



Покрајински заштитник грађана

Омбудсман

2018

Истраживање Покрајинског заштитника грађана - омбудсмана

ПРАВО НА ДОСТУПНОСТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У АП ВОЈВОДИНИ



Истраживање
Покрајинског заштитника грађана - омбудсмана

ПРАВО НА ДОСТУПНОСТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У АП ВОЈВОДИНИ

Извештај о истраживању

Нови Сад, 2018.

ИМПРЕСУМ

ИЗДАВАЧ:

Покрајински заштитник грађана – омбудсман

За издавача:

Проф. др Зоран Павловић, покрајински заштитник грађана - омбудсман

ГЛАВНИ И ОДГОВОРНИ УРЕДНИК:

Проф. др Зоран Павловић

ЗАМЕНИК ГЛАВНОГ И ОДГОВОРНОГ УРЕДНИКА

Милан Дакић, заменик покрајинског заштитника грађана - омбудсмана

УРЕЂИВАЧКИ ОДБОР:

Анкица Драгин*, Милан Дакић, Јелена Радуловић

ДИЗАЈН И ПРИПРЕМА ЗА ШТАМПУ:

Ален Шајфар

ТИРАЖ: 200

ГОДИНА ИЗДАЊА: 2018.

* Анкица Драгин је у Покрајинском заштитнику грађана - омбудсману била запослена до децембра 2017. године, а рад на извештају окончан је у фебруару 2018. године.

САДРЖАЈ

1. РЕЗИМЕ ИСТРАЖИВАЊА	7
<i>Најзначајнији резултати истраживања</i>	8
<i>Најзначајнији закључци истраживања</i>	10
<i>Најзначајније препоруке истраживања</i>	11
2. УВОД	13
3. ПРЕГЛЕД НАЈНОВИЈИХ СРОДНИХ ИСТРАЖИВАЊА	15
4. РЕЛЕВАНТНИ ПРОПИСИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ОСИГУРАЊА И ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА	19
5. РЕЛЕВАНТНИ ПОЈМОВИ	20
6. МЕТОДОЛОГИЈА	23
<i>Предмет, циљ и хипотезе истраживања</i>	23
<i>Узорак</i>	24
<i>Истраживачке технике и инструменти</i>	26
<i>Поступак прикупљања и анализе емпиријског материјала</i>	27
7. АНАЛИЗА	28
<i>Опште болнице на територији АП Војводине</i>	28
<i>Грађанке и грађани</i>	32
<i>Саветници за заштиту права пацијената</i>	60
8. РЕЗУЛТАТИ АНАЛИЗЕ	82
<i>Опште болнице на територији АП Војводине</i>	82
<i>Грађанке и грађани</i>	83
<i>Саветници за заштиту права пацијената</i>	89
<i>Заштитници права осигураних лица, Покрајински фонд за здравствено осигурање и окружне филијале РФЗО у АП Војводини</i>	94
9. ЗАКЉУЧЦИ	96
10. ПРИЛОЗИ	98
<i>Опис упитника примењених током истраживања</i>	98
<i>Преглед броја и профила доктора медицине-специјалиста запослених у општим болницама у АПВ</i>	100
<i>Заступљеност организационо-техничких проблема у вези са радом лекара специјалиста у општим болницама у АПВ у 2016. години у односу на специјалистичке профиле поменутих лекара</i>	101
<i>Карактеристични описни одговори испитаника у вези са околностима коришћења услуга установа здравствене заштите и приватне праксе</i>	102
<i>Табеларни приказ одговора испитаника који тврде да нису успели да закажу специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед у прописаном року у здравственим установама на територији АПВ</i>	104
11. ЛИТЕРАТУРА И ИЗВОРИ	108

Уставом Републике Србије зајемчено људско право сваког на заштиту свог физичког и психичког здравља непосредно се примењује на начин утврђен законом. Основним законима којима су прописана права у овој области и на основу чијих одредби се оно остварује уређује се систем здравствене заштите као организоване и свеобухватне делатности друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља, права из обавезног здравственог осигурања којим се запосленима и другим грађанима обухваћеним обавезним здравственим осигурањем обезбеђује право на здравствену заштиту и права пацијената приликом коришћења здравствене заштите.

Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите. Када не постоје услови да се медицинска мера пружи одмах, пацијент има право на заказивање прегледа, дијагностичких процедура, као и других медицинских мера и поступака у најкраћем могућем року.

Подзаконским општим актом разрађене су одредбе закона и ближе је уређен начин и поступак остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања. Наведена права на доступност здравствене заштите и поштовање пацијентовог времена конкретизована су кроз обавезу здравствене установе да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се код здравствене установе не може обавити одмах по јављању осигураног лица на преглед. Осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у овом року, здравствена установа је дужна да на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му изда писану потврду. Осигурано лице коме је на лекарском упуту уписан датум заказаног прегледа, односно издата потврда, може да обави потребан преглед у приватној пракси или у допунском раду код здравствене установе са којом је закључен уговор. Трошкове овог прегледа сноси осигурано лице из сопствених средстава, а после обављеног прегледа осигурано лице има право да поднесе матичној филијали Републичког фонда за здравствено осигурање захтев за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси, односно допунском раду код здравствене установе. Уколико матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова осигураном лицу у висини стварних трошкова уз умањење за износ партиципације ако осигурано лице има обавезу плаћања партиципације за пружену услугу.

Највећи број притужби грађана Покрајинском заштитнику грађана због повреде права на здравствену заштиту управо се односи на немогућност заказивања специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа, односно немогућност заказивања истих у прописаном року, те одбијање здравствених услова да на лекарском упуту упишу и печатом овере датум заказаног прегледа или да издају прописану писану потврду.

1. РЕЗИМЕ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини” бави се **доступношћу специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АП Војводине током 2016. године**. Будући да је истраживање спроведено средином 2017. године, повратна информација у појединим његовим сегментима односи се и на 2017. годину.

Циљ истраживања је да се **прикупе информације и подаци о могућности обављања поменутих специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа у општим болницама¹**, како би се извели закључци о њиховој доступности грађанкама и грађанима² **на територији АПВ, а надлежнима упутиле препоруке** за унапређење стања у предметној области.

Основно полазиште истраживања је да је грађанима током 2016. године било отежано остваривање права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у оквиру постојећег здравственог система у Републици Србији, у делу који се односи на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа (у даљем тексту: специјалистичких прегледа) за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АПВ.

Приликом обраде резултата, уз прописе у Републици Србији у области здравствене заштите и осигурања, референтни оквир за тумачење резултата представља и приступ здрављу Светске здравствене организације заснован на људским правима. Такав приступ заснован је на четири основна начела, од којих су за ово истраживање најрелевантнија два. Прво је доступност здравствене заштите, односно постојање (државног) здравственог система и довољног броја и обима услуга које он нуди. Друго је могућност да се ове услуге користе и односи се на могућност физичког приступа здравственим установама, постојање финансијских могућности коришћења њихових услуга и недискриминацију.

У онлајн истраживању путем упитника учествовало је 570 грађана, корисника услуга система здравствене заштите. Упитнике су попунили и Клинички центар Војводине и девет опшних болница на територији АПВ, као и десет саветника за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе у којима се ове установе налазе, од којих су потоњи учествовали и у посебној фокус групи.

Уз десет заштитника права осигураних лица у здравственим установама обухваћеним истраживањем, подаци о остваривању права грађана на накнаду трошкова обављања специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у приватној пракси затражени су и од Покрајинског фонда за

¹ Односи се и на Клинички центар Војводине као установу терцијарног нивоа здравствене заштите. Чланом 118. став 4 Закона о здравственој заштити прописано је да клинички центар у државној својини у чијем седишту не постоји општа болница за територију за коју је основан обавља и делатност опште болнице.

² Све речи и изрази у овом тексту које су у мушком роду односе се и на особе женског пола.

здравствено осигурање и седам окружних филијала Републичког фонда за здравствено осигурање на територији АПВ. Изузев три дописа, од којих у једном Дирекција Републичког фонда за здравствено осигурање упућује на извештај о раду заштитника права осигураних лица у 2016. години, до окончања истраживања, односно писања извештаја о њему, од заштитника права осигураних лица, као ни од окружних филијала, није добијена никаква друга повратна информација.

НАЈЗНАЧАЈНИЈИ РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Опште болнице, једнако као и грађани и саветници за заштиту права пацијената, слажу се у оцени да је највећи проблем у вези са обављањем специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа то што је број доктора медицине-специјалиста недовољан у односу на број захтева за прегледима.

Прикупљени подаци о томе да ли су током 2016. године опште болнице издавале прописане потврде о немогућности обављања специјалистичких прегледа за које није предвиђена листа чекања у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица са лекарским упутом, односно да ли су оверавале упуте од изабраног лекара са датумом прегледа заказаним у року дужем од 30 дана, доимају се као непотпуни, те стога и недовољно конклузивни. Међутим, мало је вероватно да за тиме није било више објективне потребе имајући у виду податке прикупљене од грађана и саветника за заштиту права пацијената, као и податке самих болница о недовољном броју доктора медицине-специјалиста и отежаним условима под којима се одвија њихов рад.

Грађани који су учествовали у истраживању тврде да погоршање њиховог здравственог стања, нарочито уколико је оно изненадно, озбиљно и/или трајно, знатно утиче на њихов квалитет живота. Близу половине њих своје здравствено стање оцењује као нарушено или лоше, те је стога приближно исти број њих у ситуацији да услуге система здравствене заштите користи више пута годишње. У случају грађана нарушеног или лошег здравственог стања, трошкови који произлазе из ове чињенице представљају значајну ставку у њиховом буџету, независно од тога што већина њих начелно ужива право на обавезно здравствено осигурање.

Када имају потребу за обављањем специјалистичког прегледа, приближно једнак број грађана предност даје државним здравственим установама и приватној пракси. За државне установе се углавном радије опредељују они који немају новца за плаћање услуга приватне праксе, чак и када знају да би им тај новац могао бити рефундиран. За приватну праксу грађани се радије одлучују у хитним случајевима, односно када им је време чекања на специјалистичке прегледе у здравственим установама неприхватљиво дуго, или им се заказивање прегледа чини сувише компликованим.

Близу три четвртине грађана тврди да су искусили то да здравствена установа није била у ситуацији да им закаже потребни специјалистички преглед у року од 30 дана од дана јављања са упутом изабраног лекара. Одговори испитаника односе се на сва три нивоа здравствене заштите, најчешће у периоду од 2010. до августа 2017. године и тичу се

превасходно општих болница на територији АПВ, Клиничког центра Војводине, Дома здравља „Нови Сад” и осталих војвођанских домова здравља. Судећи по одговорима грађана, заказивање свих специјалистичких прегледа је отежано, пропраћено дугим чекањем, а неретко и немогућношћу да се они обаве на начин који пацијентима обезбеђује правовремено, ефикасно и сврсисходно лечење или праћење здравственог стања. То је нарочито изражено у случајевима особа који прегледе морају да обаве одређеним редоследом и/или у одређеном року како би лекари специјалисти могли наставити са праћењем њиховог стања и, по потреби, даљим лечењем. Испитаници у том смислу најчешће помињу пацијенте са малигнитетом, хроничним обољењима, труднице и децу.

У општим болницама на територији АПВ грађани тврде да су највише проблема имали са заказивањем интернистичких преглед ултразвуком и прегледа кардиолога, као и свих специјалистичких прегледа начелно. Слично је стање и у Клиничком центру Војводине, док домови здравља на територији АП Војводине, укључујући и онај у Новом Саду, најчешће немају довољно капацитета да подмири потребе грађана за ултразвучним и другим радиолошким прегледима, као и прегледима гинеколога (којима такође у свом раду обављају ултразвучне прегледе), физијатара, офталмолога, ендокринолога и кардиолога.

На питање о томе да ли су, након што су сазнали да одређена установа није у могућности да им закаже преглед у прописаном року, тражили да им се о томе изда прописана потврда, две трећине грађана одговара одрично. Близу једне трећине њих такође тврди да нису знали да је таква могућност прописана, односно да на то имају право. Следе одговори који указују на бојазан пацијената од конфронтирања са лекарима, управом здравствених установа или медицинским особљем приликом настојања да остваре ово своје право, а која би касније могла да доведе до отежане могућности, односно немогућности заказивања и/или обављања потребних специјалистичких прегледа. Известан број испитаника, међутим, тврди да су тражили да им се овакве потврде издају. Међу њима су најбројнији они који тврде да су им у здравственој установи објаснили да је за конкретну врсте прегледа прописана листа чекања, те да се за те прегледе не примењује пропис који грађанима омогућава да их, под прописаним условима, обаве у приватној пракси, те да потом траже рефундацију од РФЗО. Приближно исти број је навео да у здравственим установама нису добили никакву додатну информацију, изузев оне да нису у могућности да им издају тражену потврду, док је **свега близу десет процената од оних који тврде да су затражили издавање потврде, односно оверавање одговарајућег пута од изабраног лекара, то право и остварило.** Из резултата истраживања стиче се утисак да здравствене установе у недовољној мери, односно на неадекватан начин врше функцију информисања пацијената на елементарном нивоу, а што се непосредно одражава на задовољство пацијената њиховим услугама.

Близу десетине укупног броја грађана тврди да потребне прегледе нису обавили јер немају новца да плате услуге приватне праксе. Из њихових описних одговора посредно се закључује да они индиковане прегледе нису уопште обавили јер би им налази који не би били прибављени у одређеном, краћем били потпуно бескорисни за правовремено, континуирано праћење њиховог здравственог стања, нарочито уколико је оно привремено измењено (нпр. у случају трудница), или у случају неког хроничног или тежег обољења (нпр. дијабетеса, астме, малигнитета). Упркос оваквој ситуацији, **свега око пет процената од укупног броја испитаника**

тврди да се за савет обратило саветницима за заштиту права пацијената или заштитницима права осигураних лица.

Највише грађана, али и опште болнице и саветници за заштиту права пацијената, указују на начелно лоше стање у систему здравствене заштите. По мишљењу грађана и саветника, систем заказивања прегледа не одговара потребама грађана за прегледима, уз недовољан број термина и дуго чекање на њих. Грађани у својим одговорима предлажу и да се систем здравствене заштите промени на такав начин да им нуди могућност да бирају да ли ће своје право на здравствену заштиту из обавезног осигурања остваривати у државним здравственим установама или приватној пракси. **Значајан број грађана исказује неповерење и подозрење у односу на систем здравствене заштите. Упркос томе, судећи по подацима од саветника за заштиту права пацијената, већина њих механизмима за заштиту права пацијената, односно осигураних лица нерадо подноси писмене пријаве у вези са немогућношћу обављања специјалистичко-консултативних или дијагностичких прегледа у прописаном року због раније већ помињаног страха од тога да ће се тиме на неки начин идентификовати пред здравственим установама, а што за последицу може имати отежан приступ потребним услугама здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања.**

НАЈЗНАЧАЈНИЈИ ЗАКЉУЧЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживањем је утврђено да је грађанима током 2016. године било отежано остваривање права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у оквиру постојећег система здравствене заштите у Републици Србији, у делу који се односи на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АПВ, а што потврђује његову основну хипотезу. Прикупљени подаци указују на то да је стање у поменутиим установама по истраживаном предмету било слично и током 2017. године.

Резултати истраживања се у великој мери подударују са резултатима других сродних истраживања, а који се односе на доступност услуга здравствене заштите и поштовање права пацијената. У односу на приступ истраживања, који се заснива на посматрању пружања услуга система здравствене заштите са становишта остваривања, заштите и унапређења људских права, а по узору на приступ Светске здравствене организације, резултати истраживања указују на то да је грађанима на територији АП Војводине ограничена могућност коришћења услуга постојећег система здравствене заштите, а што је у супротности са начелом доступности, која подразумева довољан број и обим услуга које он нуди. Резултати истраживања указују на то да је постојећи систем недовољно доступан не само у односу на предмет овог истраживања, него на свим њеним нивоима и без обзира на то да ли одређене услуге пружају здравствене установе или приватна пракса. Појединим рањивим друштвеним групама (женама, деци, старијим лицима, особама из сеоских средина, тешко оболелима) отежана је могућност коришћења услуга овог система, што је у супротности са другим и трећим начелом које заступа Светска здравствена организација. Коначно, резултати истраживања указују и на то да је, под постојећим условима, у здравственим установама које су предмет

овог истраживања, и квалитет њихових услуга, односно четврто начело које заговара Светска здравствена организација, у очима грађана такође доведен у питање.

НАЈЗНАЧАЈНИЈЕ ПРЕПОРУКЕ ИСТРАЖИВАЊА

Како би доследно извршавале своју законску дужност, здравствене установе треба да сачине одговарајуће писане процедуре којима се утврђује скуп радњи и поступака приликом заказивања прегледа, односно да допуне постојеће, тако да исте предвиђају:

- обавезу уписивања и овере печатом датума заказаног прегледа на лекарском упуту или издавања писане потврде осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом;
- давање писменог обавештења осигураном лицу да, након испуњења претходног корака, може да обави потребан преглед у приватној пракси или у допунском раду код здравствене установе са којом је закључен уговор, након чега би остварио право да матичној филијали организације за обавезно здравствено осигурање поднесе захтев за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси, односно допунском раду код здравствене установе, уз навођење законом прописаних услова и поступка;
- непосредно информисање осигураног лица да уколико сматра да му је ускраћено право на здравствену заштиту, или да му је поступком здравственог радника, односно здравственог сарадника, ускраћено неко од права из области здравствене заштите, има право да поднесе приговор здравственом раднику који руководи процесом рада или директору здравствене установе, односно саветнику за заштиту права пацијената, те да се пријавом такође може обратити заштитнику права осигураних лица и здравственој инспекцији.

Неопходно је обезбедити континуирану едукацију здравствених радника и сарадника, првенствено лица овлашћених за вођење евиденција заказивања прегледа, дијагностичких процедура и других медицинских мера и поступака које се воде за здравствене услуге за које не постоје услови да се пруже одмах, о правима и дужностима пацијената и здравствених установа, односно правима из обавезног здравственог осигурања и начину и поступку њиховог остваривања и заштите.

Институцију саветника за заштиту права пацијената потребно је додатно оснажити, пружајући им одговарајућу подршку која ће унапредити њихов рад по поднетим приговорима и давању информација и савета у вези са правима пацијената, и то: организовањем саветовања и кампања о питањима од значаја за остваривање права из области здравствене заштите у које ће саветници бити активно укључени, обезбеђивањем услова за међусобну размену искустава у раду, обавезним ангажовањем саветника у интерсекторском раду у овој области, омогућавањем њиховог благовременог упознавања са нормативним и функционалним

активностима носилаца и других учесника у систему здравствене заштите, растерећењем од других послова који обављају у јединицама локалне самоуправе.

Са садржином овог истраживања потребно је упознати све учеснике у здравственој заштити – здравствену службу, организацију за здравствено осигурање, органе, установе и организације Републике Србије, АП Војводине и јединица локалне самоуправе, али и остале актере друштвене бриге за јавно здравље, као што су средства јавног информисања, удружења грађана, стручна јавност и појединци, како би своја знања, вештине и активности адекватно усмерили на постизање ефикасније примене законом утврђеног права на информисање пацијента о здравственој служби и начину како да је користи, те на заштиту и унапређење поштовања начела јавности које се остварује правом осигураних лица на све врсте информација у вези са правима из обавезног здравственог осигурања и поступцима за остваривање тих права.

Сагласно наведеном, Покрајински заштитник грађана – омбудсман, као независан и самосталан орган АП Војводине који се стара о заштити и унапређењу људских права, доставиће резултате, закључке и препоруке овог истраживања надлежним покрајинским органима, установама и организацијама, како би истима послужили као смернице у њиховом даљем раду у вршењу овлашћења покрајине у области здравства, пре свега оних која се односе на праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе и предлагање и предузимање мера за њихово унапређење, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити, те пружање друштвене бриге за здравље и обезбеђивање мера за спровођење здравствене заштите од интереса за грађане.

2. УВОД

Истраживање Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана (у даљем тексту: Омбудсман) „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини” урађено је у складу са овлашћењем институције да „спроводи истраживања како би стекао увид у стање људских права, идентификовао проблеме и формулисао препоруке у циљу остваривања, заштите и унапређења људских права”³.

Обраћања грађана Омбудсману током протеклих неколико година⁴ указују на то да у систему здравствене заштите постоје проблеми у вези са заказивањем и обављањем специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања. Поменути проблеми проистичу из неколико околности, које се крећу од организације рада здравствених установа које су у ситуацији да најчешће пружају специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе, преко недоследне примене прописа од стране ових установа, па до непознавања прописа, сопствених права и дужности од стране грађана, као и начина, односно механизма остваривања и заштите сопствених права.

Право на здравствену заштиту је грађанима приоритетно због тога што им немогућност његовог остваривања, без обзира на разлог, може и буквално угрозити живот. Не изненађује стога да је јавност посебно осетљива на питања остваривања права у области здравствене заштите, много више него на остваривање права у неким другим сферама живота. Немогућност остваривања овог права код грађана најчешће изазива незадовољство, разочарање, резигнацију и љутњу, која је понекад и врло манифестна. У основи ових осећања лежи њихов страх за сопствену добробит. Због тога је важно да грађани буду упознати са својим правима, дужностима и обавезама у односу на постојећи систем здравствене заштите, али и са механизмима за остваривање њихових права у овој области.

Према Закону о правима пацијената⁵, у случају да не постоје услови да се медицинска мера пружи одмах, пацијент има право на заказивање прегледа, дијагностичких процедура, као и других медицинских мера и поступака у најкраћем могућем року. Сходно одредбама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, здравствена установа дужна је да најкасније у року од 30 дана од дана јављања пацијента у здравствену установу са одговарајућим лекарским упутом закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листа чекања. Осигураном лицу које не може у том року да буде примљено на заказани преглед, здравствена установа дужна је да на лекарском упуту упише датум заказаног прегледа и да га печатом овери или да му изда писану потврду. Та потврда мора да садржи писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију. Након тога, осигурано лице може да обави потребан преглед или рехабилитацију у приватној пракси или у допунском раду у здравственој установи

³ Члан 18 Покрајинске скупштинске одлуке о Покрајинском заштитнику грађана - омбудсману.

⁴ Видети релевантна истраживања Омбудсмана из 2011. и 2014. године наведена у литератури и изворима, као и прилог бр. 2.

⁵ Члан 29, став 1.

с којом је закључен уговор, а чије трошкове сноси из сопствених средстава. После обављеног прегледа, односно рехабилитације, осигурано лице има право да матичној филијали Републичког фонда за здравственог осигурање (у даљем тексту: РФЗО) поднесе захтев за рефундацију трошкова за здравствене услуге пружене у приватној пракси, односно допунском раду у здравственој установи. Захтев се подноси на прописаном обрасцу, уз који се прилаже одговарајућа документација⁶. Уколико матична филијала РФЗО у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, рефундираће трошкове осигураном лицу у висини стварних трошкова, уз умањење за износ партиципације уколико осигурано лице има обавезу плаћања партиципације за пружену услугу.

Грађани који сматрају да су им повређена права у области здравствене заштите, односно здравственог осигурања имају два специјализована механизма којима се могу обратити. Уколико сматрају да су им нека од права повређена поступањем здравствене установе, грађани имају могућност да се обрате надлежном саветнику за заштиту права пацијената у својој јединици локалне самоуправе, док грађани који желе да остваре своја права у области здравственог осигурања могу да се обрате надлежном заштитнику права осигураника.⁷ Институције заштитника грађана, односно омбудсмани на свим нивоима, упркос томе што се не баве искључиво заштитом права у области здравствене заштите, такође могу грађанима да укажу на најефикаснији начин остваривања и заштите њихових права.

Са становишта људских права, ефикасан и сврсисходан приступ здравственој заштити, а самим тим и степен могућности остваривања права грађана на здравствену заштиту, данас се сматра једним од основних показатеља друштвеног развоја, будући да је ово право у најнепосреднијој вези са квалитетом живота грађана. Међутим, уколико грађани систем здравствене заштите из било ког разлога доживљавају као тешко доступан, односно неприступачан или недовољно разумљив, поставља се питање колико је такав систем – почевши од прописа, преко организације рада, па до запослених у њему – ефикасан, сврсисходан и одржив.

Полазећи од овлашћења Омбудсмана, искуства у раду по притужбама грађана, као и на основу информација добијених од грађана током њихових усмених обраћања⁸ институцији, истраживање „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини” бави се доступношћу специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији Аутономне покрајине Војводине (у даљем тексту: АПВ) током 2016. године. Спровођењем овог истраживања од надлежних здравствених установа и органа управе, као и грађана, прикупиће се информације и подаци о могућности обављања поменутих специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа у општим болницама, како би се извели закључци о њиховој доступности грађанима на територији АПВ, а надлежнима упутиле препоруке за унапређење стања у предметној области.

⁶ За додатне појединости видети поглавље 4, „Рефундација /накнада / трошкова прегледа обављеног у приватној пракси”.

⁷ Исто, „Саветник за заштиту права пацијената” и „Заштитник права осигураних лица”.

⁸ Ситуација када се грађани Омбудсману обраћају усмено - лично или телефонским путем - распитујући се за своја права и/или тражећи савет у вези са тим како да их остваре или заштите.

3. ПРЕГЛЕД НАЈНОВИЈИХ СРОДНИХ ИСТРАЖИВАЊА

Извештај под називом „Истраживање здравља становника Републике Србије – 2013. година”⁹, наводи да је „лекара специјалисту [...] у периоду од годину дана пре тренутка испитивања посетило 40.1% становника Србије”¹⁰, док је у АПВ тај проценат 35,4%, као и да је у поменутом периоду

„услуге приватне праксе користило је 15.1% становника Србије[...] Ове услуге чешће су користили становници Београда, становници урбаних насеља, особе женског пола и особе највишег образовног профила.”¹¹

Здравствену заштиту током поменутог периода није добило 18.2% становника Србије иако је имало потребу за њом, а испитаници указују на то да је „потреба за здравственом заштитом најчешће [...] била неостварена у Војводини (22.6%)”.¹² Надаље,

„[...] дуго чекање на здравствену заштиту чешће представља проблем у поређењу са немогућношћу да се дође до здравствене заштите услед удаљености: 16.6% грађана Србије нису остварили потребе за здравственом заштитом услед предугог чекања на заказани преглед или посету, док је 5.7% грађана као проблем навело удаљеност или проблеме са превозом до места пружања здравствене заштите.[...] Једна од четири особе у Србији имала је потребу за здравственом заштитом у последњих годину дана коју није остварила услед финансијских препрека (24.8%).[...] Међу становницима Војводине, финансијски разлози чешће представљају препреку за долажење до медицинске здравствене заштите.”¹³

Извештај под називом „Европски индекс корисника здравствене заштите у 2016. години” (у даљем тексту: ЕИКЗЗ)¹⁴ садржи поређење здравствених система 35 европских држава са становишта доступности, приступачности и прилагођености здравствене заштите потребама њених корисника. Полазећи од искуствено засноване и истраживањима доказане чињенице да чекање на прегледе у здравству, са или без листа, поскупљује услуге целокупног система, један од закључака је и тај да је ниво учинка и квалитета услуга у здравственим системима

⁹ Најновије сродно истраживање доступно на веб страници Министарства здравља, објављено јула 2014. године у прелиминарној верзији.

