу са ординацијама из оба сектора. Сарадњу са **офталмолошким ординацијама** има 62% државна и 32% приватна дома. Државни домови углавном сарађују са ординацијама из јавног сектора (88%) а са офталмолошким ординацијама из јавног сектора сарадњу има само половина приватних домова.

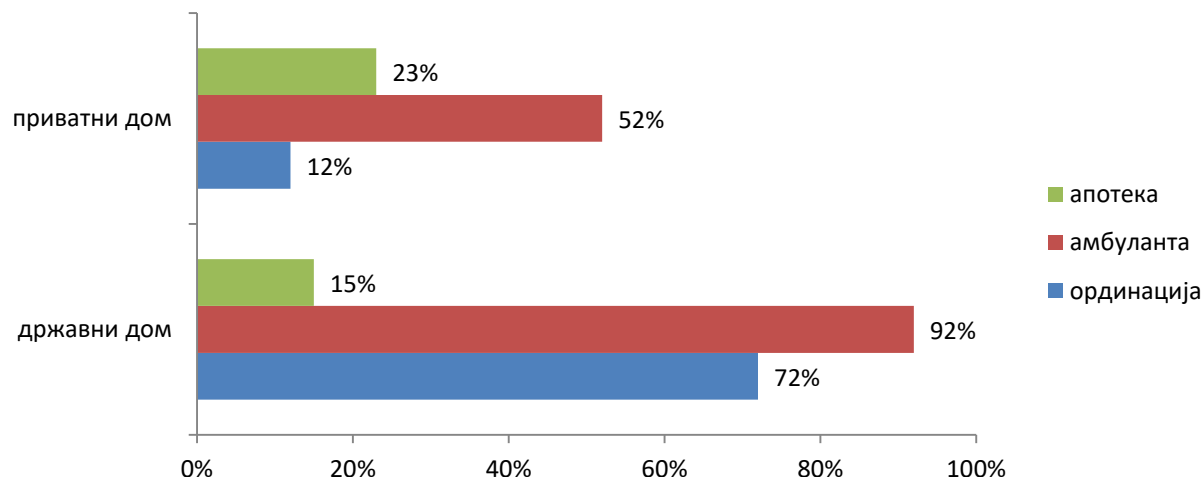
Сарадњу са **стоматолошким ординацијама** има мало више од две трећине (69%) државних и мало више од једне трећине (36%) приватних домова. Државни домови углавном сарађују са ординацијама из јавног сектора (70%), приватни комбинују сарадњу са приватним сектором (39%) и државним (32%). Ниво сарадње са **физијатриском службом** сличан је нивоу сарадње са стоматолошким службама. Скоро две трећине (62%) државних и мање од једне трећине (30%) приватних домова има уређену сарадњу са физијатрима. Државни домови углавном сарађују са ординацијама из јавног сектора (88%), док приватни равномерно комбинују оба сектора. Мање заступљена је сарадња са **ординацијама опште медицине** (трећина државних (33%) и 42% приватних домова) пријављује ово партнерство.

Генерално, **државни домови искључиво сарађују са ординацијама из јавног сектора, а приватни прилично равномерно комбинују секторе.** Када је посреди сарадња са специјалистичким ординацијама, евидентно је да се државни дом углавном оријентише на јавни сектор, а приватни дом комбинује сарадњу са оба сектора, понекад дајући предност приватном сектору. Иако се на овај начин са једне стране обезбеђује благовременија подршка у приватном сектору, са друге стране, корисници тада нису у прилици да остваре своја права из области здравственог осигурања. Када се посматрају оцене сарадње, нема разлике у односу на сектор којем дом припада, односно оцене су врло униформне и у државним и у приватним домовима. Сви, или

скоро сви домови давали су друштвено пожељне оцене и све своје видове сарадње оценили одличним и/или врло добрим оценама. Одступања од оваквих оцена су занемарљива, на нивоу појединачних. Ипак, кроз дубинске интервјуе добијене су аутентичније оцене сарадње са актерима.

На крају, занимало нас је којим ресурсима располажу установе за смештај старијих када је посреди њихова здравствена заштита. Уочљива је разлика у ресурсима када се домови посматрају са аспекта оснивача.

Графикон број 6: Ресурси државних и приватних домова



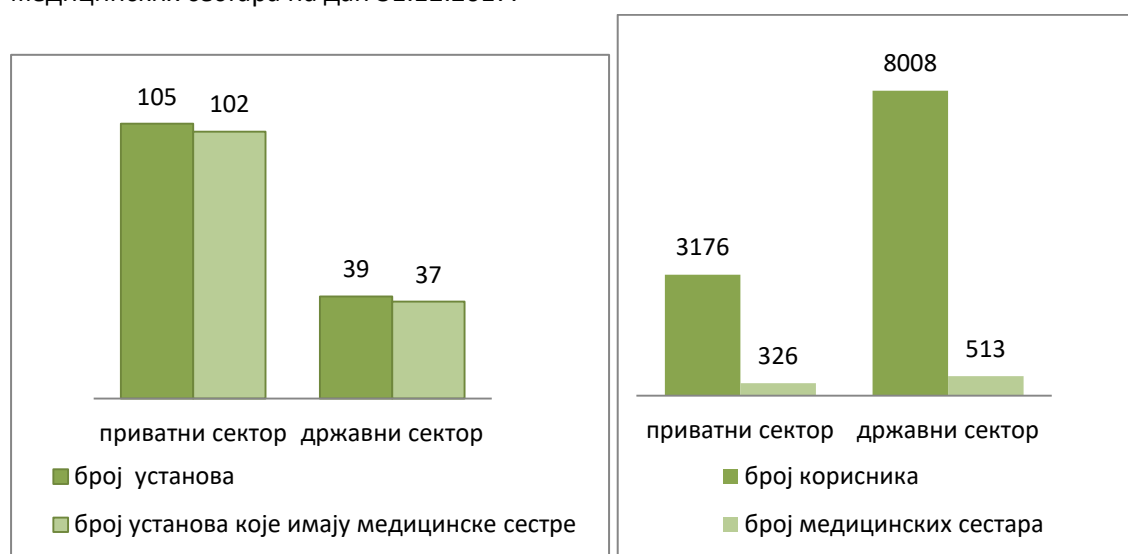
Говорећи о својим ресурсима, сви државни домови наводе да имају регистровану амбуланту и/или ординацију. Амбуланту и/или ординацију има и скоро две трећине (64%) приватних домова, од чега 5 домова има и ординацију и амбуланту. Регистровану ординацију опште медицине има 72% државних и 12% приватних домова. Већина државних домова има амбуланту (92%). Само три државна дома наводи да немају амбуланту али имају регистровану ординацију. Незнатно више од половине приватних домова има регистровану амбуланту (52%) Оба, и амбуланту и ординацију опште медицине, има 78% државних и тек четвртина приватних домова (24%). Петина домова (21%) има апотеку у оквиру установе. У односу на власничку структуру, апотеке су заступљеније у приватним домовима. Скоро четвртина приватних домова (23%) има апотеку у сопственом окружењу, док међу државним домовима, апотеку има 15%установа.