¹⁰ Стр. 26 поменутог извештаја.

¹¹ Исто, стр. 27.

¹² Исто, стр. 29.

¹³ Исто.

¹⁴ Енгл. *Euro Health Consumer Index (EHCI)*. Од 2004. године до данас, британска фирма *Health Consumer Powerhouse Ltd.* овај извештај објављује сваке године како би увела и одржавала праксу отовореног, систематичног поређења резултата рада здравствених система као начина да се унапреди њихов учинак по питању оснаживања пацијената, односно корисника услуга здравствене заштите. По речима др Витениса Андриукайтиса /*Vytenis Andriukaitis*/, некадашњег литванског министра здравља, а од новембра 2014. године комесара ЕУ за заштиту пацијената и потрошача, „знамо да је ЕИКЗЗ данас у јавности водеће мерило учинка здравствених система у појединим државама. [...] Недавно смо схватили да је Европска комисија, након процене различитих метода и техника, установила да ЕИКЗЗ даје најтачније и најпоузданије поређење.” Извор: <http://www.healthpowerhouse.com/en/about-us/> (Приступљено 28. августа 2017.)

земаља на југу Европе исувише завистан од могућности корисника да здравствене услуге, уколико су недоступне у државним установама, користе у приватној пракси¹⁵.

Република Србија је ЕИКЗ3-ом први пут била обухваћена 2012. године, када је била на последњем месту. У 2016. години, Србија је учинила највећи појединачни помак у односу на 2015. годину и налазила се на 24. месту ранг-листе 35 здравствених система оцењиваних са аспекта њихове доступности, приступачности и прилагођености потребама корисника. Процењује се да је овакав резултат у највећој мери ефекат увођења заказивања прегледа код доктора медицине – специјалиста путем система ИЗИС¹⁶ по македонском моделу. Међутим, будући да је Република Србија већа од Македоније, овај систем током 2016. године, сматра аутор извештаја, још није показао свој пуни капацитет и предности. Упркос томе што постоје назнаке да је степен корупције у здравству Србије смањен, помак у поменутој области још увек је недовољан да би се овај показатељ квалитета здравственог система оценио вишом оценом¹⁷. Док се са аспекта доступности здравствене заштите нашао у групи земаља са средњим степеном учинка, са становишта резултата пружених здравствених услуга Република Србија се 2016. године налазила међу земљама са ниским степеном учинка¹⁸.

Истраживање „Ја у центру пажње – Ставови грађана о задовољству јавним услугама у примарној здравственој заштити“, спроведено у децембру 2016. године, усмерено је на задовољство грађана услугама здравствене заштите у Републици Србији на примарном нивоу, а његов општи закључак је да задовољство грађана услугама домова здравља преовлађује над незадовољством.

Упркос томе што већина грађана користи пре свега услуге државних домова здравља и што је њихово мишљење о њиховој ефикасности подељено, 33% испитаника има негативно мишљење о систему јавне здравствене заштите. Задовољство грађана ефикасношћу здравствене заштите расте са нивоом на ком се она пружа. Тако по 40% грађана има позитиван став према здравственој заштити на примарном и секундарном нивоу, док задовољство услугама терцијарног нивоа система здравствене заштите исказује њих 57%.

По питању злоупотреба у систему јавне здравствене заштите, 31% грађана сматра да се она најчешће манифестује у виду корупције. Дискриминацију (по било ком основу) као злоупотребу у здравственом систему перципира 16% грађана, док је њих 15% види и у непоштовању људског достојанства, угледа и части пацијената. Преко половине испитаника (52%) сматра да су за брзо и ефикасно добијање услуга здравствене заштите на примарном нивоу неопходне везе, неформална плаћања и поклони. Као друштвене групе које најтеже остварују право на здравствену заштиту испитаници препознају сиромашне (41%), незапослене (33%) и Роме (30%), док су као они који лакше остварују ово право перципиране особе са инвалидитетом, труднице, политичари, рођаци и пријатељи запослених.

¹⁵ Björnberg 2017: 7.

¹⁶ Скрећно од „интегрисани здравствени информациони систем“, а који је прописан чланом 74 Закона о здравственој заштити.

¹⁷ Исто, стр. 16.

¹⁸ Исто, стр. 40 и 36.

Више од половине испитаника (58%) сматра да нису или да су минимално информисани о правима пацијената, а нешто мањи број њих (51%) тврди да не зна коме треба да се обрати уколико сматра да су му некако од ових права ускраћена. Скоро половина њих (преко 40%) сматра да грађане о овим правима треба да информишу лекари, а потом и медији. Мање од трећине њих сматра да то треба да чине медицински техничари, а око четвртина њих сматра да то треба да чини „заштитник права пацијената“¹⁹.

Истраживање „Могући правци повећања ефикасности здравственог система у Републици Србији“ из 2016. године, засновано је на упоредној процени ефикасности јавних и приватних здравствених установа и спроведено је са циљем да пружи увид у тренутну ситуацију у здравственом систему у Републици Србији, да предложи смернице за наредне кораке усмерене ка повећању степена ефикасности, квалитета и одрживости овог система, као и да се грађанима обезбеди „континуирана и једнако доступна здравствена заштита“²⁰.

Један од проблема идентификованих овим истраживањем су „дуге листе чекања за поједине процедуре и лош проток информација о пацијентима међу здравственим установама“²¹. Како се наводи у овом истраживању,

„постојање великог броја пацијената који чекају терапије које превазилазе клинички прихватљиво време има озбиљне последице не само на појединце (повећање патње, смањење успеха терапије, компликованије терапије) већ и на друштво (скупље коришћење ресурса, више одсуствовања итд). Такође, постоји недостатак, а у вечини случајева и потпуно непостојање координације између приватног и јавног система због коришћења различитих система, процедура и стандарда.

Приступ здравственој заштити се тренутно спроводи на нерегулисан начин а интеграција на различитим нивоима здравствене заштите не постоји. Грађани немају прилику да учествују у самом процесу. Систем мора да се развије у ефикаснији, где је пацијент у центру пажње. Неопходан је централни систем који спаја раздвојене нивое здравствене заштите.“²²

Надаље, могућности које су у оквиру здравственог система у Републици Србији доступне пацијентима и „вредност коју они добијају, као и ефикасности у смислу здравствених добитака, нису на задовољавајућем нивоу“²³, првенствено услед финансијске неефикасности и неодрживости постојећег система. Међу проблеме спада и то што је квалитет пружених услуга

¹⁹ Стр. 7 поменутог истраживања. Претпоставља се да се ради о данашњим саветницима за заштиту права пацијената, који су са радом почели 30. новембра 2013. године, а чију функцију су од 2005. године до тада, по основу Закона о здравственој заштити, вршили заштитници пацијентових права.

²⁰ Стр. бпоменутог истраживања.

²¹ Исто, стр. 126.

²² Исто.

²³ Исто, стр. 7.

између приватних и јавних здравствених установа „неравномеран”²⁴, а опција ко-финансирања здравствених услуга аутсорсованих²⁵ у приватни сектор не постоји. Напоследку,

„укључивање приватног сектора је на веома ниском нивоу и могуће користи од већег учешћа приватних пружалаца здравствених услуга нису искоришћене.[...] Приватни здравствени сектор у Србији још увек није на задовољавајућем нивоу развоја, јер се већина услуга, посебно на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, и даље претежно пружа у установама јавног карактера.”²⁶

Најрелевантније препоруке поменутог истраживања су то да је потребно веће укључивање приватних пружалаца здравствених услуга у оквиру здравственог система у Републици Србији, да пацијентима треба омогућити да имају изабраног лекара из приватне праксе, као и да се

„развије и модел учешћа у трошковима у коме би пацијенти који су за то заинтересовани сносили разлику у цени између цене у приватним здравственим установама и износа трошкова које покрива РФЗО”.²⁷

²⁴ Исто, стр. 8.

²⁵ Енгл. *outsourcing* - Поступак приликом ког се, услед недовољних капацитета вршиоца одређених услуга, њихово вршење уступа страни која има одговарајућих капацитета за то, а која их може вршити бесплатно или уз одређену накнаду.

²⁶ Стр. 8 поменутог истраживања.

²⁷ Исто.

4. РЕЛЕВАНТНИ ПРОПИСИ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ У ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ОСИГУРАЊА И ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

- **Закон о здравственој заштити** ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009 - други закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - други закон), 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017 - други закон);
- **Закон о здравственом осигурању** ("Службени гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012 (Одлука Уставног суда), 119/2012, 55/2013 (Решење Уставног суда), 99/2014, 123/2014 (Одлука Уставног суда), 106/2015, 10/2016);
- **Закон о правима пацијената** ("Службени гласник РС", бр. 45/2013);
- **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 - одлука УС, 1/2013, 108/2017);
- **Правилник о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената** ("Службени гласник РС", бр. 71/2013, 40/2014);
- **Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање** ("Службени гласник РС", бр. 68/2013)

5. РЕЛЕВАНТНИ ПОЈМОВИ

У овом поглављу дат је преглед кључних појмова релевантних за разумевање приступа овом истраживању, његовог предмета и циља, као и примењене методологије описане у следећем поглављу. Дефиниције појмова формулисане су на основу прописа наведених у претходном поглављу.

Здравствена заштита – Организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице, која обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију.

Право на здравствену заштиту – Грађанин Републике Србије, као и друго лице које има пребивалиште или боравиште у Републици, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине.

Здравствена служба – Здравствена служба обавља здравствену делатност којом се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се, у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља људи. Здравствену службу у Републици чине здравствене установе и приватна пракса, који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници, односно здравствени сарадници, који обављају здравствену делатност, у складу са законом.

Специјалистичко-консултативна здравствена заштита – Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује код најближе здравствене установе на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара. Здравствена установа која обавља здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу може да заказује специјалистичко-консултативне и дијагностичке прегледе. Специјалистичко-консултативна делатност на секундарном нивоу у односу на здравствену делатност на примарном нивоу обухвата сложеније мере и поступке откривања болести и повреда као и лечења и рехабилитације болесних и повређених.

Заказивање специјалистичко-консултативних прегледа – Здравствена установа са којом је матична филијала закључила уговор, дужна је да закаже специјалистичко-консултативни и дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања, најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан и ако се код здравствене установе не може обавити одмах по јављању осигураног лица на преглед. О заказаним прегледима здравствена установа води књигу заказивања са личним подацима и термином у коме осигурано лице треба да се јави на заказани преглед.

Коришћење здравствене заштите у приватној пракси и допунском раду код здравствене установе – Осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом, здравствена установа је дужна да на лекарском упуту упише и печатом овери датум заказаног прегледа или да му изда писану потврду (Образац-ПЗ). Потврда садржи писмену информацију здравствене установе о разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед, односно медицинску рехабилитацију. Потврду потписује директор здравствене установе, односно лице које он овласти. Здравствена установа води евиденцију о издатим потврдама. Осигурано лице коме је на лекарском упуту уписан датум заказаног прегледа, односно издата потврда, може да обави потребан преглед или медицинску рехабилитацију у приватној пракси или у допунском раду код здравствене установе са којом је закључен уговор. Трошкове прегледа сноси осигурано лице из сопствених средстава.

Рефундација трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси – После обављеног прегледа, односно медицинске рехабилитације, осигурано лице има право да поднесе матичној филијали захтев за рефундацију трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси, односно допунском раду код здравствене установе. Захтев се подноси на „Обрасцу РЕФ-1“. Уз захтев за рефундацију трошкова, осигурано лице подноси: упут за преглед код здравствене установе са евидентираним датумом заказивања прегледа или упут за преглед у здравственој установи са потврдом; рачун о плаћеном прегледу; медицинску документацију (специјалистички налаз и др.); фотокопију здравствене књижице. Уколико матична филијала у спроведеном поступку утврди да је захтев основан, извршиће рефундацију трошкова осигураном лицу у висини стварних трошкова уз умањење за износ партиципације ако осигурано лице има обавезу плаћања партиципације за пружену услугу.

Листа чекања – За одређене врсте здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и које нису хитне, може се утврдити редослед коришћења, у зависности од медицинских индикација и здравственог стања осигураног лица, као и датума јављања здравственој установи, с тим да време чекања не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица. Листе чекања утврђује се за: 1) преглед методом компјутеризоване томографије (ЦТ) и методом магнетне резонанције (МР); 2) дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца; 3) реваскуларизацију миокарда; 4) уградњу трајног вештачког водича срца (ТВЕС) и кардиовертер дефибрилатора (ИЦД); 5) инплантацију вештачких валвула; 6) уграђивање графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт протеза; 7) уградњу ендопротеза кука и колена; 8) инструменталну сегменталну корекцију деформација кичменог стуба код деце; 9) операцију катаракте; 10) уградњу интраокуларног сочива.

Саветник за заштиту права пацијената – Заштиту права пацијената обезбеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената. Саветник пацијената обавља послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези са правима пацијената.

Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО) – Правно лице са статусом организације за обавезно социјално осигурање у којем се остварују права из обавезног здравственог

осигурања и обезбеђују средства за обавезно здравствено осигурање, у складу са законом. Ради обезбеђивања и спровођења здравственог осигурања на територији Републике образују се филијале и Покрајински фонд. Филијала има организационе јединице, које су организоване тако да омогуће доступну службу осигураним лицима на подручју Републике.

Заштитник права осигураних лица – Заштиту права осигураног лица пружа организација здравственог осигурања код које је то лице здравствено осигурано на начин да се осигураном лицу омогући доступност заштитника права осигураних лица која се обезбеђује организовањем рада заштитника права осигураних лица у просторијама даваоца здравствених услуга. Осигурано лице које сматра да му је ускраћено или повређено право из здравственог осигурања, односно његов законски заступник подноси заштитнику права осигураних лица пријаву о повреди права из здравственог осигурања писмено или усмено на записник.

6. МЕТОДОЛОГИЈА

Методологија истраживања „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини” је комбинована, заснована на неколико истраживачких метода и техника (наведених у тачци 6.3. у наставку) намењених прикупљању емпиријског материјала.

Приликом анализе прикупљених података и информација, уз прописе наведене у четвртном поглављу, референтни оквир за тумачење њених резултата представља и приступ здрављу Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО) заснован на људским правима²⁸, као организације Уједињених нација која се на глобалном нивоу бави унапређењем здравља становништва и приступа услугама здравствене заштите. СЗО се у свом приступу праву на здравље позива и на Општи коментар број 14 Комитета за праћење примене Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима, а који, између осталог, наводи да одговарајуће уживање овог људског права подразумева и благовремену и одговарајућу здравствену заштиту. Такав приступ заснован је на четири основна начела. Прво је доступност здравствене заштите (енгл. *availability*), односно постојање (државног) здравственог система и довољног броја и обима услуга које он нуди. Друго је могућност да се ове услуге користе (енгл. *accessibility*) и односи се на физички приступ, постојање финансијских могућности коришћења здравствених услуга и недискриминацију. Треће је прихватљивост, (енгл. *acceptability*), у смислу етичке заснованости и прилагођености начина на који се здравствене услуге нуде и врше у оквиру културолошких образаца одређеног друштва, приликом чега је посебну пажњу потребно обратити на узрасну и полну структуру становништва. Четврто начело је квалитет (енгл. *quality*), односно савремености и научна заснованост поступања према корисницима здравствених услуга. За методолошки приступ овом истраживању најрелевантнија су прва два поменута начела²⁹.

ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Предмет истраживања „Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини” је доступност специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АПВ.

Циљ истраживања је да се од надлежних здравствених установа и органа управе, као и грађана, прикупе информације и подаци о могућности обављања поменутих специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа у општим болницама, како би се извели закључци о њиховој доступности грађанима на територији АПВ, односно надлежнима упутиле препоруке за унапређење стања у предметној области.

²⁸ Енгл. HRBA - Human Rights-Based Approach (to Health). Извор наведен у литератури.

²⁹ Поменута начела су, иако другачије формулисана, садржана и у одредбама Закона о здравственој заштити (чл. 19-24), као и у Закону о правима пацијената (нарочито чл. 6, 8, 9, 10, 12, 14, 29 и 30). Детаљи у вези са происима Републике Србије у области здравствене заштите наведени су у тачци 4.

Основна хипотеза (X_0) је да је грађанима током 2016. године било отежано остваривање права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у оквиру постојећег система здравствене заштите у Републици Србији, у делу који се односи на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АПВ.

Остваривање права грађана на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања отежано је услед тога што:

- опште болнице на територији АПВ нису у могућности да свим грађанима који имају важећи лекарски упут за обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања омогуће да ове прегледе обаве најкасније у року од 30 дана (X_1),
- у случају да нису у могућности да закажу специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања најкасније у року од 30 дана, опште болнице на територији АПВ грађанима издају прописану потврду, односно оверавају им важеће лекарске упуте на прописани начин како би они могли своје право на поменути преглед да остваре у приватној пракси (X_2),
- грађани не остварују своје право на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у приватној пракси због тога што не знају да имају право на то, односно нису у довољној мери упознати са тим да имају право на рефундацију трошкова поменутих прегледа у приватној пракси, нити са поступком путем ког се оно остварује (X_3),
- грађани не остварују своје право на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у приватној пракси из других (објективних или субјективних) разлога (X_4).

Природа предмета истраживања и његов циљ условљава то да ће се резултати истраживања односити на одређене појаве наведене у хипотезама, а које указују на постојеће трендове у предметној области, пре него ли на ставове испитаника о њима.

УЗОРАК

Узорком истраживања обухваћене су следеће циљне групе, односно установе, органи управе и појединци:

- **10** **установа** секундарне и терцијарне **здравствене заштите чији је оснивач АПВ (Клинички центар Војводине /у даљем тексту: КЦВ/ и девет општинских болница** на територији АПВ – у Врбасу, Вршцу, Зрењанину, Кикинди, Панчеву, Сенти, Сомбору, Сремској Митровици и Суботици),

- **570 грађана**, корисника услуга система здравствене заштите³⁰,
- **10 саветника за заштиту права пацијената** у јединицама локалне самоуправе у којима постоје установе секундарне и терцијарне здравствене заштите чији је оснивач АПВ,
- 10 заштитника права осигураних лица у поменутиим установама,
- **Покрајински фонд за здравствено осигурање и седам окружних филијала РФЗО** на територији АПВ.

Узорак циљних група које представљају неку институцију (здравствену установу или орган управе) је намерни. Због објективних ограничења по питању спровођења овог истраживања³¹, као и због специфичности циљне групе, у случају корисника услуга система здравствене заштите примењено је пригодно, експоненцијално, недискриминативно узорковање по методу „грудве снега“³².

Приликом одређивања узорка, избора инструмената и истраживачких техника, као и осмишљавања поступка прикупљања и анализе емпиријског материјала имало се у виду то да ће, због природе предмета истраживања, његови резултати указивати на одређене појаве и трендове у предметној области. Због тога, а на основу досадашњег искуства Омбудсмана у спровођењу истраживања, у обзир су узете и следеће околности:

- да је здравље појединаца лична ствар, те да се грађани стога врло нерадо изјашњавају о овој теми, нарочито уколико су имали нека негативна искуства у вези са могућношћу остваривања права на коришћење услуга здравствене заштите,
- уколико своја права треба да остваре институционалним путем, односно према прописаном поступку у некој установи или пред неким органом управе, грађани исказују извесни степен подозрења и/или неповерења према поменутиим институцијама. Овакав њихов став, у комбинацији са недовољним познавањем сопствених права и начина да се она остваре и заштите, разлог је зашто грађани или избегавају да користе услуге у оквиру постојећег система институција, или покушавају да пронађу алтернативне, за њих из било ког разлога прихватљивије, начине да своја права остваре у оквиру поменутог система,
- да су институти саветника за заштиту права пацијената и заштитника права осигураних лица релативно нови у оквиру здравственог, односно система институционалне заштите права грађана. Упркос томе што су специјализовани за области којима се баве, они у досадашњим сродним истраживањима, па чак и у очима грађана, нису у

³⁰ Изузев због предмета и циља истраживања, ова циљна група важна је и због тога што грађани, као поједници, нису били обухваћени ниједним досадашњим истраживањем Омбудсмана. Општи подаци о испитаницима (узраст, пол и место становања) наведени су у тачци 7.3.2.1. у наставку, док су подаци о њиховом социоекономском статусу обрађени у тачци 7.3.2.2.

³¹ Ограничених људских и материјалних ресурса.

³² Енгл. *snowballsampling*. Овај метод погодан је због тога што омогућава потпуну анонимност и приступ тзв. „скривеним“ испитаницима, који нерадо или ретко износе своје ставове, веома рентабилан поступак прикупљања података, спровођење истраживања у кратком року и изузетно је погодан уколико се подаци и информације прикупљају онлајн, односно електронским или путем интернета. Извор наведен у литератури.

довољној мери препознати као сегмент система здравствене заштите значајан за остваривање њихових права,

- да поједине установе и органи управе, судећи по досадашњем искуству Омбудсмана, нерадо учествују у спровођењу истраживања ове институције, односно да на захтеве за достављање података одговарају са закашњењем, делимично, површно, или уопште не одговарају.

Технике и инструменти примењени током истраживања, као и поступак прикупљања и анализе емпиријског материјала, описани су у наставку.

ИСТРАЖИВАЧКЕ ТЕХНИКЕ И ИНСТРУМЕНТИ

Преглед релевантне литературе и извора (енгл. *desk research*) примењен је првенствено на прописе Републике Србије у области здравствене заштите и осигурања, као и на друге правне акте, односно публикације и документе наведене у литератури и изворима. Ова техника примењивана је током припреме истраживања.

Упитник је био основни инструмент путем ког је прикупљан анализирани емпиријски материјал. Запотребе овог истраживања сачињено је укупно пет различитих упитника, за сваку циљну групу у оквиру истраживачког узорка по један. Опис садржаја, формалних карактеристика, начина дистрибуције, попуњавања и прикупљања упитника дат је у прилогу број 1.

Фокус група као техника прикупљања емпиријског материјала примењена је како би се од саветника за заштиту права пацијената прибавиле додатне информације о томе у коликој мери, на који начин и у вези са којим аспектима остваривања права на здравствену заштиту из обавезног осигурања им се грађани обраћају. Уз валидацију података и информација прикупљених применом претходне две истраживачке технике, нарочито од грађана као највећег дела истраживачког узорка, непосредни разговор са саветницима за заштиту права пацијената омогућио је стицање додатног увида у то са каквим ситуацијама и проблемима се опште болнице на територији АПВ суочавају, а у вези са заказивањем специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања.

Анализа садржаја примењена је приликом обраде квалитативних (описних) информација прикупљених путем упитника и фокус групе, нарочито у случајевима када се информације нису могле нумерички кодирати, односно квантификовати. Приликом извођења закључака и формулисања препорука, анализа садржаја резултата истраживања примењена је уз критички приступ, првенствено у односу на прописе Републике Србије у области здравствене заштите и осигурања и поступање здравствених установа које су део корпуса овог истраживања.

Елементи **студије случаја** примењени су приликом анализе искуства грађанке из Новог Сада, која је због немогућности заказивања специјалистичко-консултативног прегледа, неадекватног одговора надлежне филијале РФЗО и недоступности заштитника права осигураних лица,

поднела притужбу Покрајинском заштитнику грађана – омбудсману, а по којој је касније поступио и Заштитник грађана Републике Србије (тачка 7.3.5.).

ПОСТУПАК ПРИКУПЉАЊА И АНАЛИЗЕ ЕМПИРИЈСКОГ МАТЕРИЈАЛА

Истраживање је спроведено на територији АПВ³³ у периоду од 1. јуна до 20. августа 2017. године, док се прикупљени емпиријски материјал односи на 2016. годину, изузев у случају грађана, чији се одговори у појединим тачкама односе и на дужи временски период, најчешће од 2012. до 20. августа 2017. године (видети тачку 7.3.2.5.).

Након стицања увида у релевантне одредбе прописа Републике Србије у области здравствене заштите и осигурања и других правних аката, као и прегледа публикација и докумената наведених у литератури и изворима, изабрани су истраживачки методи и технике и састављени су упитници путем којих је прикупљен највећи део емпиријског материјала.

Потом су уследиле дистрибуција и прикупљање упитника, односно података и информација, на начин описан у прилогу број 1. Изузев путем информације на веб страници Омбудсмана и друштвеним мрежама институције, медији и јавност су о спровођењу истраживања, односно могућностима попуњавања упитника намењеног грађанима информисани путем неколико прилога, односно гостовања покрајинског заштитника грађана – омбудсмана у медијима³⁴. Сарадња приликом дистрибуције упитника грађанима и њиховог прикупљања остварена је и са члановима Удружења локалних омбудсмана Србије на територији АПВ.

За потребе обраде прикупљеног емпиријског материјала су у међувремену, на основу упитника, израђени и одговарајући кодни листови, односно матрице у *MS Excel* formatu у које су касније унесени прикупљени подаци и информације. Подаци генерисани путем поменутих кодних листова били су основа првенствено за квантитативну (нумеричку) обраду емпиријског материјала.

Квалитативна (описна) обрада емпиријског материјала, као и тумачење резултата истраживања вршено је превасходно у односу на релевантне прописе, као и другу литературу и изворе. У случају дескриптивних одговора на питања у упитницима, а који се нису могли квантификовати, јединицу анализе садржаја чинио је исказ.

Закључци истраживања формулисани су у односу на резултате анализе, хипотезе, налазе новијим истраживања и релевантни правни оквир у области здравствене заштите у Републици Србији, док су препоруке формулисане у односу на начела доступности и могућности коришћења услуга система здравствене заштите која су одредила и целокупни приступ истраживању, а која су садржана и у његовом предмету и циљу.

³³ У складу са овлашћењем Омбудсмана из члана 15 Покрајинске скупштинске одлуке о Покрајинском заштитнику грађана - омбудсману.

³⁴ 12. јуна на Првом програму радија и ТВ Војводина, 15. јуна на ТВ Канал 9 и 6. јула на Првом програму ТВ Војводина.

7. АНАЛИЗА

ОПШТЕ БОЛНИЦЕ НА ТЕРИТОРИЈИ АП ВОЈВОДИНЕ

Попуњене упитнике за опште болнице на територији АПВ доставило је свих девет опшних болница и КЦВ. Седам упитника попунили су помоћници директора установа, док су директор установе, начелник одељења или главна сестра упитник попунили у по једном случају.

Детаљан преглед броја и профила доктора медицине-специјалиста (у даљем тексту: лекара специјалиста) запослених у здравственим установама обухваћеним овим истраживањем у време његовог спровођења дат је у прилогу 2. Од укупно 1358 лекара специјалиста запослених у општим болницама у АПВ, највише је хирурга и гинеколога (по 110; 8,1%), анестезиолога (106; 7,8%) и радиолога (103; 7,6%), потом педијатара (83; 6,1%), (неуро)психијатара (81; 6%), као и неуролога (65; 4,8%), ортопеда (64; 4,7%), уролога и специјалиста за ухо, грло и нос (по 54; 4%) и офталмолога (52; 3,8%). Број гастроентеролога, пулмолога, дерматолога, интерниста, инфектолога и ендокринолога креће се у распону од 29-36 лекара (2,1-2,7%).

Највећи број лекара специјалиста у општим болницама (1321; 97,3%) је у радном односу на неодређено време, док је њих 11 запослено на одређено време, а њих 27 хонорарно. Осам од девет опшних болница и КЦВ наводе да је у њима радно ангажовано укупно 1327 лекара специјалиста који су завршили специјализацију³⁵. На специјализацији у свих девет војвођанских опшних болница и КЦВ налази се укупно 300 лекара.

Од опшних болница и КЦВ затражено је да на бројчаној скали³⁶ оцене заступљеност следећих организационо-техничких проблема у вези са радом лекара специјалиста (табела 1):

³⁵ Једна болница није навела овај податак у упитнику. Овај број подудара се са укупним бројем запослених у општим болницама у АПВ наведеним у претходном питању када му се дода број од укупно 31 лекара специјалисте запосленог у њима, а за које нису наведени њихови специјалистички профили (прилог 2).

³⁶ Од 1 до 5, при чему су значења оцена, односно бодова следећа: 5 = стално су заступљени; 4 = врло често су заступљени; 3 = често су заступљени; 2 = ретко су заступљени; 1 = нису заступљени. У упитнику је, уз шест најчешћих проблема наведених у табели 1, понуђен списак од укупно 20 профила лекара специјалиста, уз могућност уписивања и оцењивања и неких других профила који нису понуђени упитником. Понуђени распон бодова на скалиу сваком упитнику креће се од 0-100 по проблему (20 профила x макс. 5 бодова), а у случају да су опште болнице навеле и додатне профиле лекара специјалиста овај збир би могао бити и (знатно) виши од 100. Оваквом отвореном формом питања, односно бодовне скале испитаницима је омогућено навођење детаљних података у односу на све профиле лекара специјалиста заступљене у њиховим здравственим установама.

табела 1. Заступљеност организационо-техничких проблема у вези са радом лекара специјалиста у општим болницама у АПВ у 2016. години

Р.Б.	Општа болница / КЦВ	Проблем 1: Број лекара је недовољан у односу на број захтева за прегледима	Проблем 2: Немамо одговарајућу опрему за извођење прегледа / интервенција	Проблем 3: Немамо других средстава (нпр. санитетског материјала, реагенсе, итд) за извођење прегледа / интервенција	Проблем 4: Ограничени смо физички (нпр. неусловне, мале просторије, недовољан број ординација, мале болесничке собе, итд)	Проблем 5: Немамо довољно здравствених сарадника	Проблем 6: Немамо довољно других здравствених радника који обезбеђују несметан рад лекарима	Укупно:
1.	Врбас	77	34	15	29	22	42	219
2.	Вршац	25	20	5	5	75	75	205
3.	Зрењанин	70	68	56	43	45	50	332
4.	Кикинда	64	65	25	25	25	121	325
5.	Нови Сад	65	53	42	37	54	46	297
6.	Панчево	56	46	22	38	19	41	222
7.	Сента	86	76	40	64	23	76	365
8.	Сомбор	63	54	28	43	67	44	299
9.	Ср. Митровица	32	21	21	21	21	21	137
10.	Суботица	54	48	46	53	32	45	278
Укупно:		592	485	300	358	383	561	2679

Судећи према самопроцени постојећих проблема у општим болницама у АПВ од стране самих ових установа, најзаступљенији проблем у 2016. години био је недовољан број лекара специјалиста у односу на број захтева за прегледима. На овај проблем као примарни указују подаци из шест од девет опшних болница и КЦВ. Следећи проблеми са којим се ове установе најчешће сусрећу је недовољан број других здравствених радника и особља које обезбеђује несметан рад лекарима, као и непоседовање, нефункционисање одговарајуће опреме за извођење прегледа и интервенција. Следе недовољан број здравствених сарадника и физичка ограничења за рад (нпр. неусловне, мале просторије, недовољан број ординација, мале болесничке собе, итд), док се недостатак других средстава (нпр. санитетског материјала, реагенсе, итд) за извођење прегледа и интервенција сматра најмањим проблемом опшних болница у односу на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа од стране лекара специјалиста.

Поменута бројчана скала општим болницама и КЦВ омогућила је да оцене и заступљеност поменутих организационо-техничких проблема у вези са радом лекара специјалиста и у односу на специјалистичке профиле ових лекара. Потпуни или делимични одговори на ово питање обухватају укупно 29 различитих профила лекара специјалиста (прилог 3).

Проблем недовољног броја лекара специјалиста у односу на број захтева за прегледима које они обављају најизраженији је у односу на кардиологе, офталмологе, хирурге, ортопеди,

радиологе, а потом и онкологе, физијатре, васкуларне хирурге и оториноларингологе, као и ендокринологе, гастроентерологе и урологе.

Непоседовање одговарајуће опреме за извођење прегледа и интервенција највећи је проблем у раду гастроентеролога, офталмолога, гинеколога, радиолога и ортопеда. У вези са овим проблемом КЦВ наводи следеће:

„[...] у већини случајева није проблем само одговарајућа опрема, него је у многим случајевима опрема одговарајућа, али је потребна обнова исте, или је проблем што је потребно много више апарата, или уређаја, или је проблем у немогућности адекватног и правовременог сервисирања опреме.“

Недостатак других средстава (нпр. санитетског материјала, реагенсе, итд) за извођење прегледа и интервенција најзаступљенији је у раду хирурга, ортопеда, оториноларинголога, васкуларних хирурга, радиолога, стоматолога, као и хематолога, уролога и гастроентеролога.

Ограничени физички услови за рад лекара специјалиста (попут неусловних, малих просторија, недовољног броја ординација, малих болесничких соба, итд) највише отежава на рад радиолога, (неуро)психијатара, неуролога, гастроентеролога и ендокринолога, као и уролога и физијатара.

Недовољан број здравствених сарадника као највећи проблем препознат је у раду оториноларинголога и ортопеда, хирурга, физијатара и гастроентеролога, као и кардиолога, уролога и радиолога.

Недовољан број других здравствених радника који обезбеђују несметани рад лекарима највише се одражава на рад ортопеда и физијатара, ендокринолога, офталмолога, уролога, оториноларинголога и гастроентеролога, као и кардиолога и радиолога.

Кумулативни резултати добијени сабирањем бодова по профилима лекара специјалиста указују на то да поменути проблеми у највећој мери отежавају рад ортопеда (154 од могућих 300 бодова), гастроентеролога (151), офталмолога (149), радиолога (147), хирурга (143), оториноларинголога (140), уролога и физијатара (139), кардиолога (136) и ендокринолога (134). Потом следе гинеколози (127), неуролози (125), васкуларни хирурзи (121), (неуро)психијатри (120) и онколози (119).

Један од описних одговора уз ово питање сажима проблеме са којима се сусреће већина општих болница у АПВ:

„Општој болници[име јединице локалне самоуправе] недостаје свих профила кадрова: 13 лекара (интерниста, кардиолога, гастроентеролога, ендокринолога, онколога, нефролога, хирурга, ортопеда, уролога, физијатара, офталмолога, гинеколога, неуролога, психијатара), затим недостаје 23 медицинске сестре и техничара и 22 немедицинска радника. Недостаје нам око 15% запослених у односу на нормативе. [Ова] општа болница нема ЦТ скенер без којег је тешко спровести потпуну дијагностику, а постојећа опрема је већином стара и отписана. Многе службе раде у скученим просторијама, неопходна је адаптација и проширивање.“

На питање и томе да ли је током 2016. године установа издавала писане потврде (тј. потврде на прописаном обрасцу) о томе да не може осигураницима да пружи здравствену услугу специјалистичко-консултативног или дијагностичког прегледа у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом, пет општих болница и КЦВ тврде да нису издавали овакве потврде. Две опште болнице тврде да су у њима издаване поменуте потврде. Једна општа болница на ово питање није одговорила, док у једној тврде да не знају да ли су овакве потврде издаване јер се о томе не води евиденција.

Једна од две опште болнице које су одговориле да се у њиховој установи издају поменуте потврде тврди да не поседује податке о броју, односно полној и узрасној структури издатих потврда, док друга наводи да их је током 2016. године издато укупно 10 (9 женама и 1 мушкарцу). Једна потврда издата је због немогућности пружања услуге специјалистичко-консултативног прегледа у прописаном року, док је њих 9 издато због немогућности обављања дијагностичког прегледа. Две установе наводе да имају сазнања да су ове потврде издаване због немогућности обављања офталмолошког прегледа и прегледа магнетном резонанцом³⁷.

Општа болница у којој је током 2016. године издато 10 поменутих потврда наводи да међу услуге специјалистичко-консултативног, односно дијагностичког прегледа које су током 2016. године биле најчешћи повод због ког су грађанима издаване потврде спадају немогућност снимања доплером, пружања појединих лабораторијских услуга, као и немогућност обављања ултразвучних, радиолошких, ендоскопских и офталмолошких прегледа. Најчешћи узроци немогућности обављања дијагностичких прегледа који подразумевају неку врсту снимања пацијената су кварови апарата за које је потребан дужи временски период за њихову поправку или непостојање одговарајућих, специјализованих апарата у установи. У вези са лабораторијским прегледима, наведено је непостојање капацитета за извођење уско специјализованих анализа, док је у случају офталмолошких прегледа наведена дуга листа чекања.

Пет општих болница и КЦВ навели су да осигураном лицу које није могло да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом ове здравствене установе нису на лекарском упуту уписивале и печатом оверавале датум заказаног прегледа који је у року дужем од 30 дана, а ради обављања прегледа у приватној пракси. Две опште болнице навелесу да у установи о оверавању поменутих упута немају сазнања, односно да се о томе не води евиденција, док једна општа болница на ово питање није одговорила, а једна је потврдно одговорила на ово питање. Упути су оверевани у случајевима када је постојала потреба за специјалистичком радиолошком и ултразвучном дијагностиком (нпр. ЦТ мозга, ултразвук срца), као и ендокринолошким, неуролошким и офталмолошким прегледима.

Као најчешће разлоге за немогућност пружања услуга специјалистичко-консултативног, односно дијагностичког прегледа, а због којих су установе током 2016. године грађанима оверавале датуме заказаних прегледа на упутима издатим од стране изабраног лекара, две опште болнице које су на ово питање одговориле наводе недовољан број кадрова, нарочито

³⁷ За прегледе магнетном резонанцом, као и операције катаракте, предвиђено је формирање листе чекања, те стога ове услуге не спадају у услуге установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите обухваћене предметом овог истраживања.

на радиологији, гастроентерологији и кардиологији, а што за последицу има дуго чекање на ове прегледе. Следе кварови на дијагностичким апаратима и недостатак средстава за њихову поправку, као и недостатак средстава за набавку одговарајућих реагенаса за специјалистичке лабораторијске анализе.

ГРАЂАНКЕ И ГРАЂАНИ

Општи подаци: узраст, пол и место становања

Упитнике за грађане попунило је укупно 570 особа узраста од 15, па до 81 и више година. Највише испитаника (73%) спада у узрастне категорије од 31 до 60 година, са близу трећином испитаника (31%) у категорији од 31-40 и близу четвртине (24%) у категорији од 41 до 50 година живота (графикон 1):



Више од две трећине упитника (435; 76,4%) попуниле су жене. Близу једне четвртине испитаника (128; 22,4%) су мушкарци, док седам испитаника (1,2%) није попунило ово поље у упитнику³⁸.

Највише упитника попунили су становници Новог Сада (227; 40%), Зрењанина (112; 20%), Сомбора (64; 11%) и Панчева (45; 8%). Рачунајући и приградска насеља, испитаници са подручја Града Новог Сада попунили су близу половине упитника (252; 44%).

Социоекономски статус: примања, чланови домаћинства и квалитет живота

Више од половине испитаника (305; 54%) наводи да су запослени на неодређено време, односно у редовном радном односу, док је више од једне десетине (72; 12,63%) у радном односу по основу уговора на одређено време. Упитник је попунио и приближно исти број пензионера (73; 12,81%) и незапослених особа (76; 13,33%). Незапослени који тврде да повремено раде „на црно” попунили су 15 (2,63%) упитника, док је близу два процента

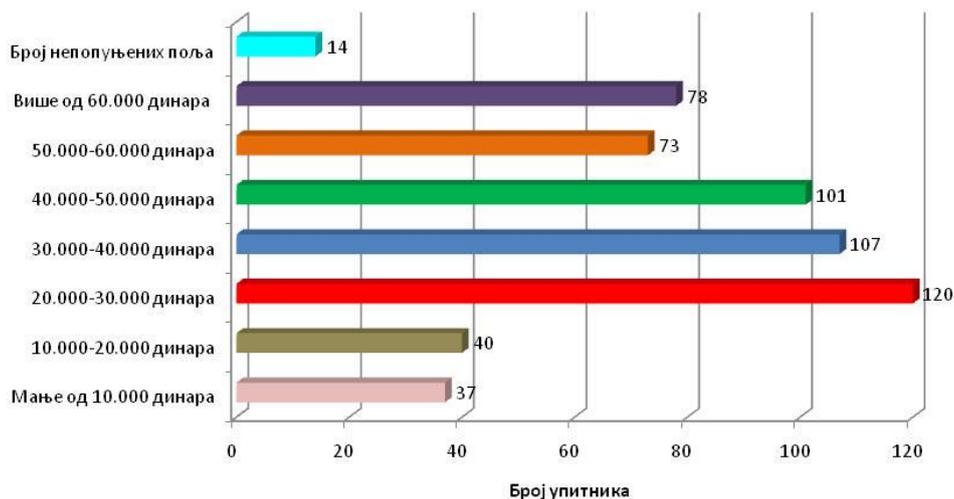
³⁸ Податак о броју непопуњених поља у упитнику, односно испитаника који нису одговорили на одређено питање, у даљој анализи неће бити навођен, изузев у случајевима у којима је тај број статистички значајан за тумачење резултата анализе.

испитаника навело да су „издржавана лица”. Упитник је попунило и пет студената, по двоје предузетника и пољопривредника, и по један студент са привременим запослењем, једно војно и једно избегло лице, као и једно лице које је зависно од неге и помоћи другог лица.

Близу две трећине испитаника (364; 64%) тврди да нема додатни извор материјалне подршке, односно прихода, док више од једне трећине (199; 35%) тврди да га има. Од оних који су потврдно одговорили на питање о томе који су им додатни извор материјалне подршке (њих 199; 35%), за преко половину њих (116; 58%) то су други чланови породице, односно рођаци. Више од једне петине (42; 21%) додатне приходе остварује на други начин (од стипендије, дивиденде, имају башту или воћњак, гаје домаће животиње за сопствене потребе, итд). По основу додатног рада по уговору приходе остварује око једне десетине испитаника (њих 21; 10,55%), док безмало за половину већи број њих ради „на црно” (31; 16%).

Близу половине од укупно 116 оних који су одговорили на питање о томе ко су особе које им обезбеђују додатноматеријалну и или финансијску подршку (54; 47%) тврди да је то супруг. Родитељи (наведени збирно) су извор ове врсте подршке за близу петине испитаника који су одговорили на ово питање (22; 19%). Још четвртина њих наводи, а следе „мајка” (14; 12%), „отац” (9; 8%), „брат” и „ћерка” (по 5; 4%), док њих седам (6%) наводи да им ову врсту подршке пружа више лица (муж, мајка, свекрва, брат, син или сестра из иностранства). По једна особа као одговор наводе алиментацију и средства која добија за туђу негу и помоћ. На контролно питање о другим додатним изворима материјалне подршке, међу описним одговорима на (укупно 58 одговора), најбројнији су „пољопривреда”, односно „башта” (по седам особа), „воћњак” и „пензија” (по шест особа), као и „домаће животиње” (четири особе).

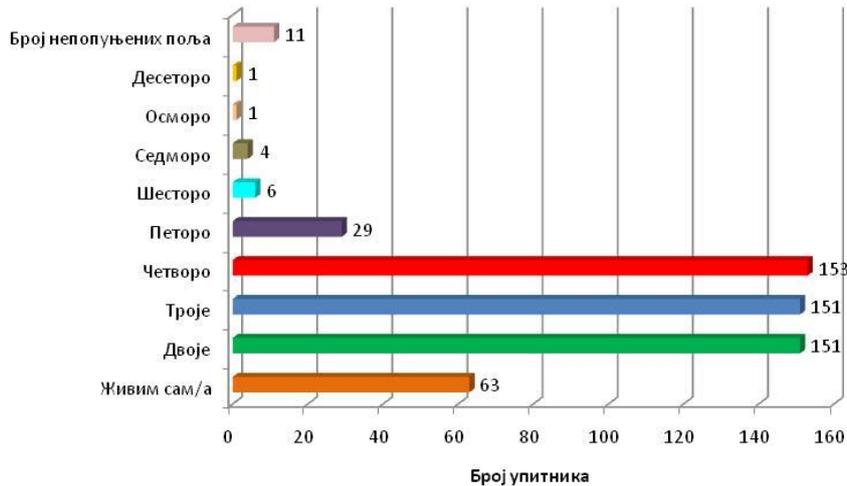
2. Висина месечних прихода испитаника



На ово питање одговорило је укупно 556 испитаника (98%). Близу три четвртине њих (401; 72%) има примања у распону од 20.000 до 60.000 динара. У категорију са највишим примањима спада преко једне десетине испитаника (њих 78; 14%), док приближно исти број спада у међу оне са најнижим примањима (њих 77; 14%). Највише испитаника има приходе од 20.000 до 30.000 динара (120; 22%), а следе они са приходима од 30.000 до 40.000 динара (107; 19%) и од 40.000 до 50.000 динара (101; 18%).

На питање о приближној висини прихода уколико су они већи од 60.000 динара одговорило је укупно 64 испитаника (12%) који су одговорили на питање висини њихових месечних прихода. Три четвртине њих (48; 75%) има приходе у распону од 60.000 до 110.000 динара. Док њих 15 (23%) наводи да има приходе у распону од 101.000 до 200.000 динара, само једна особа наводи да има приходе у распону од 200.000 до 280.000 хиљада динара.

3. Број чланова домаћинства

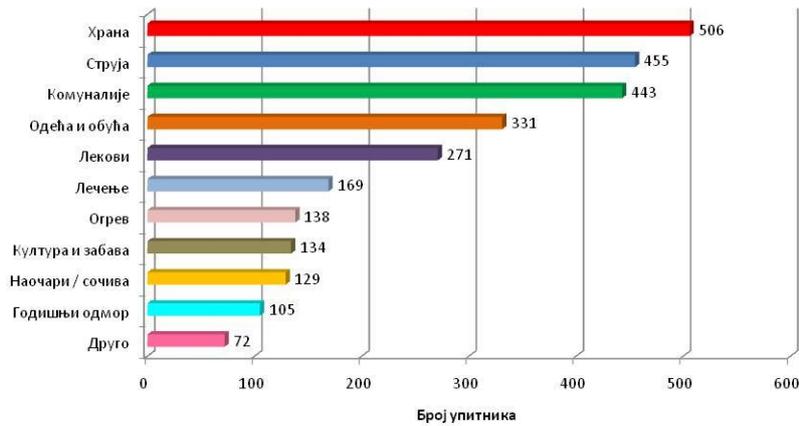


Највише испитаника (153; 27%) живи у четворочланим, а потом у трочланим или двочланим домаћинствима (по 151; 26%). Око десетине испитаника живе сами (њих 63; 11%), док њих 29 (5%) тврди да живе у петочланим домаћинствима. У домаћинствима са шест и више чланова живи 12 испитаника који су одговорили на ово питање (око 2%).

На питање о томе да ли из сопствених прихода издржавају још некога потврдно је одговорило близу половине испитаника (231; 41%). Више од једне десетине њих (76; 13%) на ово питање је одговорило одрично, док више од половине њих (263; 56%) на ово питање није одговорило. Од оних који су одговорили потврдно, близу половине њих (103; 45%) тврди да из сопствених прихода издржавају „децу“. Следе одговори „сина“ (23; 10%), „ћерку“ (21; 9%), „мужа“ (16; 7%), „жену“ (15; 6%), „мајку“ (12; 5%), а по 4-5 испитаника (по 2%) издржавају још и родитеље, унуке, сестре и друге чланове породице.

На питање о трошковима које испитаници успевају да подмире из својих месечних прихода одговорило је њих 547 (96%), а њихова структура приказана је у графикону 4:

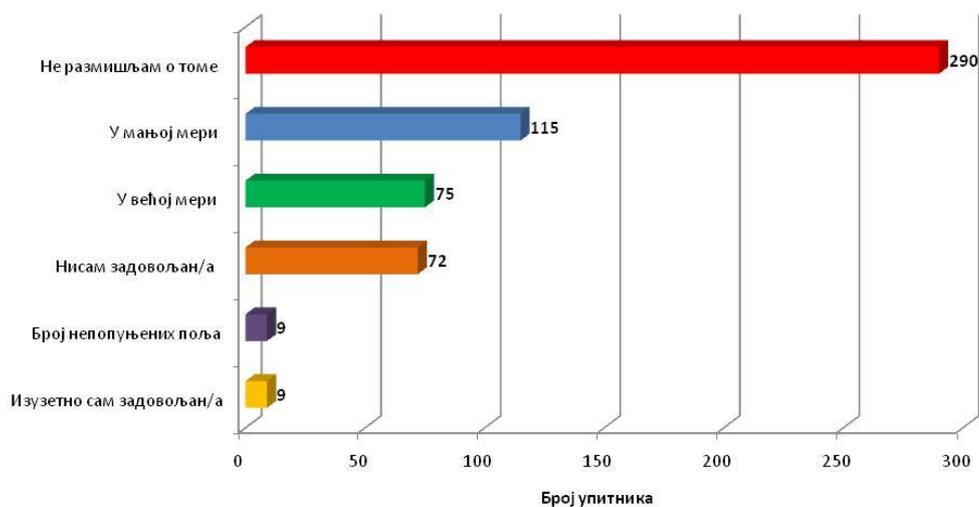
4. Трошкови које испитаници успевају да подмире из својих прихода



Највише одговора (506; 93%) налази се у категорији „храна”. Потом следе одговори „струја” (455; 83%) и „комуналије” (443; 81%). Након одеће и обуће (331; 61%), следе „лекови” (271; 50%) и „лечење” (169; 31%). За огрев, културу и забаву и наочари или сочива средстава има приближно исти проценат грађана (24-25%), док за годишњи одмор средства може да издвоји мање од петине њих (105; 19%). За неке друге трошкове (нпр. рекреације, чланарине у клубовима, спорт, вртић и секције за децу, неопходне занатске услуге, кућног љубимца, обуке и усавшавања, итд.) средства може да издвоји мало више од десетине испитаника који су одговорили на ово питање (72; 13%).

На питање о сопственом задовољству њиховим тренутним квалитетом живота одговорио је 561 испитаник (98%). Њихови одговори приказани су у графикану 5:

5. Задовољство испитаника њиховим тренутним квалитетом живота



Више од половине испитаника који су одговорили на ово питање (њих 290; 52%) тврди да не размишља о свом квалитету живота, него да се труди да живи у складу са својим тренутним могућностима. Петина (115; 20%) их је у мањој мери задовољна сопственим квалитетом

живота и сматра да не живе ни лошије, нити боље од већине грађана. Док је више од десетине испитаника (75; 13,4%) у већој мери задовољно квалитетом свог живота, сматрајући да живе изнад просека, односно боље од већине осталих грађана, приближно исти број њих (72; 12,8%) није задовољан својим животним стандардом и тврди да живи испод просека, односно лошије од већине осталих грађана. Сопственим квалитетом живота, тврдећи да живи боље од већине грађана, задовољно је девет испитаника који су одговорили на ово питање (2%).