Људски ресурси у установама које директно обезбеђују неки вид здравствене заштите корисника домског смештаја

Медицинске сестре као ресурс за обезбеђивање здравствене заштите унутар установе за смештај

Према налазима квантитативног дела истраживања, велика већина домова, 97%, запошљава медицинске сестре ради обезбеђивања здравствене неге и минимума друге здравствене заштите корисника. Ситуација је веома слична у приватном и државном сектору.

Графикон број 7: Број установа које имају медицинске сестре и број корисника у односу на број медицинских сестара на дан 31.12.2017.



Од 39 државних домова, на дан 31.12.2017. године 95% (37) домова са 8008 корисника има 513 ангажованих медицинских сестара. Готово све, 99% њих, ангажоване су на пуно радно време. Од 105 приватних домова 97% (102) са 3176 корисника, извештава да има ангажовано 326 медицинских сестара и да је 96% ангажовано на пуно радно време.

Уколико се упоређује број корисника приватних и државних домова и број ангажованих медицинских сестара ситуација је нешто повољнија у приватним домовима.

Када се пореде приватни и државни домови капацитета 31-50, државни домови ангажују 1 или 2 медицинске сестре, док приватни домови у истом рангу капацитета ангажују 0-8 медицинских сестара. У државним домовима капацитета 51-100 број медицинских сестара креће се од 0 до 8, слично као у приватним домовима истог капацитета где се број медицинских сестара креће се од 1 до 9. Праксе у домовима су очигледно веома различите. Имајући у виду да је капацитет приватних

и државних домова значајно различит⁷ очекивано је да велики број приватних домова и са малим капацитетом тежи да ипак ангажује бар једну медицинску сестру како би се обезбедио минимум здравствене неге у самом дому.

Потребно је да систем здравствене заштите дефинише да ли је стандард минимума здравственог збрињавања присуство медицинских сестара у дому, да ли је потребно обезбедити целодневно присуство или је довољно у једној смени и колики је број медицинских сестара потребан сразмерно броју корисника. Испитаници у квалитативном делу истраживања сматрају да домски смештај за старије треба обавезно да има ангажоване медицинске сестре или техничаре као минимум здравственог збрињавања.

Лекари као ресурс за обезбеђивање здравствене заштите унутар установе за смештај

Кроз квантитативно истраживање испитан је још један сет индикатора којим се мери доступност здравствене заштите корисницима домског смештаја, а тиче се лекара у установи: број лекара (лекара опште праксе и лекара специјалиста) начин на који су ангажовани (уговор о раду или неки други уговор) и време на које су ангажовани (пуно радно време, мање од пуног радног времена или по позиву). У државном дому важан индикатор је и извор финансирања.

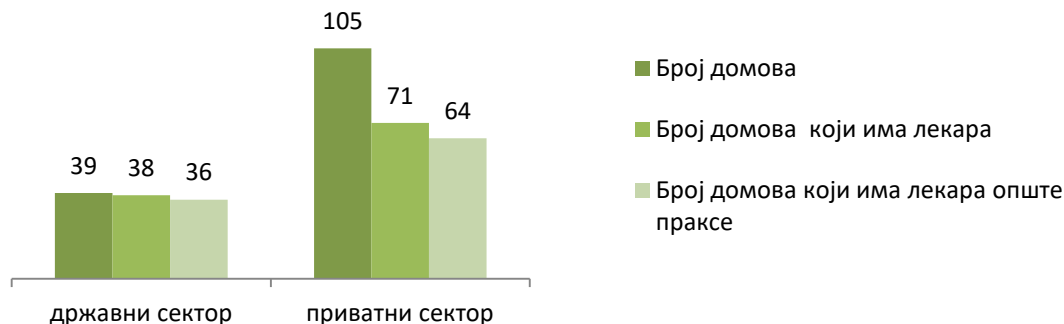
Већински, ако ангажују лекара, домови ангажују лекара опште праксе, што је очекивано јер је лекар опште праксе задужен за обезбеђивање примарне здравствене заштите. Постоје изузеци када дом нема лекара опште праксе али има специјалисту, што је вероватно ситуацино/тренутно решење у конкретном дому (нпр. немогућност запошљавања у државном и неке специфичне околности у приватном дому). Из тог разлога посматрају се два индикатора: број домова који имају ангажованог лекара (било које специјалности) и специфичније, број домова који имају лекара опште праксе.

Према подацима 144 дома која су одговорила на упитник, 109 домова (76%) има бар једног лекара опште праксе или специјалисту, док 100 домова (69 %) има ангажованог бар једног лекара опште праксе.

Добијени подаци указују на разлике између приватног и државног сектора у односу на ову групу индикатора (лекар у дому)

⁷ 72% установа у државном сектору које су одговориле на упитник има капацитет преко 100 корисника, а 81% домова у приватном сектору има капацитет испод 50 корисника.

Графикон број 8: Број домова који имају лекара и који имају лекара опште праксе у односу на укупан број домова

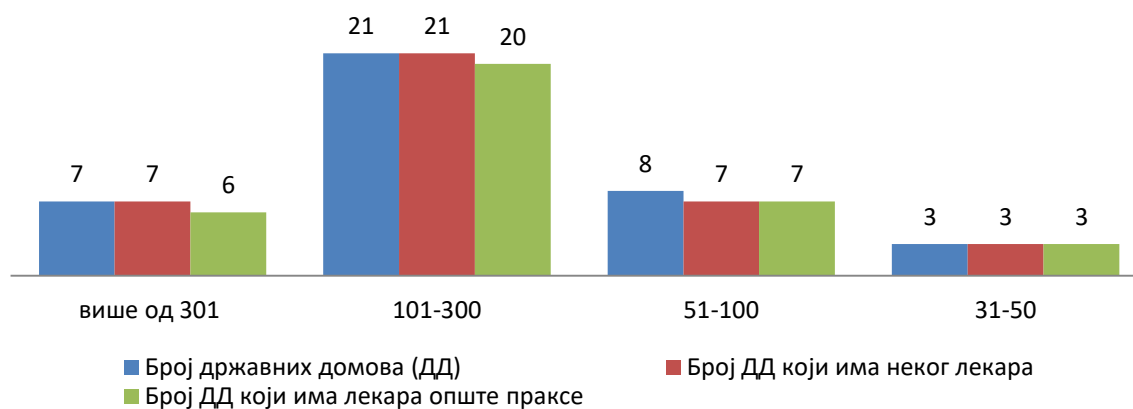


У државном сектору 97% домова има лекара, а у 92% домова ангажовани су лекари опште праксе. У приватном сектору 68% домова има лекара, а у 61% домова ангажовани су лекари опште праксе. Након детаљне анализе показало се да на разлике у организацији рада лекара, пре свега, утиче капацитет дома, а не структура оснивача. У наставку анализе анализирају се подаци о ангажованим лекарима имајући у виду структуру оснивача и капацитет дома.