У описним појашњењима одговора испитаници најчешће, непосредно или посредно реферирају на сиромаштво (у 56 од укупно 68, тј. у 82% одговора). Испитаници који су одговорили да нису задовољни сопственим квалитетом живота наводе ниска или непостојећа примања, односно немогућност остваривања права на одговарајућу зараду или пензију:

„Нисам задовољан, живим на ивици егзистенције - од данас до сутра, једва састављамо крај с крајем.“

„Мала примања (плата/пензија) - месечна примања не подмирују основне потребе породице, не подмирују ни трошкове хране за један месец.“

„Више чланова породице живи од једне плате или пензије.“

„Лош квалитет живота - сваки динар преврћем и размишљам на шта ћу га потрошити. Не могу да идем у биоском, позориште, на одмор, не могу да платим лечење код приватног лекара, да одем код зубара, да обезбедим лекове и финансирам основне потребе деце, школовање, одећу (купују половну), а да не причам већим стварима као што су стан или аутомобил.“

„Радим одговоран посао, а плаћена сам мизерно.“

„Немам примања / родитељи ме издржавају / издржавано сам лице.“

„Неправилно су ми одредили пензију - са 22 године радног стажа добијам 6.500 динара.“

„Не могу да преживим од пензије - цела пензија (14.000 динара) ми оде на лекове и рачуне, за храну и остало не остаје ништа и зависим од помоћи других.“

„Факултетски образована особа зарађује испод просечне плате. Срамота ме је где живим и радим.“

Следећи најчешћи разлог који испитаници наводе да значајно утиче на смањење квалитета њиховог живота је смањена могућности или немогућност запошљавања:

„Незапослен/а сам, живим од надница.“

„Нико неће да ме запосли јер имам 48 година.“

„Висококвалификована сам и не могу да нађем посао.“

Уз поменуте проблеме, поједини одговори испитаника указују на то да им се квалитет живота знатно погоршава када се, када им се, као особама са скромним примањима и/или немогућношћу запошљавања, погорша и здравствено стање:

„Са мужем платом једва састављамо крај са крајем, о услугама које плаћамо у дому здравља да не причам, незапослена, али пријављена преко мужа, ужас не могу себи да приуштим да одем код зубара јер су интервенције толико скупе да сам одустала од било какве поправке по цени да останем без зуба, јер себи н емогу да приуштим поправке које су папрене.“

„Са приходом који остварим имам тешкоћа да подмирим основне животне обавезе. Поред тога сам оболео, тешко се крећем имам проблем са куковима - оба кука су за операцију. Јуче сам стављен на листу чекања за операцију. Кад ћу доћи на ред велико је знак питања, а паре немам да платим...“

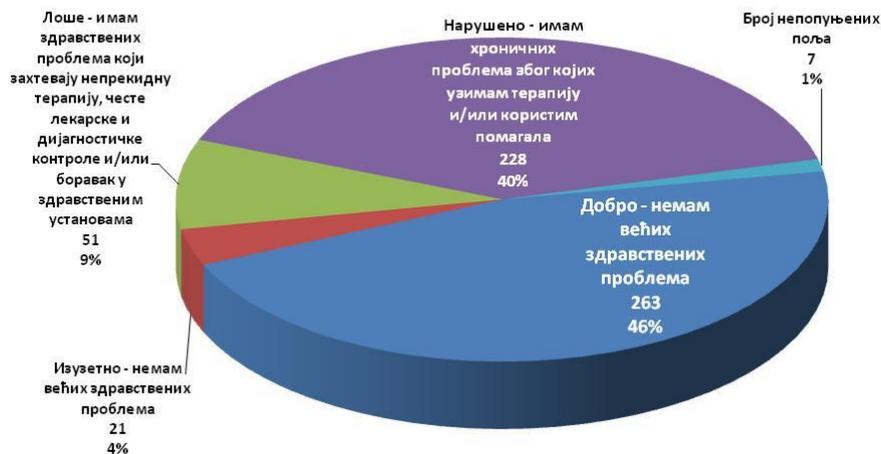
„Ни основне потребе нису подмирене, да не причамо да су деца стално болесна и да се лекови купују, да деци са посебним гастро проблемима такође све купујете сами.“

„Здравствено стање све лошије, а посла нема.“

Здравствено стање и коришћење услуга система здравствене заштите

Упитано о томе како процењује сопствено здравствено стање, близу половине испитаника (263; 46%) тврди да је оно добро, односно да немају већих здравствених проблема (графикон 6):

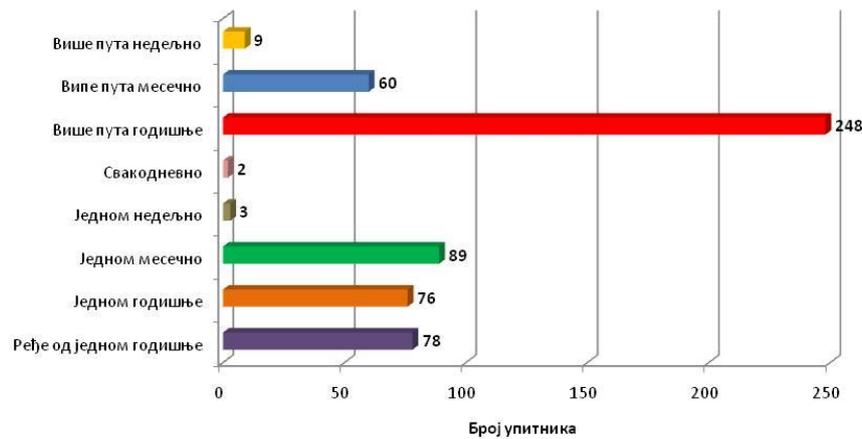
6. Како процењујете своје здравствено стање



Близу половине испитаника (279; 49%) своје здравствено стање процењује као нарушено (њих 228; 40%), због чега морају да користе терапију и/или помагала, или као лоше (51; 9%) односно као такво да захтева непрекидну терапију, честе лекарске и дијагностичке контроле и/или боравак у здравственим установама. Око двадесетине испитаника (21; 4%) тврди да је њихово здравствено стање изузетно и да немају већих здравствених проблема.

Највећи број испитаника (248; 44%) услуге здравствене заштите користи више пута годишње (графикон 7):

7. Учесталост коришћења услуга здравствене заштите



Приближно исти број њих ове услуге користи једном месечно (њих 89; 16%), једном годишње (76; 13%) или ређе од једном годишње (78; 14%). Више од десетине испитаника (60; 11%) услуге система здравствене заштите користи више пута месечно, док их више пута недељно користи 2% испитаника. Број оних који из користе свакодневно или једном недељно у овом узорку је готово занемарљив (0,35% и 0,53%).

На питање о томе какве потребе испитаници због свог здравственог стања имају за додатним производима или услугама (нпр. за лековима, прегледима, додацима исхрани, услугама превоза, итд.) одговорило је њих 442 (77,5%). Највише њих (279; 63%) користи лекове. Следе потреба за редовним специјалистичко-консултативним (238; 54%) и дијагностичким прегледима (207; 47%). Додатке исхрани користи више од једне трећине испитаника који су одговорили на ово питање (154; 35%). Значајан број њих због свог здравственог стања користи услуге превоза (71; 16%), а нешто мање њих ортопедска помагала (28; 6,3%), најчешће наочари (14; 3,2%), као и помагала за лакше кретање (попут штака, протеза, ортоза, инвалидских колица, ортопедских уложака итд.).

Највећи број испитаника (545; 96%) тврди да има здравствену књижицу, док 21 (4%) тврди да је нема. Најзаступљенији описни одговори испитаника у вези са разлозима због којих немају здравствену књижицу су да немају здравствено осигурање, најчешће због тога што чекају на израду нове, а потврда коју су добили приликом предаје захтева за њену израду је у међувремену истекла. Овакву ситуацију илуструје следећи одговор:

„Нова здравствена књижица (коју сам оверавала преко Е-управе) ми је стигла на адресу неверена из непознатих ми разлога. Започела сам оверу књижице преко овог портала уредно док ми је претходна још била важећа, уплатила сам таксе и све по реду. Шест месеци сам чекала да ми књижица стигне. Кад ми је коначно достављена, уз њу сам добила папир где пише да ми је период осигурања истекао прошле године.“

Док поједини испитаници као разлог наводе то што им је здравствено стање толико нарушено да не могу дуго да стоје и чекају на њену оверу у надлежној служби, поједине испитанице

указују и на последице које овакво стање, односно неажурност надлежних за оверавање и издавање здравствених књижица има у контексту женског и здравља деце:

„Имам оверену књижицу коју сам чекала више месеци, мало је фалило да ми за термин порођаја не издају потврду, будући да је књижица важила до 31.12.2016. Срећом, породила сам се 23.12.2016. Како нам је здравство вероватно бих и порођај платила у државној болници.“

Испитаници надаље тврде да често немају здравствену књижицу услед тога што њихов послодавац или Национална служба за запошљавање (у даљем тексту: НСЗ) не испуњавају своје обавезе:

„Тренутно не, јер људи у (државној) фирми задужени за уплате ПИО и доприноса нису уплатили на време и десило се да ми је баш сада затребала здравствена заштита и морала сам да плаћам лекове и преглед иако сам 9 година у сталном радном односу, обећано нам је да ћемо од јуна [2017.] имати здравствено.“

„НСЗ још није оверила.“

„Послодавац је пре пет месеци узео књижицу ради овере и до данас није вратио.“

Када имају потребу за обављањем специјалистичко-консултативног или дијагностичког прегледа, испитаници у приближно подједнаком броју предност дају (државним) здравственим установама (њих 282; 49,5%), односно приватној пракси (њих 278; 48,8%). Двоје испитаника је неодлучно по овом питању, док њих осам (1,4%) на ово питање није одговорило.

Описни одговор којим образлажу овај свој избор, односно преференцу дало је 480 испитаника (84%). У случају испитаника који се радије одлучују за државне здравствене установе (њих 282; 49,5%) преовладавају финансијски разлози (188; 66,7%): чињеница да су прегледи у овим установама јефтинији јер већину трошкова у целости покрива обавезно здравствено осигурање (53; 19%), односно јер су испитаницима прегледи у приватној пракси скупи због тога што падају на њихов сопствени терет (135; 46,8%). Следећи разлог, повезан са чињеницом да су издвајања из прихода грађана за услуге у државним здравственим установама обавезна, је свест грађана да имају право на ове услуге у поменутих установама (35; 12,4%). Као предности, односно позитивне стране рада државних здравствених установа испитаници наводе то да им оне уливају више поверења у односу на приватну праксу (13; 4,6%), да им омогућавају лечење „у систему“, уз могућност „даље опсервације“ (11; 3,9%), упркос томе што приближно исти број њих (16; 5,7%) експлицитно помиње дужину чекања на прегледе као велики недостатак ових установа. Међутим, извесни број испитаника (10; 3,55%) наводи и да се у хитним случајевима, силом прилика, ипак одлучује да преглед обави у приватној пракси. Поједини одговори испитаника индиректо указују и на то да су услуге здравствених установа доступније особама које су у њима запослене, односно члановима њихових породица, а што, по мишљењу грађана, може бити повод за неједнако поступање према пацијентима, односно омогућавање алтернативних начина заказивања прегледа и остваривања приступа услугама поменутих установа који нису у складу са прописима.

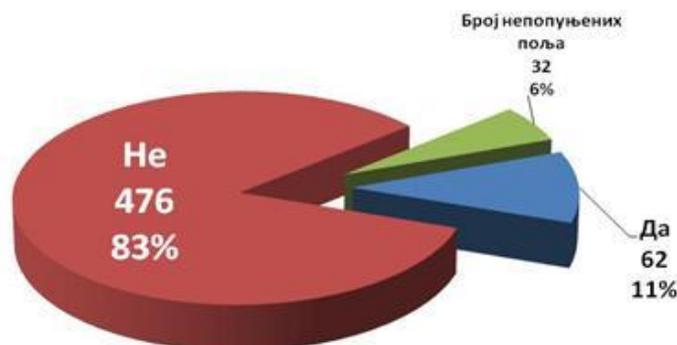
Испитаници који се радије одлучују за прегледе у приватној пракси (њих 278; 48,8%) наводе низ разлога за то, од којих се по заступљености издвајају чињеница да се на прегледе лекара специјалиста чека много краће него у државним здравственим установама (188; 67,6%), односно прегледи се лакше заказују (57; 20,5%). Посебно цењено у приватној пракси је то што је доступна у хитним случајевима (25; 9%), чак и особама које не остварују оправо из обавезног здравственог осигурања, као и то што је радно време лекара у њој флексибилно, па запослени не морају да одсуствују са посла како би заказивали и обављали прегледе (16; 5,8%). Медицинско особље и лекари у приватној пракси су, судећи по испитаницима (њих 68; 24,5%), професионалнији и љубазнији, услуге су квалитетније, уз поштовање пацијентовог достојанства и приватности³⁹. Известан број испитаника (њих по 10; 3,6%) сматра да је добра страна приватне праксе то што је у њој приступ пацијентима холистички, свеобухватан, што је администрација у њој сведена на минималну меру. Исти број њих исказао је и неповерење према лекарима у здравственим установама, односно изразио сумњу у квалитет њиховог рада, чему доприноси и чињеница да их лекари из здравствених установа упућују на (поновне) прегледе код њих самих у приватној пракси (6; 2,16%). Испитаници надаље сматрају да је услуга у приватној пракси квалитетнија и због боље њене опремљености и увек доступних потребних лекова, реагенаса, терапије, итд. (7; 2,5%).

Преглед најчесталијих одговора испитаника у вези са околностима лечења у здравственим установама у односу на приватну праксу, односно њиховим карактеристикама, дат је у прилогу 4.

Месечна издвајања за трошкове сопствених здравствених потреба

Док више од једне десетине испитаника (62; 11%) тврди да по основу здравственог стања остварује право на одређене бенефиције у односу на систем здравствене и/или социјалне заштите, више од три четвртине испитаника (476; 83%) тврди да овакве бенефиције не остварује (графикон 8):

8. Да ли по основу здравственог стања остварујете право на одређене бенефиције у односу на систем здравствене и/или социјалне заштите

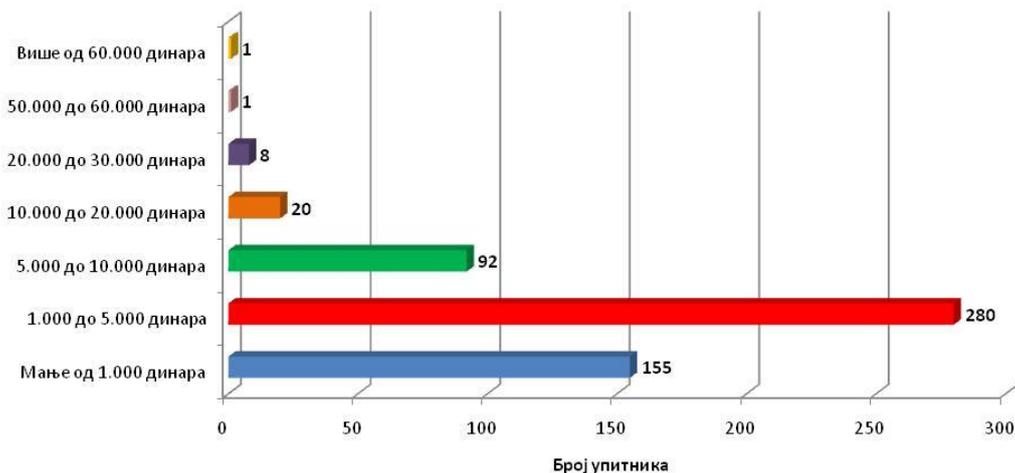


³⁹ У вези са државним установама у више наврата се појављују одговори попут следећег: „Одсуство приватности у [име здравствене установе] где гинеколог прозива по неколико пацијената истовремено и све се истовремено скидамо.”

Највише њих који су потврдно одговорили на ово питање (51; 78%) тврди да не плаћа партиципацију приликом коришћења здравствених услуга у државним установама. Појединачни одговори указују на то да поједини пацијенти плаћају умањену цену лекова, да плаћају само партиципацију (нпр. по основу студентског или статуса породиље, инвалидитета, итд.).

На питање о износу месечних издвајања за сопствене здравствене потребе одговорило је 557 испитаника (98%). Више од половине њих (280; 50,3%) тврди да за поменуте потребе месечно издваја између 1.000 и 5.000 динара, док више од четвртине (155; 28%) издваја мање од 1.000 динара. Следе они који издвајају између 5.000 и 10.000 динара (92; 16,5%), док више од четири пута мање њих (20; 3,6%) за сопствене здравствене потребе издваја између 10.000 и 20.000 динара. Само два испитаника тврде да (0,36%) тврде да за поменуту намену издвајају 50.000 и више хиљада динара (графикон 9):

9. Колико новца месечно издвајате за ваше здравствене потребе



Преглед приоритетних трошкова испитаника у вези са њиховим здравственим потребама дат је у табели 2:

табела 2. Приоритетни трошкови испитаника у вези са њиховим здравственим потребама

	Врста трошкова	Степен приоритета			Укупно одговора: ⁴⁰	Укупно бодова: ⁴¹	Просечна оцена: ⁴²
		1*	2*	3*			
1.	Лекови	239	99	88	426	1.003	2,35
2.	Специјалистички лекарски прегледи	136	84	76	296	652	2,20
3.	Додаци исхрани (витамини, чајеви, биљне капи, итд.)	128	118	71	317	691	2,18
4.	Дијагностички прегледи (у						

⁴⁰ Укупни број одговора на ово питање у упитницима, добијен сабирањем колона 1, 2 и 3.

⁴¹ Број у колони 1 помножен је са бројем 3, у колони 2 са бројем 2, а у колони 3 са бројем 1, а потом су ови производи сабрани.

⁴² Добијена дељењем укупног броја бодова са укупним бројем одговора.

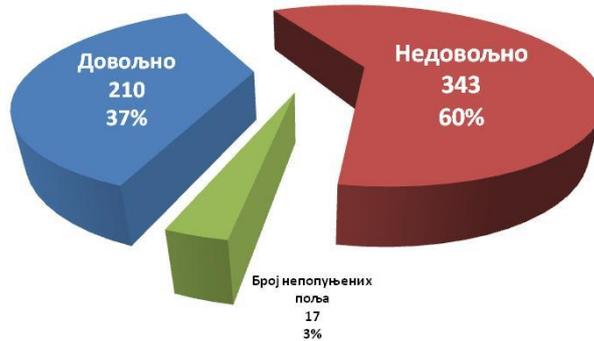
	лабораторији, снимања, тестови оптерећења, итд.)	100	87	70	257	544	2,12
5.	Услуге превоза (аутомобилом или јавним превозом)	53	42	70	165	313	1,90
6.	Ортопедска помагала	28	6	61	95	157	1,65
7.	Санитетски материјал (завоји, газа, стома кесе, итд.)	23	11	60	94	151	1,61
8.	Помоћ других лица (нпр. персоналног асистента)	19	2	50	71	111	1,56

* Редни број / рангирање одговора.

Испитаници највећи приоритет у погледу старања о сопственом здрављу дају лековима и додацима исхрани, а потом и специјалистичко-консултативним и дијагностичким прегледима. Следе услуге превоза које су и потребне услед нарушеног здравља, односно остваривања права на здравствену заштиту, те ортопедска помагала, санитетски материјал и помоћ других лица.

Већина испитаника (343; 60%) сматра да има недовољно новца за подмиривање својих здравствених потреба, више од једне трећине њих (210; 37%) сматра да га за ове потребе има довољно, док се изванредан број њих (17; 3%) на ово питање није изјаснио (графикон 10):

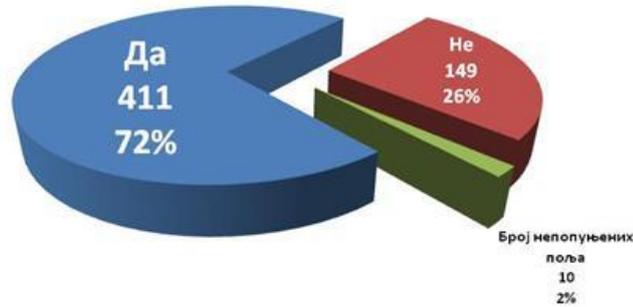
10. Сматрам да за подмиривање својих здравствених потреба новца имам



Заказивање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа у установама здравствене заштите

Близу три четвртине испитаника (њих 411; 72%) тврди да је било у ситуацији да одређена здравствена установа није у могућности да им закаже потребни специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед (у даљем тексту: специјалистички преглед) у року од 30 дана од дана јављања у поменутој установу са упутом изабраног лекара (графикон 11):

11. Да ли сте икада били у ситуацији да здравствена установа није у ситуацији да Вам закаже потребни специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед у року од 30 дана од дана јављања са упутом изабраног лекара?



Више од четвртине испитаника (149; 26%) тврди да није било у таквој ситуацији, док њих 10 (2%) на ово питање није одговорило.

Описни одговори на ово питање, односно појашњења тражена су од испитаника који су потврдно одговорили на њега. Укупно 404 испитаника⁴³ је дало описни одговор, што чини 70,9% укупног корпуса грађана који су попунили упитник. Од грађана је тражено да у свом одговору наведу које године, у којој здравственој установи и коју врсту прегледа⁴⁴ нису успели да закажу у прописаном року. Нумерички резултати у наставку добијени су кумулирањем података, односно информација из описних одговора испитаника. Имајући у виду разноликост одговора, као и то да су се они односили на установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, подаци су обрађени у односу на здравствене установе на које се односио највећи број одговора (тј. на опште болнице на територији АПВ, Клинички центар Војводине, Дом здравља Нови Сад, збирно за Домове здравља на подручју АПВ, а који нису на територији Града Новог Сада, Институте у Сремској Каменици⁴⁵, Дечју болницу у Новом Саду, Војномедицински центар у Петроварадину и друге медицинске установе које се у одговорима спорадично помињу). У зависности од здравствених органа на које се поједини подаци, односно анализе односе, обрадом података обухваћен је период од 2010. до 20. августа 2017. године, будући да су одговори који се односе на ове године најфреквентнији. Код појединих органа период анализе је и краћи, а у зависности од одговора испитаника. Поједини испитаници давали су одговоре и за период од 2000. до 2009. године. Ови одговори, због своје малобројности, обрађени су заједно са одговорима код којих није наведена година, али је евидентно на коју установу и врсту специјалистичког прегледа се они односе.

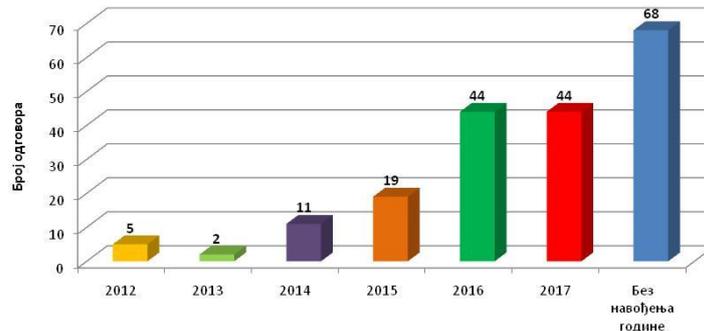
⁴³ Који ће у обради описних одговора на ово питање бити третирани као тзв. сужени корпус, за разлику од укупног корпуса од 570 упитника које су попунили грађани.

⁴⁴ Одговори на ово питање у обради у наставку обрађени су онако како су их испитаници навели, тј. не разликујући профил доктора медицине - специјалисте који их врши и врсту специјалистичко-консултативног или дијагностичког прегледа (нпр. уколико су испитаници навели „магнетна резонанца“, у обраду је њихов одговор укључен у овој форми, без обзира што је за читавање снимка који се добије овом дијагностичком методом потребно ангажовање доктора медицине - специјалисте одређеног профила).

⁴⁵ Којих има три (Институт за онкологију, Институт за кардиоваскуларне болести и Институт за плућне болести), а које грађани не разликују, односно најчешће називају збирним именом „Институт у Каменици“ или само „Каменица“.

Одговори испитаника (њих 193; 33,86% из укупног, односно 47,77% из суженог корпуса) у вези са **општим болницама на територији АПВ**⁴⁶ (изузимајући КЦВ) указују на то да се немогућност заказивања специјалистичких прегледа у овим установама у 2016. и првих осам месеци 2017. године четвороструко повећала у односу на 2014. годину (графикон 12):

12. Број одговора испитаника који тврде да нису успели да закажу специјалистички преглед у општим болницама на територији АП Војводине у прописаном року



Док је 2014. године у близу 3% одговора испитаника из суженог корпуса указивало на то да су имали потешкоћа са заказивањем специјалистичких прегледа у војвођанским општим болницама у прописаном року, овај број се у током 2015. године готово удвостручио (4,7%), док се током 2016. године и до 20. августа 2017. године, када је окончано прикупљање података од грађана, више него удвостручио (10,9%). Близу 17% одговора испитаника из суженог корпуса указује на то да је поменутих тешкоћа било, али без навођења године у којој су оне наступиле.

Испитаници тврде да су имали потешкоћа са заказивањем укупно 29 врста специјалистичких прегледа (прилог 5.1.). Пацијенти војвођанских општих болница тврде да су највише потешкоћа имали са заказивањем ултразвучних прегледа, најчешће дојке, штитне жлезде или горњег абдомена (32; 5,61% од укупног, односно 7,92% од суженог корпуса), и кардиолошких прегледа (27; 4,74% од укупног, односно 6,68% од суженог корпуса). Приближно исти број (26 одговора; 4,56, односно 6,44%) тврди да је имао потешкоћа са заказивањем „прегледа код (лекара) специјалиста”, не наводећи посебно њихов специјалистички профил. До офталмолога је тешко долазило близу 4% испитаника из суженог корпуса, док је приближно 2% њих имало потешкоћа да закаже прегледе рендгеном, код неуролога, ендокринолога, гинеколога и интернисте. Следе радиолози, пулмолози, ортопеди и прегледи ЦТ скенером (1-1,5% одговора у суженом корпусу), затим гастроентеролози, оториноларинголози, дерматолози, прегледи магнетном резонанцом и мамографија (близу 1%). Напослетку, као тешко доступни помињу се прегледи реуматолога, неурохирурга, физијатара, хематолога, уролога, психијатара, као и специјалистичке лабораторијске анализе, ЕЕГ, доплер вена и колоноскопија (0,25-0,50%).

⁴⁶ Одговори се у највећој мери односе на општу болницу у Зрењанину, затим у Сомбору и Панчеву, а у знатно мањој мери на опште болнице у Суботици, Сенти и Кикинди.

Табеларни преглед броја одговора испитаника на поменуто питање разврстаних по појединачним општим болницама и профилима лекара специјалиста, односно потребних прегледа дат је у прилогу 5.1. У наставку наводимо поједине типичне, илустративне описне одговоре:

„2016, болница у Суботици, преглед ЦТ главе јер сам имала неравнотежу тела и дан-данас нисам обавештена да могу ићи на снимање иако је прошло годину дана.“

„Општа Болница Суботица 2017. контролни преглед код хематолога био сам на прегледу 28.12.2016.год.Специјалиста је уписала у налаз да је контрола за 2. месеца, значи требало је да идем око 28.02.2017. Докторица опште праксе од 20. јануара почела да тражи термин и дан данас још није успела.Жалосно, а прошло је 6 месеци, лекове пијем, а не знам да ли треба или не. Жалосно да смо то доживели. Ја већ унапред бојим се за следећи месец, треба да идем код Кардиолога. Жалосно, питам вас зашто сам платио 40 година здравство, нек држава врати те паре, па ћу ја да се лечим приватно.“

„[Зрењанин] Лекарка опште праксе 4 месеца није била у могућности да закаже специјалистички ендокринолошки преглед.“

„[Зрењанин] Прошле године на очном сам требала хитан преглед за ћеркицу. Докторка која ради са децом, једина, је имала славу и нису могли да нас приме. Поподне смо отишли приватно, као што рекох било је хитно, та иста докторка нас је примила тамо, у приватној болници.“

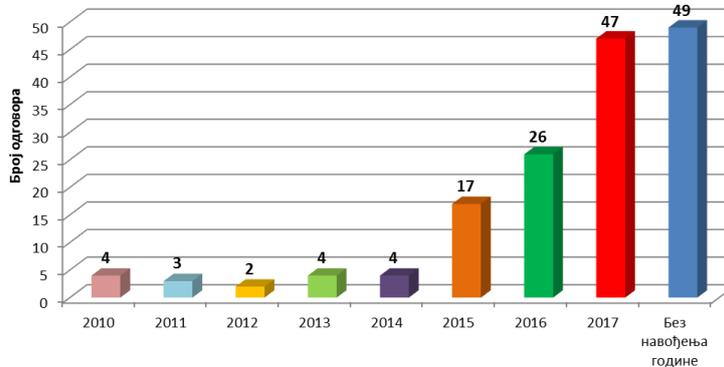
„[Зрењанин] Ви се шалите, је л' да!? Код кожног, од гастроентеролога, код пулмолога, код очног...у претходних десет година до данас.“

„[Панчево] 2016. у јуну месецу заказала сам снимање врата још увек нисам стигла на преглед , била сам 400. по реду, рекли су да ће ме позвати, код неуропсихијатра у Змај Јовиној, са зеленим упутом чекам месец дана на преглед иако ми није добро, нема термина, ваљда ће ме прегледати 26.6. Лекове узимам на своју руку!“

„[Панчево] 2017, од почетка године нисам успела да закажем преглед код очног лекара. Заказивање прегледа за очну болницу Панчево се врши у дому здравља код изабраног лекара, електронским путем [...], и то само 10. у месецу за наредни месец. Процедура (неуспешна) је увек оваква: одете у 6 сати ујутру да заузме ред, лекар почиње са радом у 7,30, дођете на ред у 9 сати, лекар каже да још није доступан распоред, чекате наредних неколико сати и улазите повремено да питате да ли се нешто дешава, на шта вас гледају намрштено, да би вам негде при крају радног времена рекли да су сви термини попуњени и да дођете следећег 10. у месецу. И тако сваког месеца...“

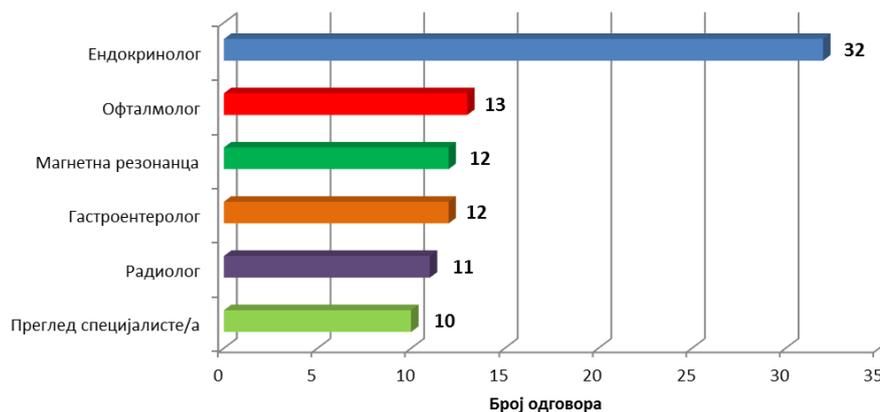
Одговори испитаника (њих 156; 27,37% из укупног, односно 38,61% из суженог корпуса) у вези са **Клиничким центром Војводине (КЦВ)** указују на то да се немогућност заказивања специјалистичких прегледа у овој установи у првих осам месеци 2017. године готово троструко повећала (за 2,76 пута)у односу на 2015. годину (графикон 13):

13. Број одговора испитаника који тврде да нису успели да закажу специјалистички преглед у Клиничком центру Војводине у прописаном року



Док мање од двадесетине испитаника из укупног корпуса грађана који су одговорили на упитник (26; 4,56%) тврди да у 2016. години нису били у могућности да у КЦВ закажу преглед у прописаном року, за првих осам месеци 2017. године исто тврди близу десетине испитаника из укупног корпуса грађана (47; 8,25% из укупног корпуса, односно 11,63% из суженог корпуса оних који су описно одговорили на ово питање). Приближно исти број њих (49; 8,60% из укупног корпуса, односно 12,13% из суженог корпуса) без навођења године тврде да у догледном периоду⁴⁷ нису успели да закажу специјалистички преглед у овој установи. Доктори медицине - специјалисти у КЦВ код којих су испитаници имали највише потешкоћа да закажу прегледе у прописаном року су следећи (графикон 14):

14. Доктори медицине - специјалисти у КЦВ код којих су испитаници имали највише потешкоћа да закажу преглед у прописаном року



Испитаници тврде да су имали потешкоћа са заказивањем укупно 31 врстом специјалистичких прегледа (прилог 5.2.). Са заказивањем прегледа код ендокринолога потешкоћа је имало близу десетине испитаника из суженог корпуса (32; 8%), док је код офталмолога, преглед

⁴⁷ Врло често заступљени одговори у овој категорији су „годинама уназад“, „већ више година“ и слично, а који указују на одређени низ година.

магнетном резонанцом, гастроентеролога и радиолога са заказивањем прегледа потешкоћа имало око 3% испитаника из суженог, односно око 2% из укупног корпуса грађана.⁴⁸ Исти број њих је одговорио уопштено, тј. да су имали потешкоћа са заказивањем „прегледа код (лекара) специјалиста“, не наводећи посебно њихов специјалистички профил. Потешкоћа је имало са заказивањем прегледа код оториноларинголога, физијатра и неуролога имало је око 1,5% испитаника из суженог корпуса по сваком од наведених специјалистичких профила, док прегледе код васкуларног хирурга, специјалистичке лабораторијске анализе, имунолога, дерматолога, гинеколога, кардиолога, ортопеда и пластичног хирурга тврди да није успело да закаже око 1% испитаника из истог корпуса по сваком од наведених профила. Најмање потешкоћа по специјалистичком профилу (од 0,25 до 0,50% испитаника из суженог корпуса) било је у вези са заказивањем прегледа код хематолога, интерниста, нефролога, инфектолога, неуролога, реуматолога, психијатра, алерголога, као и у случајевима следећих прегледа: остеодењометрије, ЦТ скенера, доплера вена, колоноскопије, мамографије и ултразвучних прегледа. Један од типичних, илустративних одговора испитаника, а који сведочи о повезаности сва три нивоа здравствене заштите у процесу заказивања специјалистичких прегледа, али и примораности пацијената да због недовољног броја слободних термина у одлазе у приватну праксу уколико желе благовремено да прибаве налазе, односно обаве потребне прегледе, је следећи:

„Преглед код ендокринолога више година за редом (од 2009. до прошле године када сам оперисала карцином штитне жлезде и постала пацијент Института у Ср. Каменици). У истом интервалу покушала сам и да закажем преглед код ендокринолога у ДЗ Лиман, али су ме одбијали са образложењем да немају довољно ендокринолога и да је та једна која ради презаузета и да се дуго чека на преглед.“

„[...] Такође, код дерматолога имам препоруку да се јавим на одређен временски период, ево сада већ месецима не могу да добијем термин код [име лекара специјалисте] у Клиничком центру Војводине. На клиници траже да закажем код опште праксе, др. опште праксе сваки пут гледа у рачунар и каже да нема термина за [име лекара специјалисте], дермаскопски преглед који радим већ десетак година код ње, а сад ми је и хитно, појавила ми се нека нова промена на кожи.

Такође је велики проблем добити термин за разне специјалистичке прегледе, ултразвук, ДЕКСА⁴⁹, а о МР да и не говорим колико сам морала да чекам јер сам оперисала кичму, па сам касније имала проблема и требало је урадити МР. Морала сам приватно да платим.“

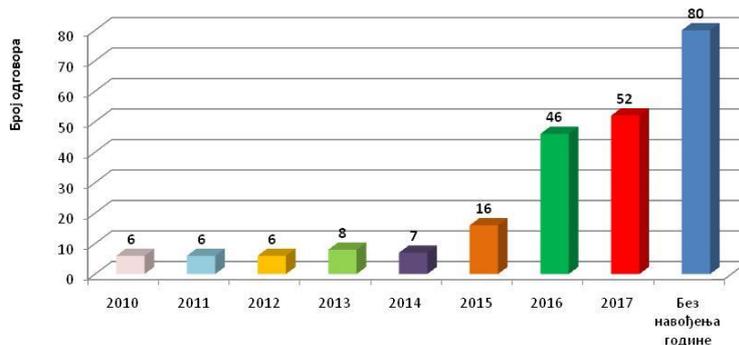
Одговори испитаника (њих 227; 39,82% из укупног, односно 56,19% из суженог корпуса) у вези са **Домом здравља „Нови Сад“** (ДЗНС) указују на то да се немогућност заказивања

⁴⁸ Један од типичних одговора у вези са КЦВ гласи: „2015. НС Поликлиника, ендокринологија, преглед штитне жлезде, а и сви налази хормона и УЗ које је неопходно донети на преглед. У августу су ми нудили термин за јануар следеће године.“

⁴⁹ „Декса“ је устаљени назив за једну врсту остеодењометријског мерења, односно утврђивања коштане минералне густине, а назив је добио по апарату који се примењује за поменуто мерења по тзв. де-екс-а методу (енгл. DXA). Овај дијагностички преглед по правилу се обавља у установама секундарне или терцијарне здравствене заштите, а налазе најчешће читавају физијатри-реуматолози или радиолози.

специјалистичких прегледа у овој установи, односно њеним посредством у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите, у првих осам месеци 2017. године петоструко повећала у односу на 2015. годину (графикон 15):

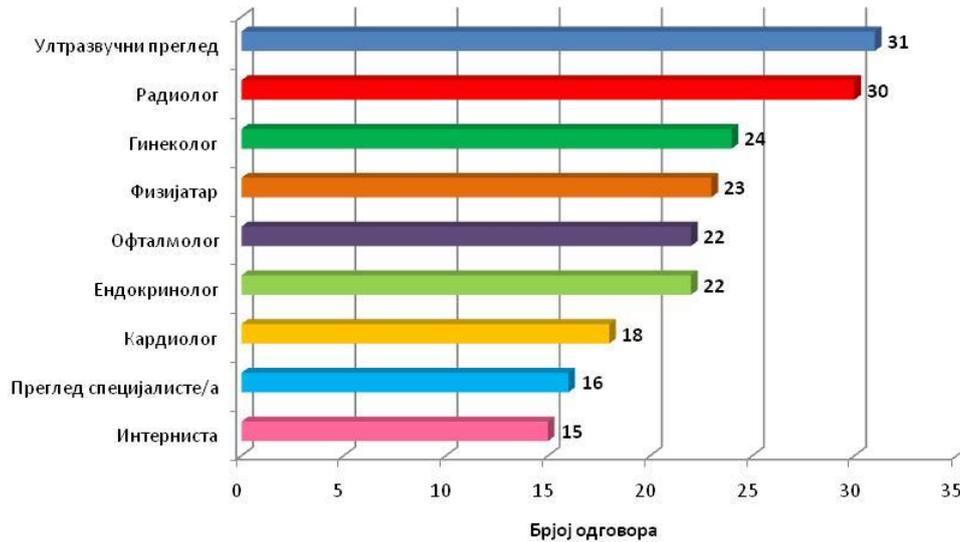
15. Број одговора испитаника који тврде да нису успели да закажу специјалистички преглед у Дому здравља "Нови Сад" или посредством ове установе у прописаном року



Док се број испитаника који тврде да су имали потешкоћа са заказивањем специјалистичких прегледа у или посредством изабраног лекара опште праксе у ДЗНС у периоду од 2010. до 2014. године креће од близу 1,5% до близу 2%, у 2015. години је он, иако још увек мали, практично удвостручен. У 2016. години, број неуспешних покушаја заказивања прегледа код лекара специјалиста у овој установи, односно њеним посредством, овај број је скоро утростручен у односу на претходну (повећан је 2,87 пута), док је у 2017. години он више него троструко виши (за 3,25 пута). Безмало петина испитаника из суженог корпуса (80; 19,80%) навела је да је имала поменутих потешкоћа у односу на ДЗНС, али није навела које године су оне настале.

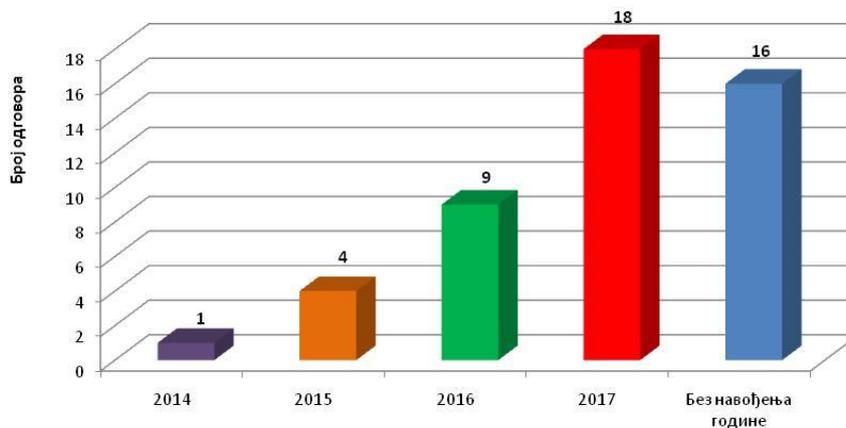
Испитаници тврде да су имали потешкоћа са заказивањем укупно 19 врста специјалистичких прегледа (прилог 5.3.). Са заказивањем ултразвучних и прегледа радиолога потешкоћа је имало близу десетине испитаника из суженог корпуса (њих 31, односно 30; 7,67%, односно 7,43%). Следе потешкоће са заказивањем прегледа код гинеколога (24; 5,94%), физијатра (23; 5,69%), те офталмолога и ендокринолога (по 22; 5,45%). Потешкоће да закажу преглед код кардиолога имало је близу двадесетине испитаника из суженог корпуса (18; 4,46%). Приближно исти број њих (16; 3,96%) тврди да су сви специјалистички прегледи начелно тешко доступни у ДЗНС, односно да се тешко заказују посредством ове установе, док је заказивање интернистичких прегледа представљало потешкоћу за 15 (3,71%) испитаника (графикон 16):

16. Доктори медицине - специјалисти код којих су испитаници имали највише потешкоћа да закажу преглед у прописаном року у ДЗНС или посредством ове установе



Одговори испитаника (њих 48; 8,42% из укупног, односно 11,88% из суженог корпуса) у вези са **домовима здравља на подручју АПВ, а који нису на територији Града Новог Сада (ДЗАПВ)** указују на то да се немогућност заказивања специјалистичких прегледа у овим установама, односно њиховим посредством у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите, од 2015. године до првих осам месеци 2017. године сваке године прогресивно удвостручавала (графикон 17):

17. Број одговора испитаника који тврде да нису успели да закажу специјалистички преглед у домовима здравља ван Новог Сада или посредством ових установа у прописаном року



Испитаници тврде да су имали потешкоћа са заказивањем укупно 19 врста специјалистичких прегледа (прилог 5.4.), што је исти број као и у Дому здравља „Нови Сад“. Грађани који се

обраћају домовима здравља ван Новог Сада највише потешкоћа имају са заказивањем ултразвучних прегледа (10; 2,48% из суженог корпуса), а потом гинеколошких (6; 1,49%), кардиолошких (5; 1,24%) и физијатријских прегледа (4; 0,99%). Потешкоћа са заказивањем хематолошких, ендокринолошких, офталмолошких, интернистичких, дерматолошких и мамографских прегледа имало је 0,50-0,74% испитаника из суженог корпуса. Начелно специјалистичке прегледа, односно прегледе неуролога, ортопеда, стоматолога, гастроентеролога, те прегледе рендгеном, ЦТ скенером, холтером и специјалистичке лабораторијске анализе са потешкоћама је заказивало 0,25-0,50% испитаника из истог корпуса.

На потешкоће са заказивањем специјалистичких прегледа у **Институтима у Сремској Каменици** указало је укупно 26 одговора испитаника (4,56% из укупног, односно 6,43% из суженог корпуса). Док се две овакве ситуације у одговорима испитаника односе на 2015. годину, по осам се односи на 2016. и 2017. годину, а уз још осам описних одговора није наведена година. Половина одговора (њих 13) указује на потешкоће са заказивањем прегледа магнетном резонанцом. Следе прегледи кардиолога (3 одговора), гинеколога и ЦТ скенером (по 2 одговора), а по један одговор који се односи на немогућност заказивања прегледа код хирурга, онколога, радиолога, као и гастроскопије и кардиолошко-радиолошког прегледа ЕХО стрес методом.

У Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у Новом Саду (познатијем као **Дечја болница**) на потешкоће са заказивањем специјалистичких прегледа указује укупно 18 одговора испитаника.⁵⁰ Највише потешкоћа испитаници су имали са заказивањем прегледа код дечјег пулмолога (6 одговора), а потом код нефролога и приликом заказивања амниоцинтезе (по 3 одговора). Двоје испитаника није у прописаном року успело да закаже преглед код алерголога, а по један код генетичара, физијатра, оториноларинголога и разговор код психолога установе.

Три одговора указују на то да испитаници током 2017. године нису успели да у прописаном року закажу поједине специјалистичке прегледе ни у **Војномедицинском центру у Петроварадину**.⁵¹ Један одговор указује на то да је оваквих потешкоћа било и у Институту за реуматологију у Београду, са заказивањем кардиолошког прегледа у београдским Клиничком центру (1 одговор), као и са кардиолошким и снимањем кичме магнетном резонанцом у Војномедицинској академији у Београду (2 одговора).

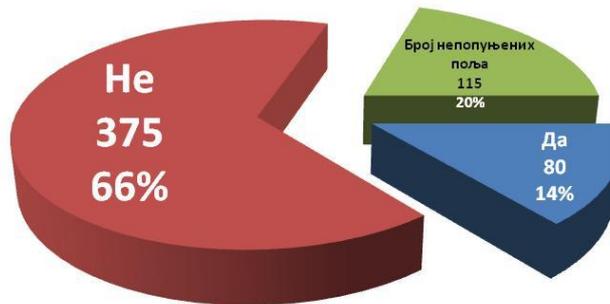
Од испитаника који су потврдно одговорили на питање у вези са тим да ли су икада били у ситуацији да здравствена установа није у ситуацији да Вам закаже потребни специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед у року од 30 дана од дана јављања са упутном изабраног лекара тражено је да одговоре и на питање да ли су потом тражили и одговарајућу потврду од здравствене установе о овој околности, а на коју, на основу прописа, имају право и на основу које би потребни преглед могли обавити у приватној пракси, а трошкове касније рефундирати од РФЗО. На ово питање одговорило је 455 (80% од укупног броја) испитаника, односно 44 (7,7%) више у односу на број њих који су потврдно одговорили на питање у вези са

⁵⁰ 2013. година - 1; 2014. година - 2; 2015. година - 3; 2016. година - 2; 2017. година - 2; без навођења године - 8.

⁵¹ Један код кардиолога, а двоје код гастроентеролога.

тим да ли су икада били у ситуацији да здравствена установа није у ситуацији да Вам закаже потребни преглед у прописаном року, а њихови одговори су следећи (графикон 18):

**18. Да ли сте од здравствене установе тражили да
Вам изда потврду о немогућности обављања
прегледа у њој у прописаном року**



Две трећине од укупног броја испитаника у овом истраживању (375; 66%) тврди да није тражило поменути потврду, док више од десетине њих (80; 14%) тврди да је такву потврду тражило. Петина испитаника (115; 20%) на ово питање није одговорила.

Од испитаника који тврде да нису тражили да им се изда потврда о немогућности обављања прегледа у здравственој установи у прописаном року тражено је да се изјасне о разлозима за то. Више од две трећине укупног узорка (395; 69%), што је за 20 испитаника (3%) више у односу на број негативних одговора на претходно питање, навело је разлоге због којих нису тражили да им се изда поменути потврда, док приближно једна трећина њих (175; 31%) на ово питање није одговорила (графикон 19):

**19. Зашто нисте тражили потврду о немогућности
обављања прегледа у прописаном року**



Близу трећине испитаника (172; 30%) тврди да нису знали да таква могућност постоји, односно да на то имају право. Мање од петине испитаника (97; 17%) није желело себе да доводи у ситуацију да се конфронтира са запосленима у здравственим установама услед бојазни да би инсистирање на издавању потврде довело до тога да касније због тога буду лошије третирани или прозивани од стране запослених у поменутих установама. Близу десетине испитаника (50; 9%) тврди да, чак и да им је издата потврда, нема новца да оде на преглед у приватној пракси, а да потом чека на рефундацију. Известан број испитаника тврди да су решили да сачекају на преглед у здравственој установи који им је заказан у року дужем од 30 дана (18; 3%), док известан број њих (11; 2%) тврди да су ипак тражили да им се потврда изда, али да здравствене установе нису хтеле да је издају.

Испитаници који су одговорили „друго“ (47; 8%), као разлоге наводе то да „не знају поступак“, да су чули од других пацијената да здравствене установе одбијају да издају овакве потврде, да их запослени у њима одмах упућују на лекаре у приватној пракси, да им прописани поступци одузимају превише времена, али да нема гаранције да ће им новац касније бити рефундиран, да су запослени у здравственим установама „непристојни и непријатни“ кад се пацијенти распитују за поменуту потврду, као и да тврде да пацијенти измишљају, „да то није могуће“ и да они (запослени у здравственим установама) „никад за тако нешто нису чули“. Једна особа наводи следеће искуство приликом тражења помоћи да оствари ово своје право:

„Позвала сам 'заштитника пацијентових права', која ми је рекла да је то само на папиру и да је у пракси неизводљиво и дала ми је број њене пријатељице да закажем преглед.“

На питање „Уколико јесте затражили поменуту потврду, шта се потом догодило?“ одговорило је близу петине од укупног броја испитаника у корпусу грађана (111; 19,5%). Близу половине њих (53; 48%) добило је објашњење да је за конкретни преглед, а за који су том приликом затражили потврду, предвиђена листа чекања, те да се у таквим случајевима не издају поменуте потврде о немогућности заказивања прегледа од стране здравствене установе у року од 30 дана од јављања пацијента са упутом изабраног лекара опште праксе (графикон 20):

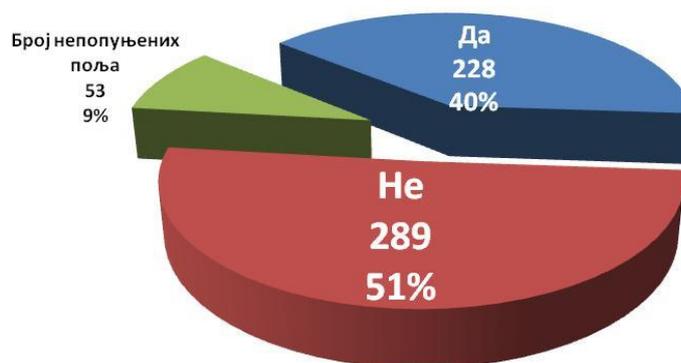
20. Шта се догодило након што сте од здравствене установе затражили издавање потврде о немогућности обављања потребног прегледа у року од 30 дана



Нешто мањи број испитаника који су навели да су затражили издавање потврде (48; 43%) тврди да у здравственој установи нису добили никакву повратну информацију, нити им је издата потврда, односно није им оверен упут од изабраног лекара опште праксе са заказаним датумом прегледа дужим од 30 дана, а који би им у евентуалном каснијем поступку рефундације трошкова обављања прегледа у приватној пракси у надлежној филијали РФЗО послужио уместо прописане потврде. Свега три испитаника (3% оних који су одговорили на ово питање, односно 0,53% од укупног корпуса) тврди да им је упут од изабраног лекара, након што је на њега уписан датум заказаног прегледа дужи од 30 дана, оверен по пропису, док њих седам (6% оних који су одговорили на ово питање, односно 1,05% од укупног корпуса) тврди да су им здравствене установе на њихов захтев издале прописану потврду.

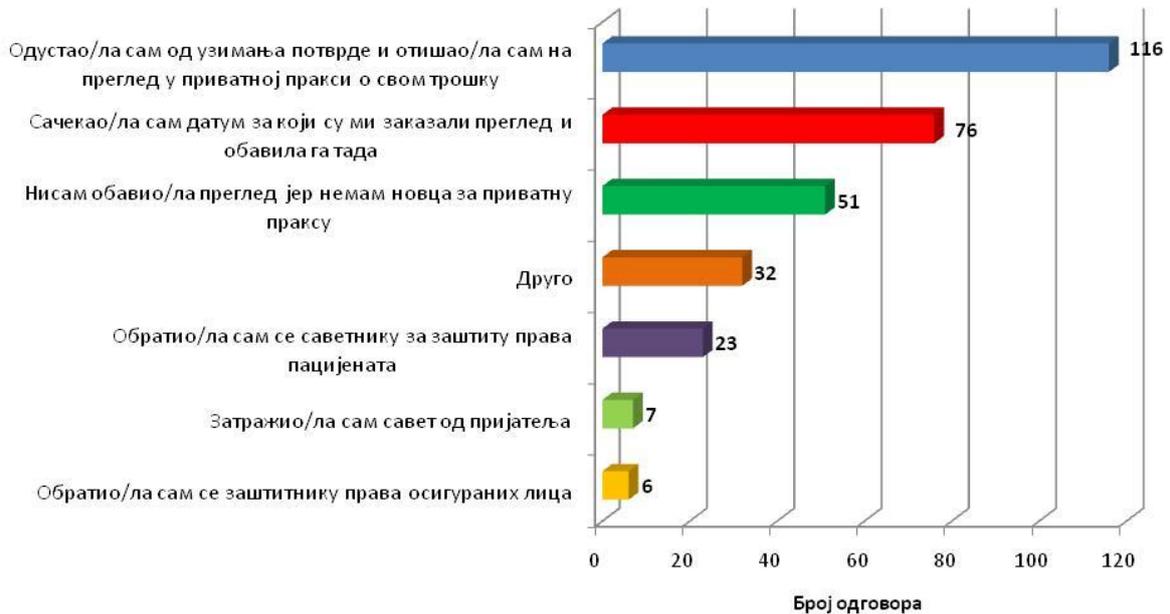
Више од половине испитаника из укупног корпуса (289; 51%) тврди да нису знали да имају право на то да, уколико им здравствене установе закажу специјалистички преглед за датум који је у року дужем од 30 дана од дана њиховог јављања са упутом изабраног лекара, траже да се тај датум упише на њихов упут и овери печатом, те да са таквим упутом, исто као са потврдом, такође могу да остваре право на преглед у приватној пракси, а потом да од РФЗО затраже рефундацију трошкова. Мање од половине испитаника (228; 40%) тврди да није знало да има ово право, док близу десетине њих (53; 9%) није одговорило на ово питање (графикон 21):

21. Да ли сте знали да имате право на то да се датум прегледа заказан у року дужем од 30 дана упише на Ваш упут од изабраног лекара и овери печатом, а како бисте на основу њега обавили преглед у приватној пракси и касније те трошкове наплатили од РФЗО?