Број, доступност и начин финансирања лекара у државном сектору у односу на капацитет

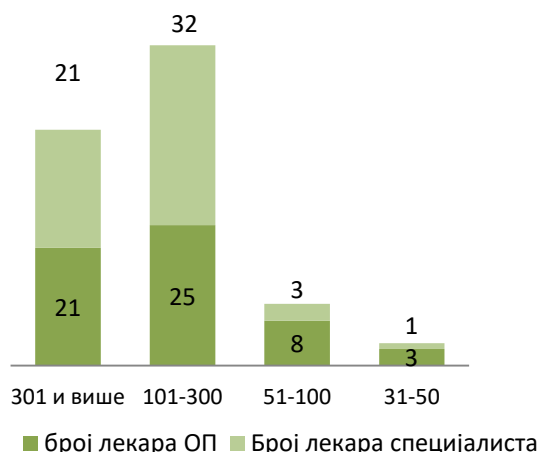
Што се тиче ангажовања лекара **опште праксе** у државним домовима, с обзиром да велика већина има неког лекара па и лекара опште праксе, не јављују се значајне разлике које зависе од капацитета. Следи графикон који даје детаљнију слику о броју државних домова одређеног капацитета и броју домова које имају лекара.

Графикон број 9: Број домова у државном сектору према ангажованости лекара и капацитету



Следе детаљнији подаци о броју и организацији рада лекара опште праксе и специјалиста у односу на капацитет домова.

Графикон број 10: Број лекара опште праксе и специјалиста у односу на капацитет државног дома



Графикон број 11: Начин финансирања лекара у државним домовима



У 36 државних домована ангажовано је укупно 57 **лекара опште праксе**, углавном у домовима капацитета преко 100 корисника: у 7 домована капацитета преко 300 има 21 лекар опште праксе, у 21. дому капацитета 101-300 има их 25. Број лекара по појединачним домовима донекле прати број корисника. Домови испод 100 корисника имају једног или ниједног лекара (изузетак је један дом са 2 лекара опште праксе): од 8 домована капацитета 51-300, 6 домована има 7 лекара, сва 3 дома капацитета 31-50 имају лекара опште праксе. Око 2/3 свих државних домована (77%) има стално запослене лекаре опште праксе, најчешће су ангажовани на пуно радно време и присутни су само у дневној смени. Када се посматрају само државни домови мањег капацитета (испод 100) ситуација је другачија, практично обрнута: 72% лекара ангажовано је на део радног времена.

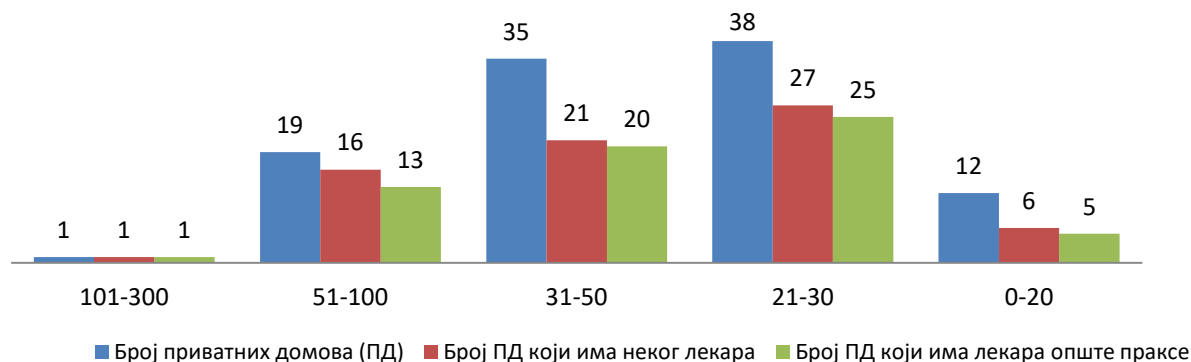
Што се тиче **лекара специјалиста**, њихово веће присуство региструје се тек у домовима капацитета преко 100 корисника. Најзаступљенији су психијатри (17), потом интернисти и физијатри (по 12). Очекивано, доступност је мања него лекара опште праксе, 60% ових лекара доступно је по позиву, око четвртине (26%) ради пуно радно време, а 14% ради део радног времена. У домовима капацитета испод 100 нема ниједан специјалиста ангажован на пуно радно време.

У односу на **начин финансирања** лекара, велика већина лекара опште праксе је финансирана из буџета, 97% (РФЗО). Финансирање лекара специјалиста се одвија мањим делом из буџета, углавном из сопствених средстава дома. При томе, државни домови мањег капацитета услуге лекара специјалисте још чешће плаћају из сопствених средстава.

Број и доступност лекара у приватном сектору у односу на капацитет

У приватном сектору 68% домова има неког лекара, односно 61% има **лекара опште праксе**. У 64 приватна дома који имају лекара опште праксе ангажовано их је 65.

Графикон број 12: Број домова у приватном сектору према ангажованости лекара и капацитету

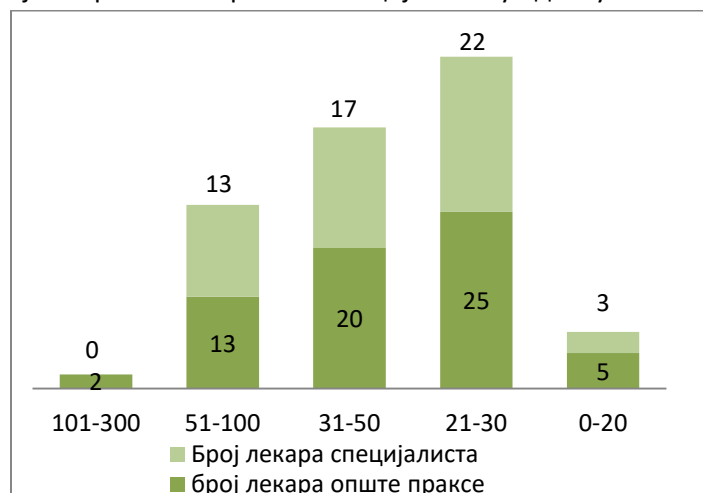


Уколико се подаци посматрају сегрегисано према капацитету домова, само половина (48%) домова капацитета испод 20 корисника ангажује лекара опште праксе и око 2/3 домова капацитета од 20-100. Сви ови домови имају по једног лекара опште праксе. Једини дом капацитета преко 100 корисника има 2 лекара опште праксе.

Приватни домови ангажују лекаре опште праксе по позиву или на непуно радно време чешће него што то раде државни домови. У приватним домовима свега ¼ лекара опште праксе ангажована је пуно радно време, нешто више на део радног времена (28%), а скоро половина (48%) ангажује се само по позиву.