На питање о томе шта су учинили уколико им здравствена установа није издала потврду о немогућности заказивања специјалистичког прегледа у прописаном року, односно уколико им није оверила упут од изабраног лекара са датумом заказаног прегледа дужим од 30 дана одговорило је више од половине испитаника (311; 55%).

22. Уколико Вам нису оверили датум заказаног прегледа на упуту, нити издали потврду, шта сте потом учинили?



Петина њих (116; 20%) тврди да су одустали од прибављања потврде, односно оверавања упута и отишли су на преглед у приватној пракси о свом трошку. Више од десетине њих (76; 13%) тврди да су сачекали датум специјалистичког прегледа који им је заказан у здравственој установи и тада обавили преглед. Мање од десетине њих (51; 9%) тврди да преглед није обавила јер нема новца за приватну праксу. Мање од двадесетине њих (23; 4%) тврди да се за савет и помоћ обратило саветнику за заштиту права пацијената, док се извршен број њих (близу 1%) за савет обратило пријатељима, односно заштитнику права осигураних лица.

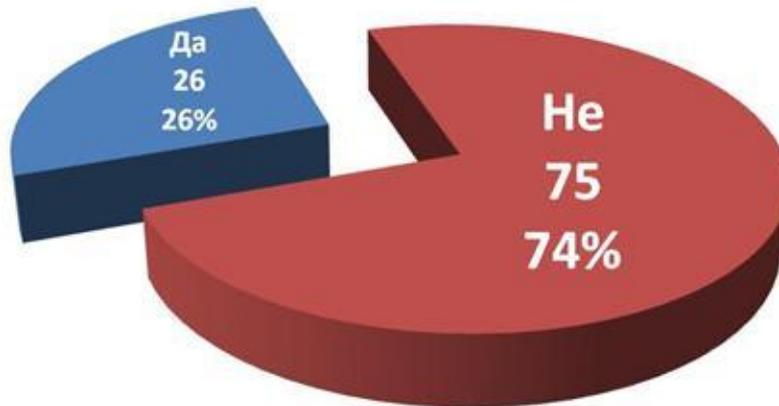
Више од двадесетине испитаника (32; 6%) тврди да је учинило нешто друго, а међу овим одговорима преовлађују следећи: да су преглед ипак заказали преко особа које познају некога од запослених у здравственим установама и обавили га⁵², да су преглед, након неуспешног покушаја заказивања термина у одговарајућем року, ипак обавили у приватној пракси, да су се жалили Министарству здравља, да „ћуте и трпе“, односно да ништа нису предузели, да лекари (опште праксе) нису уопште хтели да им издају упут јер у систему заказивања није било слободних термина за специјалистичке прегледе, а једна особа тврди да је „звала правну службу установе и преглед је истог дана обављен“.

На питање о томе да ли су, након што им је издата прописана потврда, односно након што им је оверен упут од изабраног лекара са заказаним датумом специјалистичког прегледа дужим од 30 дана, те након што су преглед обавили у приватној пракси, испитаници надлежној филијали РФЗО поднели захтев за рефундацију трошкова прегледа у приватној пракси,

⁵² Нпр. „Отишла са рођаком која ради у болници и прошла код лекара без упута и датума.“

одговорило је мање од петине испитаника (101; 18%). Близу три четвртине њих (75; 74%) тврди да овакав захтев нису поднели (графикон 23):

**23. Уколико сте добили потврду, односно упут са
овереним датумом заказаног прегледа, те обавили
преглед у приватној пракси, да ли сте поднели захтев за
рефундацију трошкова у РФЗО?**



На питање о томе зашто то нису учинили, у својим описним одговорима највећи број испитаника (њих 15 од 51; 29%) наводи да нису знали да имају то право, односно да таква могућност уопште постоји. Следе одговори више од петине испитаника у којима се тврди да здравствене установе одбијају да издају потврде, односно да оверавају упуте на раније описани начин (11 од 51; 22%). Компликован поступак који захтева дуго чекање „у социјалном“, нарочито у Новом Саду, је следећи најчешћи разлог зашто испитаници, чак и када знају за ово право, не траже потврду, односно оверавање упута и не подносе захтеве за рефундацију трошкова надлежној филијали РФЗО. Изузев објашњења добијених од стране запослених у здравственим установама (примарне здравствене заштите) да им се ни упуту не могу издати због недостатка слободних термина, испитаници наводе да потврде, односно оверавање упута не траже и због тога што не добијају „никакав папир“, а што индиректно поново указује на њихову недовољну информисаност о сопственим правима и начинима како да их остваре, као и због тога што је особље у здравственим установама нељубазно према њима и неспремно да их информише о даљем поступку⁵³. Из одговора неколицине пацијената евидентно је да изванредан број њих схвата да здравствене установе (примарне здравствене заштите) упуте за специјалистичке прегледе не издају због тога што нема довољно слободних термина у електронском систему заказивања, као и да има и оних који су свесни да им заштитници права осигураних лица могу помоћу да остваре право на прегледе. Док један испитаник тврди да своје право на обављање прегледа у приватној пракси под одређеним условима, односно рефундацију трошкова поменутих прегледа од РФЗО не покушава да искористи због тога што је

⁵³ „Нељубазност [...] и непотпуно давање информација... посебно здравствених радника“; „зато што тај папир нисам ни добила и ту могућност ми нису ни понудили“; „зато што ништа нисам добио. Кад се побунимо сестре са шалтера нас једноставно откаче.“

„из искуства више других људи чуо да се новац не исплаћује”, следећи одговор сублимира описне одговоре испитаника на ово, али и друга питања која се односе на њихово поимање целокупног здравственог система:

„Зато што немам времена да се шетам по шалтерима и чекам у реду, немам новца за приватну праксу и не верујем у систем и не желим касније да јурим свој новац, а преглед ми није толико хитан, па ћу радије сачекати одређени датум који је за 60 дана уместо 30, што и није тако страшно... Али само у ситуацији да није хитно.”

Мање од десетине испитаника (45; 8%) одговорило је на питање о томе да ли су успели да од надлежне филијале РФЗО рефундирају трошкове специјалистичких прегледа у приватној пракси, од којих је већина (28; 62%) по инерцији одговорила негативно, а у односу на претходно питање, што су у својим описним одговорима и потврдили. Мање од двадесетине испитаника (17; 3%) тврди да су остварили ово право. У описним одговорима на питање о томе зашто нису остварили право на рефундацију поменутих трошкова, половина испитаника потврђује одговоре на претходно питање којима тврде да нису били обавештени о овом свом праву. Следе одговори да због одбијања здравствених установа да издају прописане потврде, односно оверавају упуте није уопште могуће стићи до тога да се РФЗО поднесе захтеви за рефундацију трошкова специјалистичких прегледа у приватној пракси, одговори који исказују неповерење или подозрење према здравственим установама, они који указују на дуготрајност поступака у установама здравствене и социјалне заштите, као и одговори који указују на то да пацијенти начелно нису упознати са тим у случају којих специјалистичких прегледа, дијагноза, односно поступака лечења могу да остваре право на рефундацију трошкова од РФЗО, било да их је пружила здравствена установа или приватна пракса.

На питање о томе да ли је износ који су по окончању поступка у РФЗО добили за трошкове прегледа у приватној пракси у мањој или већој мери покрио њихове стварне трошкове у вези са остваривањем права на предметну услугу здравствене заштите, односно одређени специјалистички преглед, одговори испитаника су неконклузивни. Наиме, у одговору на претходно питање, 17 њих тврди да је остварило право на рефундацију, односно добило новчану накнаду, док у одговорима на питање о износу накнаде 11 њих тврди да су њихови трошкови рефундирани у мањом, а још 14 њих тврди да су рефундирани у већој мери. Поједини описни одговори испитаника на ово питање указују на то да РФЗО у недовољном износу рефундира путне трошкове у вези са обављањем специјалистичких прегледа, односно лечења.⁵⁴ Са друге стране, поједини одговори указују на то да износ рефундираних трошкова одговара стварно насталим трошковима.⁵⁵ Највише одговора поново указује на неповерење и подозрење грађана према здравственом систему, од којих издвајамо два типична:

„Здравствени систем не функционише ни у једом сегменту. Апелује се да се обављају превентивни прегледи, а не могу да се обаве ни хитни, ни преко

⁵⁴ „Четири године РФЗО даје исту суму за путне трошкове, а гориво од 120 поскупело на 150 динара.”

⁵⁵ „Преглед је коштао око 5000, као што су након три недеље рефундирали исти.”

потребни. О безобразлуку медицинског особља, нељубазности и слично, не вреди трошити речи.”

„Јавна је тајна да је здравственим установама дато упутство да не издају потврде да нису у стању да обаве специјалистички преглед у року од 30 дана, јер би уследили захтеви за наплату према РФЗО.”

Близу половине испитаника (278; 48,77%) написало је и своје завршне коментаре у упитнику. Највећи број одговора (њих 264; 94,96%, што чини 46,32% од укупног броја испитаника) односи се на лоше стање у систему здравствене заштите. Кумулативни преглед одговора испитаника на основу тема које се помињу у њиховим одговорима приказан је у наставку (графикон 25):

25. Завршни коментари испитаника



Као највећи изазов у систему здравствене заштите више од петине испитаника доживљава заказивање прегледа путем система који је спор и неефикасан, односно дуготрајно чекање на обављање заказаних прегледа (64; 23%), као и на заказивање евентуалних каснијих потребних специјалистичких прегледа које је због природе болести, одређивања даљег лечења или преписивања терапије потребно обавити у одређеном року:

„Позвали су ме из РФЗО 2016. године у Београд у приватну клинику где сам оперисала катаракту о трошку државе. Имам веома лепо искуство са особљем и операција је прошла веома добро. Сада ми је проблем да закажем контролни преглед у Општој болници [име насељеног места] јер тамо ради само један офталмолог и не може се доћи на ред по 5-6 месеци. Од скоро је немогуће и заказати јер заказивање ради лекар опште праксе и треба сваки месец да идем код њега да покушам да закажем. Такође не могу да закажем преглед дојки мамографом у [име установе терцијарне здравствене заштите] јер мамограф више не ради него што ради, напомињем да сам оперисала карцином дојке и да ми је мамографија саставни део контроле.“

Близу петине одговора испитаника (49; 17,63%) указује на неповерење испитаника у систем здравствене заштите исказан путем критичких ставова пуних незадовољства, ироније или скепсе:

„Могу рећи само: 'катастрофа.'“ / „Систем заштите је уништен. [...]“ / „Катастрофа нам је ЗДРАВСТВО, ако немаш везу можеш да цркнеш.“

„Молити бога да се не разболиш!“ / „Молим бога да више не оболим.“ / „Надам се да ћу умрети брзо и лако да не паднем на терет породици...“

„Све ово има мало смисла јер закони постоје, а људи их не поштују. Са резултатима анкете ћемо сам знати у каквом смо проблему, али га нећете решити.“ / „Заказивање је Голгота [...] Мислим да је ситуација безнадежна.“ / „Систем се не може променити.“

Више од десетине испитаника (31; 11,15%) у својим одговорима сматра да је систем здравствене заштите потребно изменити тако да пацијенти могу сами да одлучују коју врсту здравственог осигурања ће уплаћивати и у којим установама ће се лечити:

„[...] Мој предлог је да нам се не одбија од плате за здравство већ да добијемо сав тај новац у склопу плате, па ми онда можемо платити приватно здравствено осигурање које покрива много више, а одржавање(месечно давање је много мање). Или је можда најбоље да сами одлучимо како ћемо плаћати здравствено осигурање.“

„Укинути плаћање државног здравственог осигурања и формирати приватни фонд, или направити могућност да свако бира и плаћа пакете услуга, те онда када ми нешто, не дај боже, затреба од прегледа да одмах могу да услугу и преглед и тражим, али и добијем.“

Значајан број одговора (од двадесетине до близу десетине њих) односи се на здравствену заштиту посебно рањивих друштвених група: жене (21; 7,55%), децу (19; 6,83%), као и

пацијенте са малигнитетом, старије особе и становништво мањих насељених места (16; 5,76%). Један од одговора пацијенткиња са малигнитетом наведен је у ранијим примерима, а илустративан је и следећи одговор у вези са здравственом заштитом жена, нарочито трудница:

„[...] Могу само да вам нагласим да је најгора установа што се тиче чекања и понашања запослених саветовалиште за жене. Тамо докторице стално паузирају, нервозне су, непријатне. Немам ништа лепо да кажем заиста. Мислила сам да ми се то само чини, кад сам била трудна чекала сам четири сата неки папир, па треба да их буде срамота.”

Близу десетине одговора испитаника (20; 7,19%) исказује подршку спровођењу овог истраживања, у смислу да је похвално да се неко бави и правима пацијената у окриву система здравствене заштите. Док више од двадесетине специфичних одговора испитаника (16; 5,76%) наводи да су пацијенти о својим правима у области здравствене заштите недовољно информисани, на ову тему реферирају и поједини одговори који похваљују спровођење овог истраживања:

„Анкета је супер, сазнала сам многе ствари. Рецимо за потврду са којом можеш отићи приватно. Мислим да људи не знају за тај податак [...]”

„Анкета Вам је добра, чак информативна! Прилично сам се подучио из Ваших питања. [...]”

Приближно исти број одговора (18; 6,47%) односи се на неслагање испитаника са допунским радом доктора медицине-специјалиста у приватној пракси због тога што то, по њима, лекари тај свој положај злоупотребљавају, односно он их доводи у сукоб интереса:

„Поздрављам вашу акцију, али то не вреди док год исти лекари раде у државној и приватној установи јер пацијенте усмеравају у приватне установе.”

„Доктори су заслепљени радом у приватним праксама, упућују на приватне лабораторије, са изговором да у државној анализа не постоји, иако постоји.”

„Треба дуплирати плате државним докторима и забранити им истовремени рад у приватним болницама.... јер је то класични сукоб интереса, који се данас толерише. То је исто када би судија поподне радио у адвокатској канцеларији...а до подне судио странкама, коју једну заступа дотична канцеларија...”

Двадесетина одговора испитаника (14; 5,04%) указује на то да здравствене установе избегавају да пацијентима издају потврде, односно овере упуте од изабраног лекара о немогућности обављања специјалистичког прегледа у прописаном року:

„Добијање те потврде је у пракси немогуће. [...] Одма су ми препоручили да идем приватно ”

„Чула сам од познаника који су тражили потврду да здравствене установе нису хтеле да издају!”

Поједини одговори указују и на поимање узрочно-последичне везе између прибављања потврде, односно овереног упута и остваривања права на рефундацију трошкова прегледа у

приватној пракси од стране испитаника, одишући сумњом у то да ће право на рефундацију бити остварено чак и уколико пацијент са прописаном потврдом и документацијом покрене поступак пред надлежном филијалом РФЗО⁵⁶, а што поново указује на недовољну информисаност пацијената.

Мање од двадесетине испитаника (1-10; 0,36-3,60%) у својим одговорима указује на немогућност правовременог обављања превентивних прегледа у постојећем систему здравствене заштите, на потребу за „везама” да би се остварило право на неке од услуга, на корупцију, као и на поједине друге аспекте функционисања поменутог система. Уз похвале појединим лекарима и изражавање задовољства услугама система здравствене заштите, те искуства са „заштитником права пацијената”, поједини испитаници имају потребу да укажу на то да услуге здравствене заштите нису бесплатне, него да се за њих издвајају доприноси из прихода грађана, те да стога грађанима треба у оквиру њега обезбедити и одговарајуће услуге:

„Имао сам случај повреде (лом руке, повреда јагодичне кости). Обављане су операције и остало, али после изласка из болнице сјећам се да су ми прописани неки лекови. Ниједан лек нисам добио на рецепт бесплатно него сам сваки морао платити. Питам се зашто плаћамо осигурање. Нагласићу да не знамо колико нам је здравство у хаосу него кад се нешто догоди, као мени повреда. Тада сам имао врло лоше искуство и увидео где се налази наше здравство, уосталом као и све, [...]”

САВЕТНИЦИ ЗА ЗАШТИТУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Упитнике за саветник за заштиту права пацијената (у даљем тексту: саветници) попунило је њих осам⁵⁷, док је у раду фокус групе учествовало шест⁵⁸ саветника. Одговори саветника односе се на рад, односно поступање општих болница, односно клиничког центра на територији јединице локалне самоуправе у чијој су градској, односно општинској управи запослени.

Подаци из упитника

Број и структура приговора осигураних лица током 2016. које су саветници имали у вези са проблемима приликом остваривања њихових права из обавезног здравственог осигурања у односу на опште болнице наведени су у табели 3:

Табела 3. Број и структура приговора осигураних лица саветницима за заштиту права пацијената у односу на опште болнице на територији АПВ током 2016. године

Р.Б.	Укупни број поднетих пријава:	Жене:	Мушкарци:	Деца (млађи од 15 година):
------	-------------------------------	-------	-----------	----------------------------

⁵⁶ „Имам сазнања да нико ко је тражио потврду и добио је није код РФЗО успео да рефундира трошкове: МР, ЦТ...” (За поменуте прегледе је прописана листа чекања и они стога не подлежу издавању потврде о немогућности обављања прегледа у прописаном року, односно рефундацији од стране РФЗО у случају њиховог обављања у приватној пракси.)

⁵⁷ Из две општине (Врбас и Сента) и шест градова (Вршац, Кикинда, Нови Сад, Панчево, Сремска Митровица и Суботица).

⁵⁸ Из Врбаса, Зрењанина, Новог Сада, Сомбора, Сремске Митровице и Суботице.

		Писмени х:	Усмених на записник:	Писмени х:	Усмених на записник:	Писмених:	Усмених на записник:
1.	Врбас: 2	-	-	1	1	-	-
2.	Вршац: 1	-	-	-	-	-	1
3.	Кикинда: 2	-	1	-	1	-	-
4.	Н. Сад: 13	7	1	4	1	-	-
5.	Панчево: 2	2	-	-	-	-	-
6.	Сента: 2	-	1	-	1	-	-
7.	Ср. Митровица: 164	-	100	-	60	-	4
8.	Суботица: 0	-	-	-	-	-	-
Укупно: 186		9	103	5	64	-	5
		Жене: 112 (60%)		Мушкарци: 69 (37%)		Деца: 5 (3%)	

Најзаступљенији разлози за подношење приговора саветницима су повреда права на доступност здравствене заштите и поштовање пацијентовог времена, најчешће у виду немогућности заказивања прегледа код доктора медицине - специјалиста, као и незадовољство квалитетом пружених здравствених услуга и садржином медицинске терапије. Судаћи по одговорима саветника на питање о основаности приговора пацијената у 2016. години, свега два (око 2%) је било основано.

На специфична питања у вези са приговорима на немогућност заказивања специјалистичко-консултативних или дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листа чекања у прописаном року одговорило је двоје саветника, док преосталих шест на ово питање није одговорило. Укупно је забележено шест приговора (по три од жена и по три од мушкараца), који се сви односе на то да општа болница није заказала специјалистичко-консултативни и/или дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања најкасније у року од 30 дана од дана јављања пацијента у здравствену установу са одговарајућим лекарским упутом. На заказивање поменутих прегледа у року дужем од 30 дана, као и на потпуну немогућност њиховог заказивања није забележен ниједан приговор грађана саветницима.

Саветницима се за савет или информацију о њиховим правима из (обавезног) здравственог осигурања у односу на опште болнице на територији АПВ усмено (без записника) обратило више од 1000 грађана (табела 4):

Табела 4. Број и структура усмених обраћања осигураних лица саветницима за заштиту права пацијената у односу на опште болнице на територији АПВ током 2016. године

Укупан број усмених обраћања:	Жене:	Мушкарци:	Деца (млађи од 15 година):
Лично: 380	202	175	3
Телефоном: 653	363	280	10
Укупно: 1033 (100%)	565 (55%)	455 (44%)	13 (1%)

Превасходни разлози за усмено обраћање саветницима су повреда права на доступност здравствене заштите и поштовање пацијентовог времена, најчешће у виду немогућности заказивања прегледа код доктора медицине-специјалиста (нпр. офталмолога,

дерматовенеролога, прегледа ЦТ-ом, доплером, итд), као и на нељубазност здравствених радника и здравствених сарадника, немогућност добијања упута за преглед код доктора медицине-специјалиста, функционисање система заказивања прегледа, начин пружања здравствених услуга и њихов квалитет. Један од саветника у свом завршном коментару, а у вези са овим питањем, наводи следеће:

„Свеобухватно посматрајући, у протеклој години примећен је повећан број контаката пацијената у смислу тражења информација у вези са правима пацијената, док је с друге стране број формално поднетих приговора смањен.“

Пет саветника тврди да су се током 2016. године сусрели са случајевима да су осигурана лица, након што је приликом њиховог обраћања утврђено да постоји основ за поступање саветника за заштиту права пацијената у односу на општу болницу, ипак одустала од подношења приговора о повреди права из обавезног здравственог осигурања. Један саветник навео је да о овоме не води евиденцију, док двоје на ово питање није одговорило. Док поједини грађани као разлог наводе своју одлуку да преглед обаве у приватној пракси, највећи број њих од приговора одустаје услед жеље да остану у добрим односима са медицинским радницима, првенствено због тога што приговор мора да буде потписан, односно не може да буде анониман. Као илустрацију наводимо следећи одговор једног од саветника:

„Када зову телефоном и добију одговор на питање које их занима, неки пацијенти желе да остану анонимни. Кажу да неће да се представе или да неће да дођу и потпишу приговор да не би имали касније проблема, тј. неће да се замера лекару, јавно, јер ће опет морати код њега због лечења.“

У одговорима саветника постоје и назнаке настојања здравствених установа да се проблеми на које пацијенти подносе приговоре што ефикасније решавају:

„[у 2016. години.] повећан је број решавања проблема пацијената пре доношења налаза о основаности поднетог приговора, јер се повећава број случајева да руководиоци медицинских установа, у свом одговору на наводе приговора, истовремено предложе начин решавања који у принципу пацијенти са задовољством прихватају. Ово се посебно односи на приговоре који су поднети на повреду права на поштовање пацијентовог времена (углавном заказивање прегледа), јер је у принципу такву повреду права најлакше отклонити. Када су у питању рокови предвиђени Законом о правима пацијената за поступање саветника за заштиту права пацијената и рокови за достављање информација, података и мишљења од стране здравствених установа, прописани рокови се поштују.“

Подаци од двоје саветника који су доставили одговоре на питање о њиховом поступању по приговорима осигураних лица на заказивање специјалистичко-консултативних или дијагностичких прегледа у општим болницама на територији АПВ указују на то да је исто на прописани начин, односно у прописаном року извршено у укупно 14 наврата (тј. у случају скоро 8% приговора). Подаци о броју случајева када, према сазнању саветника, након њиховог поступања поменуто заказивање није извршено нису достављени. Међутим, двоје саветника који су доставили одговоре на први део овог питања, оно о успешности сопственог поступања,

ипак тврди да се нису нашли у ситуацији да даље поступају у случајевима када ни након њиховог првобитног поступања осигураном лицу није било омогућено заказивање прегледа у општој болници у прописаном року.

Завршни коментари саветника наведени у упитнику указују на то да се свега око 10% приговора осигураних лица односи на општу болницу, док је се преостали приговори односе на примарну здравствену заштиту, првенствено због нефункционалности начина заказивања прегледа уз помоћ система ИЗИС (тј. због недовољног броја слободних термина), нарочито у локалним самоуправама ван Новог Сада из којих је потребно осигурана лица упутити на лечење у установе секундарне или терцијарне заштите у овом граду, а о чему сведочи и следећи пример:

„Недовољан број лекара специјалиста у Општој болници у [име јединице локалне самоуправе] је трајан проблем јер је она, по оснивачком акту, регионална за неколико општина, и 230.000 становника, а број лекара и медицинског особља није адекватан броју пацијената који се у њој лече. [...] Након увођења електронског заказивања прегледа било је случајева 'несналажења' типа – закаже се преглед у здравственој установи у Новом Саду, потребно је донети неке налазе из Болнице у Врбасу, па се преглед код специјалисте у [име јединице локалне самоуправе] по слободном термину, закаже након термина заказаног у Новом Саду!”

Осим што је највећи град на територији АПВ, Нови Сад је у специфичној позицији због тога што је на његовој територији, између осталих, и КЦВ, који обједињује услуге секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите. Због тога је, по речима надлежног саветника

„[...] крајем прошле године интензивирана [је] сарадња између Дома здравља НовиСад и Клиничког центра Војводине, у циљу превазилажења наведених проблема. Такође, у Клиничком центру Војводине учињене су и организационе активности у циљу решавања проблема заказивања пацијената, у случајевима када изабрани лекар пацијенту са пребивалиштем ван Новог Сада не може да закаже преглед на предвиђен начин путем ИЗИС-а, о чему су саветници пацијената писаним путем обавештени од руководства Клиничког центра Војводине. С тим у вези, са позиције саветника за заштиту права пацијената, посебно изражавамо захвалност што нам се, у циљу информисања, редовно достављају извештаји са поменутих састанака између Дома здравља и Клиничког центра Војводине, имајући у виду да је предмет истих од велике важности за остваривање и унапређење права пацијената. Надаље, у протеклом периоду, уочено је знатно смањење обраћања пацијената у вези са операцијом катаракте, а на шта је утицало склапање уговора РФЗО са приватним очним клиникама. Такође, протекле године пацијенти су често постављали питања у вези са могућностима да се лече у Војномедицинском центру Петроварадин.”

Један од саветника постојећу ситуацију у својој јединици локалне самоуправе, а у вези са предметом овог истраживања, као и сопствене могућности поступања, резимира на следећи начин:

„Проблеми са заказивањем постоје и то сви знају. Главни узрок је недостатак термина у програму ИЗИС. С обзиром да термине одобрава директор

здравствене установе, саветник пацијената нема утицај да реши те проблеме, па ја пацијенте упућујем у тим случајевима на здравствену инспекцију и то по савету из здравствене инспекције.”

Информације из фокус групе

Услови рада и стручно усавршавање саветника за заштиту права пацијената

Саветници за заштиту права пацијената најчешће нису у таквом положају да у свом раду могу у потпуности да се баве остваривањем и заштитом права грађана у области здравствене заштите, него неретко у својој јединици локалне самоуправе обављају и послове у области социјалне заштите (нпр. остваривање права на накнаду за време породичног одсуства, одсуства са рада ради неге детета, родитељски додатак, итд).

Саветници помињу да су похађали едукације потребне за обављање њиховог посла, али сматрају да још увек има простора за њихово стручно усавршавање и размену искуства са колегама из других средина, будући да у ову област заштите људских права спадају бројне услуге у систему у ком је здравствена заштита зајемчена разним друштвеним групама на три нивоа (примарном, секундарном и терцијарном).

Сарадња саветника са Министарством здравља, јединицама локалне самоуправе и запосленима у здравственим установама

По питању сарадње са надлежним Министарством, саветници сматрају да је потребно пронаћи начин да се највиши нивои одлучивања у вези са здравственом политиком континуирано информишу о томе какве практичне проблеме здравствене установе имају на терену приликом пружања својих услуга у складу са прописима и са постојећим техничким, материјалним и људским ресурсима. Утисак саветника је да здравствена политика већ дужи време није довољно ефикасна и целисходна са аспекта остваривања права грађана на здравствену заштиту на начин на који је она зајемчена у Републици Србији. Један саветник је као пример навео ситуацију у којој се нашао директор опште болнице на територији јединице локалне самоуправе у којој је запослен. Наиме, на захтев за добијање санитарских возила од стране надлежног министарства, директор опште болнице добио је образложење да тих возила нема, односно да ће се „нешто видети до краја године”, да би недуго затим у медијима сазнао да је једна болница на другом крају земље, која покрива територију са знатно мањим бројем становника, добила пет санитарских возила. Један од саветника наводи и следеће искуство:

„[...] било би коректно да нас [надлежно Министарство] обавештава око тога шта све... Можда они и зову председника општине на састанке, [...] то до мене не стиже. Мислим, они људи и оду [...] Ми имамо Општу болницу која је једина у [име округа], на 12 општина, осим [име насељеног места], чији је оснивач Извршно веће Војводине⁵⁹, која је основана као регионална за седам општина, која у плану мреже

⁵⁹ Покрајинска влада АП Војводине.

здравствених установа није препозната. Она је локална болница за Општину [име општине]. А тамо гравитира 230.000 пацијената. Ту нема шансе да се доведе у склад ни по материјалним трошковима. Ми добијемо два милиона за материјалне трошкове, а 1.800.000 смо платили да се опреми ЦТ. Где је ту даље прича? Ту се неке ствари морају мало заокружити, да се евентуално та норматива реши на начин да је она стварно доступна. А не да ја седим цео дан на интернету и да тражим неке... [недовршена реченица] То је страшно.”

На важност сарадње на различитим нивоима јавне власти у вези са пословима у надлежности саветника за заштиту права пацијената указује и следеће запажање:

„Нека систем препозна да је овај посао стављен у надлежност општинске управе. Нама апсолутно нико ништа не доставља. Ни шта мисли Министарство, ни шта планира. На седнице и састанке се зову сталне конференције, здравствене установе посебно, социјалне установе посебно, општине нико нигде не зове. [...] Овде се ипак тиче живота људи и здравља [...] Уосталом, сви смо у систему здравствене заштите, сви се некад нађемо у улози пацијента.”

Само један од саветника се веома похвално изразио о Савету за здравље у јединици локалне самоуправе у којој је запослен, будући да редовно присуствује свакој седници поменутог Савета, ком редовно доставља и „тзв. типске извештаје, које је Министарство прописало Правилником”, без обзира на то да ли је у току месеца било званичних приговора пацијената или не. Искуство саветника указује на то да је упутно на неки начин забележити свако њихово поступање по телефонском или личном обраћању пацијената, без обзира на то да ли ће они касније поднети званични приговор. То је изузетно важно због тога што се највећи број ситуација поводом којих им се пацијенти обраћају решава у ходу, како би они, будући да су у питању особе са здравственим проблемом, у најкраћем року добили потребну медицинску услугу.

Поједини саветници наводе примере регионалне сарадње, на нивоу управног округа, којом се путем дељења, односно рационалније расподеле постојећих ресурса повећава степен доступности здравствених услуга већем броју пацијаната у краћем року. Потреба за оваквим организовањем рада здравствених установа нарочито је изражена у односу на службе хитне медицинске помоћи, које потпадају под примарну здравствену заштиту. Величина географског подручја које ове службе покривају у директној је сразмери са вероватноћом да ће њихове услуге бити потребне већем броју људи у исто време, те да ће, услед ограничених расположивих ресурса, пацијенти не само бити приморани да чекају на прегледе и интервенције, него ће због тога своје незадовољство усмеравати и ка медицинском и другом особљу у здравственој установи, па и подносити приговоре саветницима.

Саветници се позитивно изражавају о њиховој сарадњи са лекарима, начелницима одељења и директорима здравствених установа, а у вези са приговорима пацијената на рад здравствених установа, укључујући и опште болнице:

„[...] сарађујем директно са директором болнице или са директором Дома здравља. Директно одем на ту адресу. Не идем на одељење, не идем код

начелника одељења, не испитујем тако него одем, дође неко из правне службе, дође главна сестра болнице, дође директор и онда се тако реши. [...]

Информисање пацијената

Саветници сматрају да је информисање грађана о њиховим правима, али и дужностима и обавезама у оквиру система здравствене заштите кључно и за то да они разумеју шта значи могућност да се обрате, односно поднесу приговор саветницима за заштиту права пацијената. Неспоразуми које саветници, али и запослени у здравственим установама, имају са пацијентима у највећој мери проистичу из недовољне информисаности грађана не само о њиховим правима у области здравствене заштите, него још више из непознавања прописаних начина њиховог остваривања, па чак и свесног избегавања да у својству пацијената поступају на прописани начин. Као разлози за то наводе се неповерење у институције здравственог система, који се доживљава као спор, неефикасан и несврсисходан, нарочито у поређењу са приватном праксом, али из материјално-финансијских разлога пожељнији.

Као ефикасне методе информисања пацијената о њиховим правима у области здравственог осигурања и начинима њиховог остваривања и заштите препознају се информације истакнуте на видна места у здравственим установама, као и медији, нарочито електронски, у којима би гостовала одговорна лица и руководиоци здравствених установа, а који би грађанима уједно објаснили и могућности лечења у односу на постојеће стање у поменутим установама.

Саветници сматрају да би и они сами или запослени у здравственим установама, нарочито особе које у очима јавности имају ауторитет, могли допринети умањивању неспоразума у вези са остваривањем права на обављање специјалистичких прегледа у прописаном року, али у вези са дужностима и обавезама установа здравствене заштите, односно надлежностима саветника за заштиту права пацијената

„Ја мислим да је јако важна та едукација, да је јако важно да се, да ли ми или неко други, није важно ко од тих директора здравствених установа појави међу тим народом и да каже да је ситуација таква, стање је такво, сагледавамо кроз извештаје, разговоре, договоре, састанке шта можемо да урадимо на нивоу града, да урадимо на вишем нивоу. Иначе ту краја нема.“

„Сад је био један пацијент, донео је упитник 'Имам право да знам' везано за вакцинацију. И дошао је код мене и питао како да добије информацију везано за то. Ја му кажем да иде у амбуланту, имате право на обавештење. Онда ме он пита шта ако лекар не одговори, а ја кажем да онда дође код мене, па ће поднети приговор.“

Ресурси у систему здравствене заштите

Уз горе наведено недовољно улагање у едукацију лекара и медицинског особља, као и недостатак, односно нефункционалност постојеће опреме, саветници указују и на проблем недовољног броја немедицинског особља у здравственим установама, укључујући и опште болнице, као и на недовољна финансијска средства која овим установама стоје на располагању за ангажовање поменутог особља:

„Ми имамо Општу болницу која је регионална, а имамо једно санитарско возило на нивоу Опште болнице и два возача, која они не могу да плате. Ни прековремене сате, и ништа, пацијенти стоје, наравно да ће да се жали када се смрзао тамо у гаражи, чекајући да га одвезе [санитарским возилом] до [име насељеног места] или да га врати. И наравно да постоји приговор, и наравно да је тај приговор оправдан, то је Општа болница.“

Судећи према сведочењу саветника, ситуација није боља ни када су у питању материјално-технички ресурси и медицинска опрема:

„Имамо апарат ЦТ, па то је страшно, то је у распаду, мењала се тамо нека цев која је коштала не знам колико. Сви су код нас, и [наводи имена три општине], сви су код нас у [наводи име града у ком се налази општа болница].“

Као најдефицитарније профиле доктора медицине-специјалиста саветници наводе интернисте⁶⁰ и офталмологе⁶¹. Недовољан број лекара и медицинског особља и њихова последица (пре)оптерећеност посредно се одражава и на рад саветника. Саветници сматрају да проблеми у вези са заказивањем прегледа у установама секундарне здравствене заштите настају већ у домовима здравља, односно на примарном нивоу, са ког се онда пацијенти, нарочито у случајевима који су процењени као хитни, кумулативно упућују у најближу општу болницу. Упркос најбољој вољи саветника да посредују у решавању проблема пацијената са заказивањем прегледа, због мањка лекара специјалиста у општим болницама некада је физички неизводљиво све пацијенте прегледати у законом прописаном року.

Саветници наводе да у њиховом раду изазов представља и то да се надлежни, али и Закон о правима пацијената⁶², позивају на материјалне могућности система здравствене заштите, чиме се пацијентима шаље имплицитна порука да државни органи самим тим нису она инстанца која сноси (превасходну) одговорност за то што могућност уживања, односно квалитетног остваривања њиховог Уставом Републике Србије⁶³ зајемченог права на здравствену заштиту већ од самог почетка може бити доведена у питање:

„[...] проблем је тај члан 6 Закона о правима пацијената [...] о томе је, пре неколико година [...] био један семинар. И он је [представник Министарства здравља] једно пет или шест пута поменуо – у складу са материјалним могућностима система здравствене заштите. Пазите, ако тако тумачите, ви можете све под тим... [недовршена реченица] Материјалне могућности су и мало лекара, и не ради ЦТ, и не ради магнет. Материјалне могућности су такве. Ево ја хоћу да закажем, али ово не ради.“

⁶⁰ У једној општој болници „уско грло [је] интерно одељење, амбуланта. Ми имамо једног лекара у датој области, а регионални. Они објективно не могу да приме.“

⁶¹ „Ја сам имао скоро сваки трећи приговор везано за операцију катаракте. А када су убацили сад приватне клинике на рачун Фонда да иде, е сад се ту мало отчепило, ту је мало олакшано.“ / „Код нас је највећи проблем офталмологија.“

⁶² У његовом II делу, који се односи на права пацијента, у члану 6, којим се јемчи право на доступност здравствене заштите, став 1 гласи: „Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите.“

⁶³ Чл. 18, ст. 1 и чл. 68, ст. 1.

Стручно усавршавање запослених у здравству

Најчешће помињана потреба за едукацијом запослених у систему здравствене заштите је она о коришћењу тзв. система ИЗИС (обједињеног система заказивања прегледа) и начина на које лекари могу издавати упуте, односно заказивати прегледе пацијентима изван система ИЗИС, нарочито у хитним случајевима, када је најчешће потребно и болничко лечење. На основу приговора грађана и из комуникације са здравственим установама, саветницима се намеће утисак да они запослени у здравственим установама који су задужени да користе овај систем то чине на неефикасан и несврсисходан начин, а претпостављени разлог за то је њихова недовољна обученост за рад са овим системом, као и недовољан општи ниво обавештености и едукованости лекара и медицинског особља о прописима у здравству:

„[...] има пет начина на које пацијент може да мимо ИЗИС-а оде у болницу. Имате хитно, са датумом, без датума, лекар једноставно има могућност да пацијент оде у болницу на тај начин. Међутим, наши изабрани лекари и не знају за такву могућност. Чак сам ја штампала директорици да погледа на који начин то све може да се одради. Једноставно, нису довољно обучени сами што се тиче ИЗИС-а. Па и кад то ураде, врате их са шалтера, а онда болница не зна. Онда сам ја болници, исто правнику, објашњавала, послала сам му мејл да видимо на који начин то стварно може. [...] Онда имате други проблем. [...] Недовољна је обавештеност од стране лекара за многе ствари. Није довољно да организујемо семинаре само за директоре. Пацијент прво наилази на здравственог радника, па тек онда долази лекар. На шалтеру ће га дочекати здравствени радник. Само су извршиоци важни, онај лекар који са њима ради.”

Саветници указују и на то да је едукација здравствених радника важна и у интересу њихове сопствене формалноправне заштите у случајевима када је за предузимање неке, нарочито инвазивне, дијагностичке и терапијске мере неопходан писани пристанак пацијента, односно законског заступника:

„[...] то лекари не знају довољно. Мислим да би они потпуно другачије поступали када би њима неко лепо и пажљиво и полако прочитао овај члан Закона. Надлежни здравствени радник сноси ризик. Сад, да ли је надлежни здравствени радник осигуран или није осигуран од одговорности, ја не знам. [...] Проблем је што се овде иде ка личној одговорности надлежног здравственог радника, [...] Не треба он да зна све ове чланове Закона, него оне који су јако везани за њега и који њему, конкретно, могу да праве проблем. [...] ако вас и покрије осигурање, ви сте означени ту као неко ко сноси те штетне последице. Није то згодно ни за самог лекара који поступа.”

Имајући у виду постојеће стање у здравству, саветници сматрају да не изненађује то да су лекари и медицинско особље недовољно мотивисани да учествују и на едукацијама које би од њих захтевале додатно време и ангажман:

„Тешко је утицати на некога ко је мало плаћен за тежак посао. [...] То је суштина. И сад ви од њега тражите још додатне напоре, да он додатно ради садржајније, квалитетније, а истовремено ни он сам није задовољан платом. [...] ако је тачно

то што пише по новинама, много је људи, лекара који одлазе у иностранство. [...]”

Прописи у области здравствене заштите

Као један од изазова најтешње повезаних са приговорима пацијената на квалитет пружених здравствених услуга, саветници истичу и недоследност, односно неусаглашеност прописа, која у појединим случајевима производи позитиван сукоб надлежности и последично неусаглашено поступање надлежних инстанци, те стога може пацијенте довести у забуну:

„[...] Закон каже да постоји право на накнаду штете по општим правилима, упућује те на парницу. [...] Они прво спроведу поступак код нас. Не кошта ништа. Право на квалитет пружања здравствене услуге. [...] Несретно је мало повезано. Имате право на квалитет пружања здравствене услуге, а истовремено то не значи право на накнаду штете директно, него мора суд то да утврди, не може нико други. [...]”

„[...] ја сам имала сад случај, био је у питању квалитет пружања здравствене услуге. Пацијент је, у питању је малигно обољење, четврти стадијум већ. И поднесе све. Ја причам са директором и тражим мишљење везано за квалитет пружања здравствене услуге. За то време, пацијент се обратио адвокату, адвокат је упутио већ тужбу болници и послат је исто здравственој инспекцији. Здравственој инспекцији је прошло неких 60 дана да се изјасне. У међувремену, здравствена инспекција одлази у болницу и зову мене телефоном: 'Ви сте, колегинице, упутили допис болници везано за повреду права пружање квалитетне здравствене услуге. Ми сад преузимамо.' И то је све што сам ја добила, рекли су телефоном да напишем службену забелешку да они сад преузимају поступак и то је све. Нити имам повратну информацију даље шта се десило. Иако сам звала болницу да ми се изјасне. Сад ћу им поново послати допис, да видим шта се у ствари десило. И шта сад. Вама здравствена инспекција каже само запишите службену белешку.”

„[...] Да ли се особи која има 65 година уграђује цементни или бесцементни кук? То је нека секција за ортопедију Републичког завода за здравствено осигурање. И долази пацијент и каже да хоће да да паре, да за хиљаду и по евра купи не знам какав кук, [...] али они њему то неће да уграде, неће, чак и не смеју. И онда, [...] да ли по уговору који је дом здравља склопио са Фондом, индекс артеросклерозе улази или не улази у цену услуге и да ли дом здравља има право да то наплати кад се вади липидни статус. [...] на крају директорица има једно мишљење, друго мишљење постоји у неком мејлу што је стигао из ... [недовршена реченица]”

Заказивање прегледа путем система ИЗИС

Саветници сматрају да је део проблема у вези са дугим чекањем на прегледе лекара специјалиста и то што запослени у здравственим установама нису довољно едуковани, односно да не умеју у потпуности да искористе могућности које он нуди:

„Овај ИЗИС систем, обједињени систем, потребна је здравственим радницима едукација у тој области. Можда они, нећу да кажем да су сувише сујетни, мислим да морамо да учимо током живота. Они отворе тамо зелено поље, каже нема термина, и сад ти или умри или шта ради.. Сналази се, тражи неку везу. То је тај наш менталитет.”

Поједини саветници указују и на очекивања пацијената да ће, уколико се њима обрате, саветници својим ауторитетом издејствовати заказивање одређеног прегледа у законском року. Саветници сматрају да пацијентима треба слати јасну поруку у вези са тим са којим циљем и на који начин они воде поступак, како се они не би свели на својеврсни „алтернативни” механизам убрзавања заказивања прегледа и тиме изгубили своју сврху механизма надзора над радом здравствених установа.

Међутим, заказивање прегледа код лекара специјалиста у прописаном року, њихово обављање и спровођење зависи и од тога да ли се од поменутих лекара до постављања дијагнозе захтева специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед, да ли се одређена врста прегледа може (благовремено) обавити на примарном или секундарном нивоу здравствене заштите, те да ли ће, у најбољем интересу пацијента и због хитности лечења, у дијагностичком поступку бити уважени налази специјалистичких прегледа обављених у приватној пракси. О овом проблему сликовито говори следећи пример из праксе једног од саветника:

„Свако има свој проблем. Специјалисти су имали проблем да им лекари опште праксе, као што је колегиница рекла, шаљу за све и свашта пацијенте, да им шаљу директно пацијенте, прескачу своје специјалисте у оквиру примарне здравствене заштите и не поштују одредбу Правилника да изабрани лекар уз упут лекару специјалисти обавезно доставља налазе о здравственом стању осигураног лица за лабораторијска, радиолошка и друга испитивања. Специјалисти су рекли да им шаљу недовољно прегледане људе, недовољну медицинску документацију и да онда губе време на оно што су лекари опште праксе могли да реше пре него су послали пацијента. Са друге стране, лекари опште праксе кажу: 'Да, али ви нама шаљете назад да ми вама заказујемо магнетну, а ви имате магнет у оквиру ваше установе. Ако ваш хирург сматра да пацијент треба да иде на магнет, пошаљите га ви директно интерним упутом.' Ја сам указао тада и једнима и другима на одредбе Правилника⁶⁴. Ја знам како иде у пракси, али знам и шта пише. Како пише за обавезе лекара опште праксе, тако пише и ова друга обавеза. И морам да кажем да у средини за коју сам ја надлежан, почео је да функционише систем интерних упута. [...] То је мало растеретило примар, у том неком смислу да они не морају да се баве тим проблемом. Следећи проблем, који је сличан, и мислим да то није довољно решено, је однос између приватне праксе, специјалистичке приватне праксе и пацијената који тамо добијају услугу, а треба даље да се лече у некој од државних институција. Наиме, неспорно је да сваки лекар опште праксе мора да поштује упуте лекара специјалисте. Али, ви имате сад један ћорсокак. Ви имате у Правилнику решено за одређене гране лекара специјалиста који су приватници какав је систем. Али

⁶⁴ Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

имате проблем, шта ако лекар специјалиста сматра да треба да се уради нешто. Он вас не може директно упутити у Клинички центар зато што није умрежен у ИЗИС. Они неће да прихвате, кажу да они само преко ИЗИС-а прихватају. Када приватни специјалиста каже да треба да се уради магнет, онда кад пацијент оде код лекара опште праксе, лекар опште праксе каже: 'Ја не могу да те упутим директно без да те мој специјалиста прегледа.' И онда ви у ствари истог човека шаљете код новог специјалисте. И сад замислите, нигде по закону, колико ја знам не постоји обавеза специјалисте А да поступа по путама специјалисте Б. Специјалиста је специјалиста, можда има другачији став и каже да он опште не мисли тако. По мени треба Ц – друго стручно мишљење. И ту сад постоји проблем, као што се рецимо појавио проблем код мене у пракси са [наводи име установе секундарне и терцијарне здравствене заштите]. У случају да пацијент добије упут за [наводи име исте установе], он оде тамо код специјалисте и ако специјалиста из [поменуте установе] тражи неке додатне претраге које могу да се обаве, рецимо у [другој установи секундарне и терцијарне здравствене заштите], не може да га упутује јер није умрежен у ИЗИС. И шта се онда догађа? Онда ви у ствари враћате таквог пацијента назад код лекара опште праксе и опет лекар опште праксе [...] мора да прође свог специјалисту, јер лекар опште праксе не може да прескочи свог специјалисту. Он опет мора да иде тим редоследом да би могао да да упут. Онда ви у ствари имате једну врсту, да тако кажем, дуплог шетања пацијента, и срећа је што ови специјалисти који пишу упут, ајде, прихвате ставове својих колега. Али, шта да не прихвате? [...] Врло је интересантно, ви кад неког позовете у терцијар, они ће само да кажу: 'Па ми само по ИЗИС-у, друго нас не занима.'

А шта је са пацијентом који има стари, класичан упут? [...] Правилник, који није мењан од 2013. године. [...] не каже да ви не можете да се појавите са класичним упутом, папирним, и да закажете на шалтеру преглед, јер Правилник каже месец дана од дана када се пацијент јави са упутом. Он се појавио, дошао је на шалтер. Сад ви треба да објасните човеку који је дошао из [помиње имена мањих места], сео у ауто, потрошио бензин, дошао у [помиње име града], донео је папирни упут и ви кажете да ли иде преко ИЗИС-а. А он каже: 'Да, али мој лекар, одакле сам ја, не знам, из [име малог места.], негде далеко, није успео, испред мене је пробао, није успео' и он је човек рекао: Ево ти папирни упут, па сад ти иди па пробај.' И онда мени дође пацијент и постави питање: 'Да ли ја могу да закажем преглед са овим?' Ја одговорим да не пише да не може. И то је најправилнији одговор у ствари. Не пише да не може. Значи да може. И тај проблем није мали, знате. Умреженост са ИЗИС-ом. На крају крајева, била је једна занимљива преписка са [помиње име једне општине], колегиница из [поменуте општине] је [писала установи терцијарне здравствене заштите], па између осталог стигло је то и до мене, мислим да је ту нешто ишло и преко Покрајинског секретаријата. Неки људи су тумачили, па кажу да лекари нису обучени да раде путем ИЗИС-а. Нисмо ми за то криви. Тако кажу у терцијару. А шта има пацијент са тим? Зашто бих ја као пацијент трпео, зашто би на мене утицало да ли је неко обучен или није да уради неки компјутерски програм који технички функционише или не."

Са друге стране, када говоре о дужностима и обавезама пацијената, саветници указују на то да није ретка појава да се пацијенти не појављују на специјалистичким прегледима у терминима

заказаним путем система ИЗИС. Као вероватне разлоге за то наводе да су пацијенти у неком краћем року на неки други начин, у некој другој здравственој установи, односно у приватној пракси (о свом трошку) обавили потребни преглед, или су напросто одустали од прегледа у установи у којој им је он заказан. Притом, пацијенти о свом одустајању од прегледа не обавештавају здравствене установе, те се у систему ИЗИС термини њихових прегледа воде као заузети, што додатно продужава рокове заказивања прегледа за нове пацијенте, односно чекања на њих. Према сазнањима саветника, за овај проблем у здравственим установама још увек није пронађено ефикасно и сврсисходно решење.

Допунски рад лекара специјалиста

Пацијенти се саветницима обраћају и у случајевима када се лече код лекара који су запослени у здравственој установи, а у приватној пракси обављају допунски рад. Саветници се у оваквим случајевима, заједно са пацијентима, често сусрећу са недоумицама, па и противречностима које индиректно указују на сукоб интереса:

„[...] Ето дође код лекара у државну установу, тамо му дају терапију, а онда му кажу да дође на контролу тамо где ради приватно. Па ме пита, каже, рекао ми је да треба да дођем тамо, да ли ја то треба да платим или не.”

Саветници сматрају да оваква пракса није у складу са прописима, али и да је разумљиво то што пацијенти, желе што пре, на ефикасан начин, да остваре своје право на одређену здравствену услугу, по могућности онако како им њихов лекар саветује. Уз то, пацијенти одлазак на преглед у приватној пракси доживљавају као начин да напослетку, на индиректан начин, ипак доспеју на лечење у здравственој установи, на рачун РФЗО. На питање како поступити у оваквим случајевима, један од саветника предлаже следеће:

„[...] такав пацијент кад пита шта да ради, ја кажем да има право да поднесе приговор, да напише то. И он то напише, па ови [из здравствене установе] када виде да је то написао, зову га, и све је у реду.”

Ова тема је, по мишљењу саветника, нешто о чему такође не постоји довољно података, односно званичних, писаних приговора пацијената, те стога овакви упити грађана, будући да саветници не могу веродостојно да докажу да су им се они у вези са њима усмено обраћали, остају незабележени.

Обавезе пацијената према здравственим установама

Саветници су указали на то да лекари и медицинско особље у здравственим установама нису у довољној мери упознати са обавезама пацијената по основу Закона о правима пацијената, а на које би они у свом раду могли да се позивају:

„[...] Доста лекара ме консултује везано за обавезе пацијената, у смислу обавеза пацијената према даваоцима здравствених услуга, односно према здравственим радницима или здравственим сарадницима. Шта је ту проблем? Лекари дефинитивно не познају тај део закона. Да л` им нико није рекао или нису сами прочитали, не знам. Закон је јасан [...] имате једну одредбу која је врло једноставна за примену [...] а то је да „пацијент је дужан да се придржава

упутстава и предузима мере прописане од стране надлежног здравственог радника, односно здравственог сарадника” (чл. 33 ст. 1 тач. 3 Закона о правима пацијената). Значи, дужан је да се придржава. Ако је да се вади крв, да се вади крв. А онда каже „ако се не придржава између осталог и тих, надлежни здравствени радник има право да откаже даље пружање здравствене услуге, обавести директора и уноси то“. Ја то лекарима говорим. Као што има права, не може нико да вас вређа, да псује. Лекари нису довољно обавештени... [...] Ако ви као лекар кажете пацијенту који виче [...]: 'Господине, у складу са тим и тим чланом Закона, у случају да се понашате тако како се понашате, могу да вам ускратим пружање даље здравствене заштите, обавестићу о томе мога начелника и завршили смо причу, изађите напоље.' Такав човек ће престати да виче. Ако ви уђете са њима у свађу: 'Ко си ти да вичеш на мене, ја имам малу плату, знаш ти да сам имао 50 пацијената', то није прави пут разговора. Прави пут разговора је да свако зна закон. [...] Ви знате и сами како је право на обавештење таксативно наведено шта све оно подразумева. И ако стварно пођете од тога, ако погледате шта све подразумева, па ако ви добијете све то што пише да треба да добијете, па ви нећете поставити ниједно допунско питање [...]"