Када се упореде приватни и државни домови истог капацитета (испод 100 корисника), показује се слична организација рада лекара опште праксе, по 1 лекар, на део радног времена или само по позиву. Ово може бити показатељ и смерница за даље унапређивање минималних стандарда квалитета у организацији институционалног збрињавања старијих корисника.

Графикон број 13: Број лекара опште праксе и специјалиста у односу на капацитет приватног дома



Што се тиче **лекара специјалиста** у приватним домовима, има их 55 у 105 домова. Подаци указују да ангажовање лекара специјалисте није условљено капацитетом дома. Лекари специјалисти се ангажују махом по позиву, 87% укупног броја ангажованих лекара, што је нешто више него у државном сектору. Слично државном сектору, најзаступљенији су психијатри (17), затим интернисти (13), а потом неуролози (10).

Имајући у виду да су и лекари опште праксе често ангажовани на део радног времена и/или по позиву (поготово у приватним домовима), потребна је детаљнија, продубљена анализа како би се сагледало за колико корисника је задужен један лекар опште праксе. Илустрације ради, следи податак из државних домова већег капацитета где су лекари доступни најчешће пуно радно време и у том смислу су варијабле уједначене па је оправдано рачунати просек: у 6 државних домова капацитета преко 300 корисника који имају лекара опште праксе један лекар брине у просеку о 169 корисника, а у 20 државних домова капацитета 101-300 корисника један лекар брине у просеку о 157 корисника. У једином приватном дому капацитета 159 корисника ангажовано је 2 лекара, дакле 79,5 корисника по једном лекару.

Остало особље као ресурс за обезбеђивање здравствене заштите унутар установе за смештај

У 39 државних домова ангажовано је укупно: 61 физиотерапеут (међу њима је 14 виших физиотерапеута), 1 зубни техничар, 29 радних терапеута, 20 виших медицинских сестара и 7 нутрициониста. Сви су ангажовани на пуно радно време. Три физиотерапеута и 2 нутрициониста се финансирају средствима установа, док се сви други финансирају из фонда здравстава (РФЗО). Све радне терапеуте финансира ресорно министарство. У приватним домовима ситуација је другачија. У 105 приватних домова ангажовано је укупно 34 физотерапеута (међу њима је 7 виших

физиотерапеута), 9 виших медицинских сестара, 5 нутрициониста, један зубни техничар и 4 радна терапеута. На пуно радно време ангажовано је 17 физиотерапеута (50%), три на мање од пуног радног времена, а по позиву се ангажује њих 14 (41%). Слично државним, и у приватним домовима радни терапеути су ангажовани на пуно радно време, али за разлику од државних, нутриционисти се у приватним домовима ангажују на мање од пуног радног времена и углавном по по позиву.

Пракса потврђује мишљења и предлоге испитаника дубинских интервјуа о ангажовању лекара. Постоје и треба трагати за различитим модалитетима ангажовања лекара, до могућности и да дом нема ангажованог лекара, односно да користи услуге лекара из најближе здравствене установе. Ситуацију да дом нема свог лекара испитаници у дубинским интервјуима чешће повезују са домовима малог капацитета, и пракса показује да приватни домови капацитета испод 30 мање ангажују лекаре, чак ни по позиву. Потребно је да систем здравствене заштите дефинише да ли је стандард минимума здравственог збрињавања у дому ангажовање лекара и за колики број корисника, уколико јесте.

Начин обезбеђивања права на изабраног лекара корисницима домског смештаја

Изабрани лекар је једно од основних права здравствених осигураника, а начин на који је он доступан корисницима домског смештаја могао би бити важан показатељ квалитета здравственог збрињавања корисника дома.

Анализа нормативног оквира пружила је сазнања о начинима обезбеђивања права на изабраног лекара, а квантитативним делом истраживања испитали смо праксу у обезбеђивању овог права корисницима услуге домског смештаја за старије.

Највећи број корисника домског смештаја, 99% има изабраног лекара. У државним домовима скоро да сви корисници имају изабраног лекара. Мање од 1% корисника нема лекара нити здравствено осигурање. У приватним домовима изабраног лекара има 96%, нема изабраног лекара нити здравствено осигурање 2% корисника, а за 2% корисника пружалац услуге нема податке.

Табела број 4: Корисници на дан 31.12.2017. и обезбеђивање изабраног лекара

Статус изабраног лекара	државни	приватни	укупно
Корисници који имају изабраног лекара	99,8%	96%	99%
Корисници који немају ИЛ и/или немају здравствено осигурање	0,2%	2%	1%
Корисници за које установа нема податак о ИЛ корисника	0,0%	2%	1%

Пружаоци домског смештаја су питани на који начин је организован приступ изабраном лекару за кориснике домског смештаја. Подаци из годишњих наративних извештаја приватних домова⁸ указују на то да ова група домова има тешкоћу да свог лекара опште праксе ангажује као изабраног лекара. Упитник креиран за ово истраживање је имао задатак да обезбеди квантитативне показатеље о начину обезбеђивања изабраног лекара у домовима и идентификује евентуалне разлике између приватног и државног сектора, као и разлике зависно од капацитета дома.

Табела број 5: Начин обезбеђивања изабраног лекара

Начин обезбеђивања изабраног лекара у државним и приватним домовима	% корисника државни дом	% државних домова*	% корисника прив. дом	% приватних домова*
Изабрани лекар опште медицине ангажован у домском смештају	92,3%	89,7%	8,8%	13,3%
Изабрани лекар запослен у територијално припадајућим дому здравља	7,2%	25,6%	56,8%	87,6%
Изабрани лекар ван територијално припадајућег дома здравља	0,3%	5,1%	29,7%	65,7%
Изабрани лекар обезбеђен на неки други начин	0,3%	2,6%	4,6%	17,1%
* један дом за различите кориснике има различите начине обезбеђивања изабраног лекара				

О начину на који је обезбеђен изабрани лекар корисницима (понуђене су 4 опције одговора наведене у табели 5) одговорило је 38 од 39 државних домова. Од 38 домова, 35 има ангажованог лекара опште праксе, три нема, и свих 35 извештава да њихов домски лекар има статус изабраног лекара. Сви домови који имају ангажованог лекара опште праксе извештавају да је за већину њихових корисника (92%) тај лекар изабрани лекар. У 10 установа за мањи број корисника (7,2% укупног броја корисника) изабрани лекар налази се у територијално припадајућем дому здравља а занемарљив је број оних који имају изабраног лекара ван територијално припадајућег дома здравља. Практично, државни дом који има ангажованог лекара опште праксе истовремено има и изабраног лекара у дому у њега користи највећи број корисника.

⁸ Законска обавеза пружалаца услуга у социјалној заштити је да једном годишње достављају извештај Републичком заводу за социјалну заштиту

Ситуација је другачија у приватним домовима. Највећи број приватних домова, 88% укупног броја домова извештава да је највећем броју њихових корисника (57%) изабрани лекар у територијално припадајућем дому здравља. Око 2/3 домова има и кориснике чији изабрани лекар се налази у дому здравља ван територије домског смештаја (29,7% корисника). У петини домова за мали број корисника (5%) домови извештавају да је питање изабраног лекара решено на неки други начин (нема податак који начин).

Ипак, у 14 приватних домова (13% домова) добија се податак да је лекар ангажован од стране дома и изабрани лекар неком броју корисника тог дома (8,8% корисника).

Подаци показују да је један број приватних домова, кроз допунски рад, ангажовао лекара опште праксе из територијално припадајућег дома здравља и на тај начин олакшао и омогућио да исти лекар буде изабрани лекар корисника и домски лекар који је у редовном контакту са корисником. За домове мањег капацитета овај приступ може бити корисно решење.

„И корисник дома треба да има могућност избора: (а) да одлази код свог „изабраног лекара“ у дом здравља или да користи услуге „доступног лекара“ који обезбеђује дом (локални дом здравља, приватни пружаоци услуга или лекар запослен у дому). У првом случају, рачуна се на подршку дома, родбине, пријатеља и, евентуално, волонтера (праћење и одвожење код „изабраног лекара“).

Кориснику дома треба да буде доступан изабрани лекар (ако је то могуће) и када дом има свог (доступног) лекара. Доступни лекар може постати и „изабрани лекар“ уколико корисник (или његов старатељ) тако одлучи. Није добро ако дом „одређује“ изабраног лекара јер се то коси са правом корисника на избор (право на смештај не треба да „укине“ право на избор, у границама могућег).“

(Социолог, истраживач социјалних прилика)

За приватне домове који имају ангажоване своје лекаре и кориснике чији је изабрани лекар ван домског смештаја, било је корисно сазнати како се одвија сарадња тих лекара. Очекивано, већина, 2/3 домова наводи да је домски лекар у директном контакту са изабраним лекаром корисника дома.

Дубински интервјуи указали су да представници државних домова, полазећи од свог искуства често сматрају да је домски лекар увек и изабрани лекар и тешко им је да замисле другачију ситуацију. Власник приватног дома каже: *„Било би добро да наш лекар буде и изабрани лекар, али није. Углавном наш лекар пише мишљење, онда родбина одлази по рецепте и доноси нам лекове. Врло често родбина одустаје од те сложене администрације и обраћа се приватној пракси за лекове, тј. плаћа лекове и са позитивне листе“*. Један лекар дома здравља указао је на праксу коју сматра негативном: *„Већ сам рекао, мали домови како год је њима лакше, велики би морали имати изабраног лекара у свом Дому. Да ли ће довести лекара из Дома здравља Уговором о додатном ангажовању или ће регистровати амбуланту и на тај начин решити проблем лекара*

све једно је. Недопустиво је оно што се иначе ради. Тражи се од лекара Дома здравља да пише рецепте за кориснике Дома које никада није видео а на основу мишљења неког другог лекара“.

Може се закључити да су државни домови углавном обезбедили могућност да њихов лекар буде изабрани лекар корисника и тако најдиректније олакшали корисницима да остваре своја права здравствених осигураника. У приватним домовима, који у далеко мањем проценту и имају ангазоване лекаре, мали број корисника има могућност да лекар ангажован од стране дома буде њихов изабрани лекар и они користе лекара у територијално блиском дому или неком другом дому здравља (вероватно свом матичном дому здравља пре преласка у дом), а некада родбина корисника плаћа и приватног лекара и све лекове како би убрзала поступак. Потребно је обезбедити и нормативно уредити остваривање права из области здравственог осигурања које им омогућује институција изабраног лекара и за кориснике услуге смештаја у приватним домовима.

Пребивалиште/боравиште корисника домског смештаја и доступност здравствене заштите

Једна од тема истраживања јесте и питање односа пребивалишта/боравишта корисника и реализације права из здравствене заштите корисника.

Према Закону о пребивалишту и боравишту грађана⁹, здравствена заштита се може остварити и ван места пребивалишта. Наиме, осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта, остварује здравствену заштиту у месту привременог борава у здравственој установи на примарном нивоу, без промене изабраног лекара. Грађанин је дужан да пријави боравиште надлежном органу по месту боравишта у року од осам дана од дана доласка у место боравишта, и у пријави је дужан да наведе време борава а најдуже две године, након чега је грађанин дужан да поново пријави боравиште ако и даље борава у месту у коме је имао пријављено боравиште.¹⁰

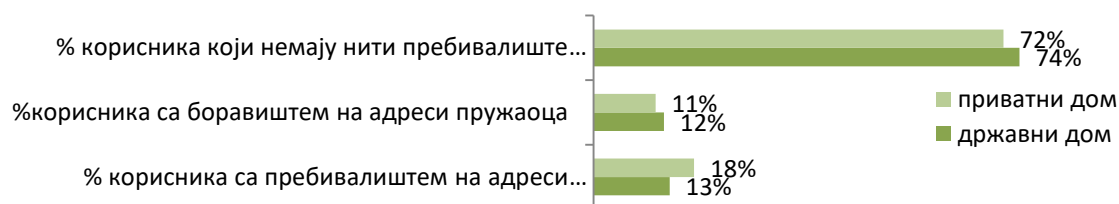
Сходно законским решењима, корисници домског смештаја, односно законски старатељ корисника, могу несметано, без промене пребивалишта, али уз пријаву боравишта, да остваре здравствену заштиту и да користе сва права по основу здравственог осигурања.

Упитником за прикупљање квантитативних података је истражено колики процент корисника домског смештаја има регистровано пребивалиште или боравиште на адреси дома.

⁹ Закон о пребивалишту и боравишту грађана (Службеном гласнику РС", бр. 87/2011)

¹⁰ Ибид

Графикон број 14: Корисници домског смештаја према пребивалишту/боравишту



Резултати указују да значајна већина, три четвртине (74%) укупног броја корисника нема пријављено ни пребивалиште ни бораваиште на адреси установе. Незнатну предност у пријави пребивалишта/бораваишта показује приватни сектор. Ово је очекивани резултат јер је у државним домовима изабрани лекар већином ангажован у установи. У приватним домовима, за изабраног лекара у територијално припадајућем дому здравља, нужна је пријава боравака. Детаљнија анализа указује да различити домови имају различите праксе, има нпр. 23 приватна дома и 3 државна у којима сви корисници имају било бораваиште, било пребивалиште, док други ретко имају било пребивалиште било бораваиште корисника.

Овај податак делује забрињавајуће, јер законска регулатива¹¹ обавезује пријаву бораваишта корисника који дуже од 7 дана борава на другој адреси. Међутим, ако се интересујемо превасходно за права из области здравствене заштите, подаци овог истраживања указују на то да у пракси изостанак пријаве бораваишта корисника на адреси дома углавном није препрека да се реализују здравствене услуге. На пример, према регулативи у здравственој заштити,¹² „осигурано лице смештено у установу социјалне заштите бира изабраног лекара у установи социјалне заштите у којој је организовано обављање здравствене делатности“, и по том основу је корисницима регулисан статус изабраног лекара у државним домовима без обзира на пријаву бораваишта.

О томе да ли је или не за регулисање здравствене заштите битно пријављивање бораваишта корисника говоре нешто више и искази представника дома кроз дубинске интервјуе. Они наглашавају да проблеми настају када је корисницима потребна секундарна или терцијална здравствена заштита, због овере упута и других административних тешкоћа. Ситуација постаје још сложенија уколико корисник нема сродника, па је неопходно укључити социјалног радника из места из којег је корисник упућен, што успорава и значајно отежава остваривање адекватног и пре свега, благовременог болничког лечења. С друге, стране, има и уверења да не треба инсистирати на промени бораваишта. „Ми не инсистирамо да корисници промене пребивалиште/бораваиште. Имамо проблем са тим да у процедури пријаве бораваишта мора да се наведе колико времена ће неко бити на тој адреси а то је реално немогуће знати када је реч о нашим корисницима.“ (Лекар у приватном дому).

¹¹ Закон о пребивалишту и бораваишту грађана, „Сл. Гласник РС“, бр. 87/2011.

¹² Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл. Гласник РС“, бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011)

Као решење за превладавање овог проблема, већина испитаника је предложила да се приликом смештаја у дом, било државни или приватни, корисницима обавезно промени место боравишта, како би им се олакшало остваривање других права, а домовима смањили административни поступци који отежавају рад и бригу о корисницима. Стиче се утисак да испитаници дубинских интервјуа не знају да је то, у ствари законска обавеза. Ипак, има и експлицитних исказа да на томе не треба инсистирати:

Подаци показују да у пракси домови ретко пријављују боравиште корисника у дому тако да се може претпоставити да пријава боравишта не утиче значајно на решавање свакодневних потреба корисника дома, пре свега на остваривање здравствене заштите. Закон о пребивалишту и боравишту грађана пак захтева пријаву боравишта и у том смислу би било важно поставити захтев установама да поштују Закон.

Обезбеђивање палијативне неге корисницима домског смештаја за старије

Испитивање разумевања обима и начина пружања палијативне неге у домовима за смештај старијих потврдило је почетну хипотезу да су практичари сагласни о томе шта су одреднице које дефинишу палијативну негу. Три најважније су свакако: 1) пружа се нега кориснику који болује од неизлечиве болести, 2) лече се само симптоми, а не и узрок болести и 3) пацијенту, односно кориснику услуге је кратко преостало трајање очекиваног живота. Из тих разлога, сагласни су сви испитаници, палијативна нега захтева блиску сарадњу са оболелом особом и члановима породице, што овај скуп активности чини додатно осетљивим и захтевним.

Одговори добијени у квантитативном делу истраживања показју да велика већина домовна, 89% пружа палијативну негу корисницима. Овај податак је нарочито битан за утврђивање нормативног оквира и минималних стандарда квалитета услуге палијативног збрињавања.

„Највећи изазов, највећи проблем у палијативном збрињавању је то што такви корисници требају више нашег времена, пажње. То време које се њима посвети би било довољно да се други корисници три пута више опсервирају. Ресурси су проблем број један за палијативно збрињавање.“

(Лекар, државни дом)

Дубински интервјуи са искусним професионалцима указали су на две посебно значајне одреднице ове области збрињавања најстаријих: **1) здравствени систем у Републици Србији није развио ресурсе за палијативно збрињавање пацијената и 2) домови за смештај старијих, који су установе у систему социјалне заштите, постепено прерастају у установе које преузимају на себе овај део здравствене неге.**

Из тих разлога, ставови испитаника о палијативној нези и о томе где и на који начин она треба да се обезбеђује су различити и крећу се од уверења да палијативна нега припада здравственој заштити и треба да се пружа у установама здравствене заштите, до става да се палијативна нега

обезбеђује након завршетка лечења, те да је бесмислено да се она пружа у здравственим установама, наглашавајући да је примереније да се палијативна нега обезбеђује у домовима корисника, односно у установама за смештај старијих корисника.

Сви саговорници су сагласни поводом неколико тема. На првом месту, да се број корисника у домовима којима је неопходна палијативна нега из године у годину увећава. Такође, јединствени су у уверењу да палијативну негу треба да пружају само домови који имају довољан број здравствених радника, као и просторну опремљеност за палијативно збрињавање. Од значаја је и сугестија добијена од већине испитаника: да је сарадња здравственог и социјалног сектора најзначајнија управо у палијативном збрињавању. Наглашена је потреба да здравствени сектор пружи стручну подршку сектору социјалне заштите, дајући смернице на који начин је потребно организовати палијативну негу за поједине групе корисника/пацијената, односно како је најцелисходније организовати стационарни део унутар дома.

Такође, саговорници су нам указали и на значај менталног и психолошког збрињавања корисника којима се пружа палијативна нега. „Код нас палијативну негу пружају сестре, неговатељице и ја. Имам замерку на то што домови испод 100 корисника немају психолога. Мислим да је психолошка подршка много важна и током адаптације, али и за онколошке пацијенте. Мислим да би психолог играо важнију улогу него сви ми.“ *(Лекар, државни дом)*

Од свих саговорника препозната је и потреба за посебним професионалним знањима и вештинама и здравственог и социјално-заштитног особља које учествује у палијативном збрињавању.

Брига о корисницима са дијагностикованом деменцијом

„Највећи проблем са дементнима је прихватање породице и сарадња са породицом. Тај посао раде социјалне раднице. Посебно када нам дође корисник са не-дијагностикованом деменцијом. Родбина мисли да ће пацијент да се опорави – очекују да ће одједанпут све бити добро кад их сместе у дом.“

(Лекар, власник приватног дома)

Слично као и са корисницима којима је потребна палијативна нега, приметан је и значајан пораст корисника услуге смештаја код којих је дијагностикована деменција. Како су показали подаци добијени квантитативним истраживањем, негу оболелих од деменције организују скоро сви приватни (98%) и 91% државних

домова и при том за негу дементних корисника сви државни домови и 90% приватних домова користе сопствене ресурсе.

Саговорници са којима смо спровели квалитативно истраживање указали су нам на неколико веома значајних сегмената које треба имати у виду приликом сагледавања здравствене заштите ове групе корисника. На првом месту, бројчано се увећава ова група корисника, што захтева

ангажовање додатног броја здравствених сарадника у домовима. Потом, сарадња са породицом ових корисника је веома сложена и захтева додатно ангажовање социјалних радника.

И најзад, али не мање важно, обавеза дома да обезбеди и сигурносне претпоставке за безбедност ове групе корисника, што је посебан организациони изазов са којим се суочавају и домови у јавном и у приватном власништву.

Сугестије за унапређивање здравствене заштите корисника са дијагностикованом или накнадно утврђеном деменцијом, као и кориснике са озбиљнијим психијатријским сметњама крећу се, углавном, у правцу унапређивања професионалних компетенција пружалаца услуге домског смештаја за збрињавање ове групе корисника. „Имамо доста дементних корисника, више од пола корисника. Јако је тешко радити са дементним корисницима. Некако заиста захтева додатне обуке и усавршавања, која често запослени или потенцијални запослени нису у прилици да приуште или једноставно нису додатно обучени.“ (*Социјални радник у приватном дому*).

Рехабилитација као део здравствене заштите корисника домског смештаја за старије

Члан 88. Закона о здравственој заштити таксативно наводи рехабилитацију као једну од здравствених услуга у установама социјалног старања. Како су показали подаци добијени на основу упитника, рехабилитација је још једна од здравствених услуга коју већина домова пружа и труди се да је обезбеди директно у дому, сопственим капацитетима. Тако 92% државних и 85% приватних установа обезбеђују услуге рехабилитације, а још 9% приватних домова наглашава да иако не обезбеђује, препознаје потребу за овом услугом. Они који обезбеђују, углавном то чине унутар сопствених ресурса (83% државних и 60% домова из приватног сектора).

Саговорнике са којима смо обавили дубинске интервјуе у оквиру квалитативног истраживања смо питали за њихове ставове о томе да ли и у ком обиму рехабилитација треба да буде обавезни део услуге смештаја и добили смо одговоре који упућују на различито разумевање рехабилитације. Већина испитаника сматра да се рехабилитација односи на медицинско збрињавање повреда и тешкоћа, али није мали број ни оних који су уверени да рехабилитација подразумева активности које су у функцији активног старења, односно има превентивну функцију у очувању здравља и опште добробити старијих.

Када се рехабилитација разуме као скуп активности који чине физикалну терапију, онда се проблеми са којима се домови сусрећу тичу могућности, односно немогућности ангажовања физијатара и обучених медицинских сестара и техничара за спровођење физикалне терапије, па је неопходно развити потребне предуслове за ангажовање довољног броја здравствених радника који би били укључени у обезбеђивање рехабилитације корисницима домског смештаја за старије.

*

*

*

КЉУЧНИ НАЛАЗИ ИСТРАЖИВАЊА

Актуелни начин организовања здравствене заштите у домском смештају

Сви домови за смештај обезбеђују неки облик здравствене заштите корисницима услуге: директно, тако што имају ангажовано особље и услове за организовано пружање здравствене заштите у самом дому; и/или индиректно, кроз сарадњу са релевантним актерима. Већина домава користи оба ова ресурса (94%), односно на оба начина обезбеђује здравствене услуге.

Посматрано на укупном узорку домава (приватни и државни) најзаступљеније здравствене услуге су: здравствена нега (99% домава), преглед лекара опште медицине (97%), нега оболелих од деменције (95%), општа рехабилитација и специјалистичко-консултативни прегледи (91%).

Ширу и обухватнију лепезу здравствених услуга, као и потенцијал да их пружа сопственим ресурсима, има државни сектор, што се у великој мери може приписати пре свега њиховој величини, односно капацитету којим појединачни домови располажу. Приватни домови сопствене недостајуће капацитете, за здравствене услуге које су препознате као потреба корисницима, надомешћују ангажовањем спољних сарадника различитих профила.

Домови, очекивано, у значајној мери сарађују са бројним здравственим институцијама и ослањају се на њихове ресурсе (са лабораторијама, хитном помоћи, домом здравља, специјалистичким ординацијама...). Генерално, државни домови искључиво сарађују са ординацијама из јавног сектора, а приватни прилично равномерно комбинују секторе. Када је посреди сарадња са специјалистичким ординацијама, евидентно је да се државни дом углавном оријентише на јавни сектор, а приватни дом комбинује сарадњу са оба сектора, понекад дајући предност приватном сектору. Иако се на овај начин са једне стране обезбеђује благовременија подршка у приватном сектору, са друге стране, корисници тада нису у прилици да остваре своја права из области здравственог осигурања.

Када говоримо о сопственим кадровским ресурсима, велика већина домава, 97%, запошљава медицинске сестре ради обезбеђивања здравствене неге и минимума друге здравствене заштите корисника. Готове све медицинске сестре (99% у државном и 96% у приватном сектору) запослене су на пуно радно време). Испитаници у квалитативном делу истраживања сматрају да домски смештај за старије треба обавезно да има ангажоване медицинске сестре или техничаре као минимум здравственог особља.

Према подацима 144 дома која су одговорила на упитник, 109 домова (76%) има бар једног лекара опште праксе или специјалисту, док 100 домова (69 %) има ангажованог бар једног лекара опште праксе. У државном сектору 97% домова има лекара, а у 92% домова ангажовани су лекари опште праксе. У приватном сектору 68% домова има лекара, а у 61% домова ангажовани су лекари опште праксе. Лекари су ангажовани на различите начине, пуно радно време, део радног времена, допунски рад, по позиву... Детаљнијом анализом показало се да на разлике у организацији рада лекара, пре свега, утиче капацитет дома, а не структура оснивача. Када се упореде приватни и државни домови истог капацитета (испод 100 корисника), показује се слична организација рада лекара опште праксе, по 1 лекар, на део радног времена или само по позиву.

Што се тиче начина организације изабраног лекара за своје кориснике, налази показују да су државни домови углавном обезбедили могућност да њихов лекар буде изабрани лекар корисника и тако најдиректније олакшали корисницима да остваре своја права здравствених осигураника. У приватним домовима, који у далеко мањем проценту и имају ангажоване лекаре, мали број корисника има могућност да лекар ангажован од стране дома буде њихов изабрани лекар и они користе лекара у територијално блиском дому или неком другом дому здравља (вероватно свом матичном дому здравља пре преласка у дом), а некада родбина корисника плаћа и приватног лекара и све лекове како би убрзала поступак.

Полазећи од претпоставке да пријава боравишта, ако не и пребивалишта корисника у дому, олакшава регулисање здравствене заштите, испитано је у којој мери су корисницима дома пријављени боравиште или пребивалиште на адреси дома. Значајна већина, три четвртине (74%) укупног броја корисника нема ни пребивалиште ни боравиште на адреси установе. Незнатну предност у пријави пребивалишта/боравишта показује приватни сектор. Према Закону о пребивалишту и боравишту грађана било би неопходно да се пријави боравиште. У пракси је могуће да овај фактор не утиче значајно на могућности за остваривање неких права тако да се корисници и домови не баве значајно овом темом.

Број корисника у домовима којима је неопходна палијативна нега из године у годину се увећава и већина домова, 89% пружа палијативну негу. Истраживање је указало на две посебно значајне одреднице: 1) здравствени систем у Републици Србији није развио ресурсе за палијативно збрињавање пацијената и 2) домови за смештај старијих, који су установе у систему социјалне заштите, постепено прерастају у установе које преузимају на себе овај део здравствене неге. Учесници истраживања јединствени су у уверењу да палијативну негу треба да пружају само домови који имају довољан број здравствених радника, као и просторну опремљеност за палијативно збрињавање. Потреба за сарадњом здравственог и социјалног сектора најзначајнија је управо у палијативном збрињавању и неопходно је да здравствени сектор пружи стручну подршку сектору социјалне заштите, дајући смернице на који начин је потребно организовати палијативну негу за поједине групе корисника/пацијената, односно како је најцелисходније организовати стационарни део унутар дома.

Бројчано се увећава и група корисника са дијагностикованом деменцијом и са психијатријским проблемима, што захтева ангажовање додатног броја здравствених сарадника у домовима, а због сложености сарадње са породицом ових корисника потребно је и ангажовање социјалних радника и психолога у домовима. Негу оболелих од деменције организују скоро сви приватни (98%) и 91% државних домова и при том за негу дементних корисника сви државни домови и 90% приватних домова користе сопствене ресурсе. Потребе постојећих стручних радника за додатним образовањем за рад са овом групом корисника су веома јасно наглашене од стране свих домова, у оба сектора.

Рехабилитација је још једна од здравствених услуга коју већина домова пружа и труди се да је обезбеди директно у дому, сопственим капацитетима. Тако 92% државних и 85% приватних установа обезбеђују услуге рехабилитације, а још 9% приватних домова наглашава да иако не обезбеђује, препознаје потребу за овом услугом. Они који обезбеђују, углавном то чине унутар сопствених ресурса (83% државних и 60% домова из приватног сектора). Основна препрека са којом се домови у оба сектора сусрећу када је реч о рехабилитацији је немогућност ангажовања довољног броја обучених здравствених радника за спровођење рехабилитације као редовне активности за све старије кориснике услуге домског смештаја.

ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

На основу анализе актуелног нормативног оквира, квантитативних података, мишљења и препорука испитаника у дубинским интервјуима и анализа истраживачког тима следе закључци и препоруке:

ЗАКЉУЧЦИ

- Здравствена заштита је неопходна у домском смештају сходно структури корисника, односно преваленци зависне категорије корисника и оболелих од деменције.
- Сви домови обезбеђују здравствену заштиту корисника ангажовањем медицинских сестара и техничара (97% домова, углавном на пуно радно време), са или без лекара у оквиру дома (у 92% државних и 61% приватних домова ангажовани су лекари опште праксе). Лекари су ангажовани на различите начине: пуно радно време, део радног времена, допунски рад, по позиву... Показало се да на разлике у организацији рада лекара, пре свега, утиче капацитет дома, а не структура оснивача. Када се упореде приватни и државни домови истог капацитета (испод 100 корисника), показује се слична организација рада лекара опште праксе: по 1 лекар, на део радног времена или само по позиву. Мањи домови, капацитета испод 30 корисника, немају или имају ограничену здравствену заштиту.

- Домови готово обавезно сарађују са здравственим установама у својој заједници. Државни домови искључиво сарађују са здравственим установама из јавног сектора, а приватни домови комбинују јавни и приватни сектор здравствене заштите.
- Посматрано на укупном узорку домова (приватни и државни) најзаступљеније здравствене услуге су: здравствена нега (99% домова), преглед лекара опште медицине (97%), нега оболелих од деменције (95%), општа рехабилитација и специјалистичко-консултативни прегледи (91%).
- Домови преузимају и палијативну негу корисника (89% пружа палијативну негу) без постојећих стандарда за домско пружање таквог вида здравствене заштите пацијената.
- Државни домови (са пар изузетака) имају уговор са РФЗО на основу кога домски лекари прописују рецепте корисницима.
- Приватни домови не могу да склапају уговоре са РФЗО на основу чега би домски лекари писали рецепте за кориснике у дому, већ рецепте пишу изабрани лекари у локалном Дому здравља на основу пребивалишта или боравишта.

ПРЕПОРУКЕ

- Дефинисати минимум здравствене заштите који се обезбеђује корисницима у домском смештају, уз јасно дефинисање минимума структурних захтева, као и минимума особља задуженог за здравствену заштиту. У дефинисању минимума здравствене заштите у домовима за смештај старијих неопходно је равноправно учешће два ресорна министарства – Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања и Министарства здравља.
- Дефинисати стандарде за услуге здравствене заштите у домовима за старије, уважавајући потребе различитих група корисника.
- Корисницима смештеним у приватним домовима потребно је обезбедити и нормативно уредити остваривање права из области здравственог осигурања које им омогућује институција изабраног лекара.
- Обезбедити стално унапређивање професионалних компетенција пружалаца услуге домског смештаја за збрињавање и негу корисника оболелих од деменције и корисника са дијагностикованим психијатријским сметњама, укључујући и обавезне програме обуке за запослене који раде са овом групом корисника.
- Обезбедити потребне предуслове у погледу просторне опремљености и потребног броја запослених за пружање палијативне неге, у складу са дефинисаним стандардима.

- Неопходно је развити потребне предуслове за ангажовање довољног броја релевантно обучених здравствених радника за обезбеђивање рехабилитације корисницима домског смештаја за старије, како на нивоу превенције и очувања здравља и опште добробити старијих, тако и у збрињавању повреда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“ бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011
2. Закон о социјалној заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 24/2011
3. Закон о здравственом осигурању, „Сл. Гласник РС“ бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011
4. Закон о пребивалишту и боравишту грађана, „Сл. гласник РС“, бр. 87/2011
5. Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, "Сл. гласник РС", бр. 10/2010, 18/2010 - испр., 46/2010, 52/2010 - испр., 80/2010, 60/2011
6. Извештај о раду установа за смештај одраслих и старијих у јавном сектору за 2017. годину, Републички завод за социјалну заштиту, 2018.
7. Извештај о раду лиценцираних установа за смештај одраслих и старијих корисника у 2017. години - нејавни сектор, Републички завод за социјалну заштиту, 2018.
8. Извештај о оствареном степену достизања Приоритетног циља 3.7. – брига о старима из Акционог плана за спровођење Програма Владе Републике Србије, Републички завод за социјалну заштиту, 2017.
9. Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, „Сл. гласник РС“ бр. 42/13
10. Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите, „Сл. гласник РС", бр. 42/2013
11. Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите, „Сл. гласник РС“, бр. 24/2009

ПРИЛОЗИ

- 1) УПИТНИК ЗА КВАНТИТАТИВНО ИСТРАЖИВАЊЕ
- 2) УПИТНИЦИ ЗА КВАЛИТАТИВНО ИСТРАЖИВАЊЕ