Саветници су у овом контексту указали и на то да лекарима није добро представљен ни део Закона који се односи на повезаност права пацијента на пристанак на лечење са правом на обавештење:

„Закон јасно каже да онај пристанак који је неспоран, који имате чак и формално, не важи ако није претходило право на обавештење. [...] Да ли Комора није обавестила лекаре, да ли се нису тиме бавили, то не знам. Али дефинитивно мислим да им тај део није јасан. Многи мисле, ако имамо пристанак, то је то. А није то то. [...] Ја све више и више добијам приговоре поднете од стране адвоката, као пуномоћника странке [...] То су врло озбиљно написани приговори [...] И мислим да тих неколико ствари људима нису скроз јасне. Сад, да ли би ту помогла нека врста посредовања [...] Да се направи нека врста семинара на ту тему, па да се позову и једни и други. Ми смо се виђали по тим семинарима, ја сам мало виђао здравствених радника. Ја сам углавном виђао саветнике пацијената, административце, заводе, итд. [...] чак један професор је рекао да није имао појма да постоји овај Закон о правима пацијената.“

Издавање потврде о немогућности обављања специјалистичког прегледа у прописаном року

На питање о томе да ли опште болнице на територији АП Војводине издају прописане потврде, односно оверавају упуте од стране изабраног лекара, а којима се потврђује немогућност обављања специјалистичког прегледа у здравственој установи у прописаном року, сви саветници су се сложили у вези са тим да здравствене установе на сваки начин избегавају да издају ове потврде, односно да оверавају упуте у ову сврху. Као разлог за то наводе недостатак средстава у Републичком фонду за здравствено осигурање, ког су, по њиховом мишљењу, свесни и лекари и медицинско особље, али и надлежно министарство:

„Што се тиче издавања тих потврда, нема тога, када је њима речено у здравственим установама оног момента када ти издаш потврду, Фонду за здравство завлачиш руку у џеп. [...] кажу какве потврде, шутну вас са шалтера и

готово. Нема потврде. Одмах повреда[права пацијента по основу Закона о правима пацијента].”

Упркос томе што саветници тврде да су се, са друге стране, заштитници права осигураних лица у последње време више ангажовали у вези са заказивањем специјалистичких прегледа, само један од саветника наводи да је до сада видео једну издату потврду о томе да одређени специјалистички преглед не може бити обављен у року од 30 дана. Саветници су потом упознати са чињеницом да су током овог истраживања прикупљени подаци о броју (не)издатих потврда добијени од општих болница на територији АПВ, најблаже речено, нелогични, посебно имајући у виду опште познату чињеницу у вези са потешкоћама које грађани имају када је у питању заказивање специјалистичких прегледа у установама секундарне здравствене заштите, односно општим болницама. На основу сазнања из сопствене праксе, саветници су изнели информацију о томе да на крају ипак има значајан број пацијената којима је потребан специјалистички преглед, а који ово право због општег стања и начина организације рада у здравственим установама не могу, односно не успевају да остваре у прописаном року. Упитани о томе да ли свим пацијентима на крају, након уложених приговора саветницима и заштитницима права осигураних лица, буду заказани потребни специјалистички прегледи, саветници одговарају:

„Не буду. Буду чак задовољни у року од два месеца ако им закажу. [...] И до шест месеци.”

На основу неформалних сазнања од пацијената и запослених у здравственим установама, саветници такође указују и на то да се дешава да, противно прописима, у надлежном Фонду за здравствено осигурање инсистирају на томе да пацијенти, уз одговарајући захтев за рефундирање трошкова лечења, обавезно поднесу прописану потврду од здравствене установе, односно да Фонд одбија да као валидан документ призна оверени упут за специјалистички преглед издат од стране изабраног лекара са роком заказаним од стране опште болнице дужим од 30 дана:

„Без потврде ништа. Чак је речено, пошто мање-више сваки трећи оверен упут са датумом пробије тај рок од 30 дана, кажу да би то срушило систем. [...] Зато се инсистира на потврди, формално-правној потврди. [...]”

„[...] верујте, потпуно сам сигуран да је општи став да без потврде нема рефундације, иако у Правилнику пише да може и са овереним упутом.”

Са једне стране, поменута ситуација резултат је недовољног познавања прописа и сопствених права у области здравственог осигурања од стране пацијената, али и недоследне примене прописа од стране изабраних лекара, односно лекара специјалиста у примарној здравственој заштити са друге. Саветници се слажу у оцени да је прописани поступак остваривања права на специјалистички преглед о трошку Фонда за здравствено осигурање сложен, али да то не може бити оправдање за недоследно примењивање прописа, нити за делимично или погрешно информисање пацијената од стране здравствених установа о њиховим правима, односно о томе ко, под којим условима и за коју врсту услуга може издавати прописане потврде по

основу којих пацијенти који на то имају право специјалистичке прегледе о трошку РФЗО могу обавити и у приватној пракси:

„[...] мора изабрани лекар [пацијента] послати у прву најближу установу, где се тај преглед може обавити, па тек ако то не може, онда можеш добити рефундацију. Тако кажу у Фонду. Значи, потврда ОК, али прво идеш поступак да те специјалиста пре добијања потврде упуту и да те пошаље поново на преглед у најближу здравствену установу где то можеш да одрадиш, о трошку Фонда, па онда ако не можеш о трошку Фонда, онда добијаш потврду.”

По питању остваривања права зајемчених Законом о правима пацијената, саветници закључују да би се ситуација у вези са заказивањем специјалистичких прегледа у прописаном року додатно усложнила када би пацијенти инсистирали и на свом праву на друго стручно мишљење, будући да се оно врло уско тумачи од стране РФЗО. Иако то у Закону не пише, РФЗО је, судећи по искуствима саветника, става да су пацијенти о трошку Фонда дужни ово право да остваре у оквиру исте здравствене установе. Саветници тврде да, уколико се одлуче за то да друго стручно мишљење потраже у приватној пракси, пацијенти су тај трошак, према тумачењу Фонда, дужни да снесу сами.

Сарадња са заштитницима права осигураних лица

Сарадња саветника са заштитницима права осигураних лица постоји, нарочито откако је прописана могућност операција катаракте у приватној пракси о трошку РФЗО. Као изазов по питању сарадње са заштитницима саветници препознају две околности. Једна је та да је међу заштитницима мали број правника, односно да су већина њих лекари. Друга је та да пацијенти, али и „они који не би требало да их мешају [саветнике и заштитнике]”, тј. други органи управе, међусобно бркају:

„То је [...] апсурд. Ја сам чак једном и позван био како сам написао ужасан извештај. Све време објашњавао сам да то нисам ја. Углавном сам успео некако да докажем да је то друга особа.”

Као велику предност заштитника у погледу конкретног помагања грађанима да остваре своје право на специјалистички преглед у року краћем до 30 дана, саветници доживљавају чињеницу да се заштитници, иако формалноправно запослени у РФЗО, физички налазе у здравственим установама, а што им омогућава да проблеме решавају на лицу места. Са друге стране, саветници сматрају да због ове околности и промптног решавања поменутих проблема, такорећи у ходу, значајан број обраћања, односно усмених приговора пацијената остаје неевидентан, што указује на то да подаци о реалној величини проблема немогућности заказивања специјалистичких прегледа у здравственим установама у прописаном року нису потпуни, нити поуздани.

Саветници сматрају да конкретним питањем издавања потврде у случају немогућности заказивања специјалистичких прегледа у прописаном року треба да се баве заштитници, будући да пацијенти који ове прегледе на крају обаве у приватној пракси, право на рефундацију трошкова обављања ових прегледа, уз одговарајућу документацију, остварују пред РФЗО у ком су заштитници запослени.

Разматрајући питање поделе надлежности између саветника за заштиту права пацијената и заштитника права осигураних лица, као и право пацијената на поштовање њиховог времена и обавезу саветника да поступају по сваком обраћању, односно приговору пацијената, саветници, међутим, указују и на проблем неповерења грађана према институцијама у погледу њихове непристрасности и спремности да раде у интересу грађана:

„[...] То је проблем између наше и њихове надлежности. Ми можемо да упутимо пацијента, да кажемо да за то, ваш проблем око потврде, заказивања итд. упућенији је заштитник права осигураних лица. А он каже да хоће баш нама да поднесе [приговор.]. Зато што, каже, он [заштитник] је запослен у болници. Ја му кажем да није, а он пита па где је запослен. Ја му кажем у Фонду за здравствено осигурање, а он каже: 'Па рећи ће да не може.' Па пита где сам ја запослен. Када му кажем код градоначелника, он каже: 'А, значи, нисте ни у болници ни у Фонду, вама највише верујем.'”

Саветници себе доживљавају управо као посреднике у процесу обезбеђивања доступности конкретних услуга здравствене заштите грађанима путем њиховог информисања о специфичним правима која имају у овој области и начинима њиховог остваривања у складу са прописима, пре него особе које би пацијенте требало да едукују, односно упућују у појединости начина остваривања само једног од њихових права у овој области. Саветници такође сматрају да њихов задатак није да се њиховим посредством издејствују алтернативна решења проблема грађана у оквиру поступака других надлежних органа управе у области здравствене и социјалне заштите, а које поменути органи нису успели да реше.

Квалитет здравствених услуга

Посебан изазов у раду саветника, али и здравствених установа, представљају приговори на квалитет пружених здравствених услуга. Прописано је, како саветници наводе, да „лекар има право да одбије пружање здравствене услуге ако је пацијент некултуран”. Међутим, будући да су саветници правници, а не лекари, остаје недоумица који је најбољи пут, односно поступак, у складу са прописима, којим би се утврдила основаност приговора пацијента на квалитет пружених здравствених услуга. Саветници са джим искуством наводе следеће, посредно поново указујући на неповерење грађана према здравственим установама:

„[...] Ту је сад битан онај Правилник о провери квалитета стручног рада, који јасно каже у члану 5 да проверу квалитета стручног рада врши оснивач у приватној пракси, односно руководиоца, директор. [...] Ја сам правник, не знам ја да ли је нешто урађено како треба. Правилник је јасан. Правилник каже, ви као директори односно начелници, спроводите унутрашњу проверу квалитета стручног рада. И онда мени каже један професор: 'Да ли то значи да ја сам треба да се изјасним како је то урађено?' Управо то. И ја му кажем да ако он спроведе поступак, он је човек од угледа, професор, лекар. Ево ја, рецимо, никад не бих ставио свој печат и потпис на нешто да знам да није, а да јесте. Каже он да сам у праву. То је суштина овог поступка. А пацијенти пуно пута кажу да им то није довољно. Па на крају крајева, спољну контролу квалитета стручног рада може да ради инспекција. Оно што пацијентима треба рећи је да нисмо ми крај. Имате инспекцију.”

Искуство саветника показало је да приговоре у вези са квалитетом пружених услуга најчешће подносе пацијенти који очекују да ће пред надлежним органима моћи да остваре право на накнаду штете настале услед пружања некавалитетне здравствене услуге или несавесног лечења. По речима саветника, према важећим прописима пацијенти могу код три инстанце да покрену поступак, „код заштитника права осигураника и код саветника права пацијената и код инспекције”, а што и саме саветнике често доводи у незавидан положај по питању спровођења прописаног поступка:

„[...] На основу којих трикова треба да дођемо ми до свих оних прописа који званично треба да се примењују, да би тај јадан пацијент на крају дошао до неког свог права? Хајде људи да имамо законе, правилник треба да буде изузетак, а не правило. А да не причам о овим, не знам ни како више да их назовем, различитим мишљењима, инструкцијама... [...] Поента свега што хоћу да кажем је да се донесе закон који ће после свих ових година примене доћи до неког закључка да унапреди оно о чему смо почели да причамо. [...] то су нека тумачења, неке одлуке управних одбора, које ви не можете да добијете нигде.”

О недоследности, односно неусаглашености прописа у области здравствене заштите којима се регулише остваривање и заштита права пацијената биће више речи у следећој тачци. Да доступност здравствене заштите може да има ефекте који делују и у обрнутом смеру, односно да утиче како на квалитет пружених здравствених услуга, тако и на (не)поштовање пацијентовог времена, указује и следеће запажање једног од саветника:

„Фонд за здравство је ту највећи проблем. Посебно када су у питању онколошки болесници, рецимо, ако је у [назив установе терцијарне здравствене заштите у АП Војводини], човек не може да дође на зрачење, он даље од [назив јединице локалне самоуправе у АП Војводини] не може да оде, што је јако велики проблем. Имате људе који би можда и могли да плате и да оду на [назив установе терцијарне здравствене заштите у Београду] или негде, али они не могу да добију продор од Фонда. Ја сам исто то доживела са мојим покојним оцем, није могао да оде на зрачење ван Покрајине. Фонд каже да не може, немају на шта да се позову. А онда може у [назив јединице локалне самоуправе у источној Србији]. Па чекајте, ако је у питању Војводина, онда где је [назив јединице локалне самоуправе у источној Србији]? Јел' то сад Војводина, где смо ми? Не можеш отићи у Крагујевац, не можеш отићи у Београд, а можеш отићи у [назив јединице локалне самоуправе у источној Србији]. На основу чега?”

Документована, доказима и искуствима пацијената поткрепљена повратна информација о приговорима на квалитет пружених здравствених услуга, сматрају саветници, била би драгоценост за управу здравствених установа, будући да би њихова учесталост сасвим извесно указала на то шта пацијенти сматрају slabим тачкама функционисања здравствених установа и тиме им пружила могућност за унапређење њиховог рада и побољшање квалитета пружања услуга:

„[...] ја имам јако пуно таквих приговора и то се показало као добар систем јер ту, у ствари, највише добијају управо руководиоци здравствених установа, што добијају јасну слику шта се догађа доле. [...] то је [њима] драгоценост. Да сам руководиоца здравствене установе, да добијам четири приговора на тог и тог

лекара у року од месец дана, мени је то неки сигнал. Па не може бити да се четири пута понавља иста ствар. [...] поготово кад се ради о специјалистичким службама. [...]"

У вези са квалитетом услуга здравствене заштите, саветници такође сматрају да под постојећим условима систем здравствене заштите не врши своју превентивну улогу:

„Дође вам пацијент и каже да хоће да се прегледа, па оде код лекара, а лекар каже: 'Не, па зашто, није теби ништа.' Али он хоће да се прегледа превентивно, то је његово право. Једноставно они то не одраде.“

Однос између саветника и пацијената који им се обраћају

Услед хитности ситуације и непознавања поступка остваривања и заштите права у области здравствене заштите, пацијенти се неретко обраћају инстанцама које нису надлежне за ову област, чиме се поступак остваривања њихових права само продужава. Притом, грађани су склони томе да се обраћају на више адреса истовремено, што усложњава и успорава поступање надлежних, а може да представља и додатни притисак на саветнике за заштиту права пацијената у њиховом поступању. Један саветник наводи пример за то:

„Дошао син непокретне жене, мајке, и каже дошао сам само да ми [лекарка] напише упут да она [мајка] мора хитно бити примљена на одељење. Докторка завршила, субота, дежурна [...] пет до седам увече, а у седам она завршава и он није добио упут. Он је мене дошао само да информише, а приговор послао свуда редом.“

Након што се обрате саветницима и информишу се о својим правима, односно поступку пред саветником за заштиту права пацијената, велики број њих одустаје од подношења приговора. Саветници сматрају да је то још један од разлога зашто су подаци и информације о обиму и природи проблема доступности здравствене заштите и могућности остваривања права на њу непотпуни и неконклузивни:

„[...] опет се враћамо на одустајање од приговора. Ви кад имате извештај, онда ви немате праву слику. То је проблем. Ја сам говорио овима у Министарству, својевремено да промене онај образац. Пише, број приговора, основаних и неоснованих. Дајте који су одустали од приговора. [...] сви ти који су одустали од приговора, сложићемо се, све су то основани. [...] проблем је у томе што, ако ја тако водим [евиденцију], нпр. а строго имам наредбу пацијента да ја обуставим приговор. Пођите од тога, треба човек да га оперише, он тако мени каже. Ја сам у почетку пробао тако. Е, дошао је човек, пита где ми је предмет, тражи да му га дам у руке. Ја му кажем да не може да добије предмет у руке, да се смири. Каже: 'Не, он треба да ме оперише, а сад ћеш ти рећи да је крив.'“

Наведени пример указује и на страх грађана да ће им одређена услуга лекара специјалисте у здравственој установи бити ускраћена, односно недоступна уколико буду покушали да своја права остваре у поступку пред саветником за заштиту права пацијената, а о коме ће остати трага у његовој евиденцији.

Поменута околност (не)евидентирања приговора услед страха грађана да се писмено обраћају саветницима проблематична је и са формалноправне, односно процедуралне стране. Саветници се начелно слажу са тим да се у највећем броју случајева већ из усменог обраћања пацијената може проценити да ли је њихова притужба основана или не. Међутим, прописи их обавезују да извештавају само о писменим приговорима, односно завршеним поступцима по приговорима, а што, како је више пута истакнуто, не приказује реалну слику проблема са којима се и пацијенти, али и здравствени систем суочавају по питању доступности услуга у области здравствене заштите:

„Постојао је [усмени приговор], али се у почетку не утврђује да ли је тај приговор основан или није, него се то утврђује тек на крају када се доставља извештај. Али ако не достављамо извештај, ако га прекинемо у самом том поступању, ми га више немамо.”

„Или рецимо, каже: 'Ја сам дошла само [анонимно] да кажем, да се овакви случајеви више не понављају, да ви кажете неком одговорном, да више не дође до оваквих случајева. Хоћу да се зна да је то било тако и тако, али није то приговор. Ја хоћу да се зна, да помогнем свима да се овако нешто више никада не понови.”

„Мени је сад човек послао као приговор. Он каже да то није приговор, јер смо ми тражили да се од сада писмено обраћају. Он је написао пар случајева, то је саставио пре неки дан. Али то је, каже, само да нас обавести, а није приговор. [...] Зато што мора да се потпише ако је приговор.”

„Мислим да је то врло важно питање. Та обустава поступка је врло важна прво због евиденције како систем функционише. Ја сам једном у Савету за здравље читао шта каже један од чувених [име насељеног места] лекара: 'Сви се нешто жале, а видите колико имам мало основаних приговора'. Ја кажем: 'Људи, да, али зато што се обустављају поступци по приговору.' Он се није водио, он је једноставно закључен, обустављен. Није се ишло до краја. Ја формалноправно не могу да га водим као основан. Нисам завршио поступак. Јер да сам ја урадио причу до краја, ја бих морао да доставим извештај, а он би требало у року од пет дана да ме обавести о томе шта је учинио поводом отклањања повреде права. Такав је закон. Тако иде систем. Ја сам једноставно тај поступак зауставио, пацијент срећан само тако.”

Имајући у виду поменуте околности, саветницима се намеће питање доказивања веродостојности усмених обраћања пацијената који не желе да уложе приговор по ком би се водио поступак, као и добијања повратне информације о томе да ли су пацијенти, који су се истовремено усмено обратили и њима и некоме од одговорних лица у здравственој установи, на крају остварили право на преглед у прописаном року. Саветници сматрају да би тек тада подаци и информације којима они располажу били веродостојни, односно приказивали реално стање по овом питању.

Заштитници права осигураних лица

Омбудсман од заштитника права осигураних лица (у даљем тексту: заштитника) није добио никакву повратну информацију у вези са попуњавањем упитника, а који су им били упућени посредством надлежне окружне филијале РФЗО на територији АПВ.

Повратна информација Дирекције РФЗО, Покрајинског фонда за здравствено осигурање, односно окружних филијала РФЗО у АП Војводини размотрена је у следећој тачци.

Покрајински фонд за здравствено осигурање и окружне филијале РФЗО у АП Војводини

Ниједна окружна филијала РФЗО није доставила попуњене упитнике, односно тражене податке⁶⁵.

Уместо одговора на упитник, Филијала за западно-бачки округ Сомбор је путем дописа⁶⁶ затражила да Омбудсман, ради попуње упитника, захтев упућен поменутој Филијали претходно достави „Дирекцији РФЗО у Београду која би потом Филијали наложила даље поступање” по захтеву Омбудсмана, а што је Омбудсман потом и учинио⁶⁷.

Дирекција РФЗО је у међувремену Омбудсману упутила допис⁶⁸ који садржи информације о надлежностима овог органа и институцију Омбудсмана упућује на Извештај о раду заштитника права осигураних лица у 2016. години.

Одговор Покрајинског фонда за здравствено осигурање Омбудсману⁶⁹ стигао је након поновљене молбе Омбудсмана за достављање података⁷⁰ и уз њега је, уместо тражених података, приложен горе поменути допис Дирекције РФЗО.

У поменутом Извештају о раду заштитника права осигураних лица у 2016. години, наводи се да је током 2016. године било укупно 297 пријава о повреди права из здравственог осигурања у укупно 43 установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите на територији Републике Србије. Извештај помиње само установе у којима је било највише пријава. Готово трећина њих (97; 32,7%) односи се на Клинички центар Војводине, док се мање од десетине односи на Општу болницу у Суботици (23; 7,7%), а мало више од двадесетине на Дом здравља „Нови Сад” (19; 6,4%).

Основаност пријава, односно повреда права из здравственог осигурања утврђена је у 181 случају (61%). Као најчешћи разлог подношења пријава заштитницима наведена је „немогућност остваривања права на специјалистичко-консултативни, односно дијагностички преглед”⁷¹. Заштитници су по пријавама посредовали у заказивању прегледа у прописаном року, односно поучавали осигурана лица „о могућностима и начину рефундације трошкова за пружене здравствене услуге у приватној пракси или у допунском раду здравствене установе са

⁶⁵ Подаци од ПФЗО првобитно су тражени путем дописа (број VII-ОМ-Д-55/2017) од 15. јуна 2017.

⁶⁶ Број 4426/17 од 23. јуна 2017.

⁶⁷ Дописом број VII-ОМ-Д-55/2017 од 30. јуна 2017.

⁶⁸ Број 07-145/17-1 од 27. јуна 2017.

⁶⁹ Допис број 031-30/2017-4-299.

⁷⁰ Дописом број VII-ОМ-Д-55/2017 од 11. августа 2017.

⁷¹ Извештај о раду заштитника права осигураних лица у 2016. години, стр. 2.

којом је закључен уговор”⁷². Пријаве које нису у надлежности заштитника (на нељубазност особља, дуго чекање у редовима, начин лечења, итд.) упућиване су надлежнима (директорима установа, здравственој инспекцији или саветницима за заштиту права пацијената).

Док је у 2015. години број пријава заштитницима опао за готово четвртину у односу на 2014. годину (са 415 на 239 пријава), у 2016. години евидентан је пораст броја пријава за близу петине броја у 2015. години (са 239 на 297).

У извештају се наводи да се, због проблема у остваривању права из здравственог осигурања, заштитницима на територији Републике Србије обратило укупно 18.850 лица, као и да је помоћ у остваривању поменутих права пружена у случају њих 9.623. Такође се наводи да поређење броја пружених информација осигураним лицима и броја поступања заштитника због проблема у остваривању права из обавезног здравственог осигурања указује на то да је број лица која су се током 2016. године заштитницима обратила за пружање стручне и техничке помоћи мањи у односу на претходне године⁷³.

Током трајања истраживања Омбудсману се обратила грађанка А.А. из Новог Сада са притужбом на поступање РФЗО поводом образложења тог органа у вези са немогућношћу заказивања специјалистичког прегледа у законском року. Омбудсман је ову притужбу проследио на даљу надлежност Заштитнику грађана Републике Србије, а који је, након спроведеног поступка контроле, дана 1. новембра 2017. године дописом број 40109 обавестио Омбудсмана о томе да је утврђено да је у поменутом случају РФЗО у свом поступању погрешно тумачио прописе, чиме је начинио пропуст на штету права притужилице, као и да Министарству здравља није указао

*„на проблеме у вези са издавањем потврде о немогућности пружања здравствене услуге у року од 30 дана од дана издавања лекарског упута од стране изабраног лекара настале имплементацијом интегрисаног здравственог информационог система нити иницирао поступак измене Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања”.*⁷⁴

⁷² Исто.

⁷³ Исто, стр. 4: 2014. године - 20.026 лица; 2015. године - 22.066; 2016. године - 18.850.

⁷⁴ Детаљне информације о препорукама у вези са поменутом притужбом доступне су на веб-страници Заштитника грађана Републике Србије наведеној у литератури и изворима.

8. РЕЗУЛТАТИ АНАЛИЗЕ

ОПШТЕ БОЛНИЦЕ НА ТЕРИТОРИЈИ АП ВОЈВОДИНЕ

Подаци добијени од општих болница обухваћених овим истраживањем указују на то да је на територији АП Војводине у 2016. години специјалистичке прегледе, односно друге активности које спадају у опис послова доктора медицине-специјалиста обављало њих укупно 1.658. Међу њима је највише хирурга и гинеколога, потом анестезиолога и радиолога, а најмање је гастроентеролога, пулмолога, дерматолога, интерниста, инфектолога и ендокринолога.

Опште болнице, једнако као и грађани и саветници за заштиту права пацијената, слажу се у оцени да је највећи проблем у вези са обављањем специјалистичких прегледа у општим болницама, али и на секундарном нивоу здравствене заштите уопште, без обзира на то да ли поменути здравствену услугу пружа установа примарне или секундарне здравствене заштите, то што је број доктора медицине-специјалиста недовољан у односу на број захтева за прегледима. Поменути проблем најизраженији је у односу на кардиологе, офталмологе, хирурге и ендокринологе. Следе радиолози, физијатри, ортопеди, а затим и интернисти, нарочито гастроентеролози, васкуларни хирурзи, оториноларинголози и уролози.

Следећи највећи проблем у раду општих болница је недовољан број других здравствених радника, односно сарадника који лекарима обезбеђују несметани рад. Један од разлога за то што опште болнице имају недовољан број лекара и другог особља је одлазак запослених у здравству у иностранство, а у комбинацији са забраном запошљавања у јавном сектору⁷⁵. Одлазак здравствених радника као на општепознату чињеницу⁷⁶ у истраживању помињу једино саветници за заштиту права пацијената.

Резултати анализе посредно указују и на то је недовољан број лекара и здравствених радника, односно њихов одлазак из установа здравствене заштите, вероватно условљен и неодговарајућом опремом за рад, односно обављање прегледа и других лекарских интервенција, а што опште болнице наводе као следећи највећи проблем у свом раду. Опрема се често квари, а на поправке се дуго чека, најчешће услед недостатка финансијских средстава, док за специјалистичке лабораторијске прегледе из истих разлога често недостају реагенси. Ове околности нарочито отежавају рад лекара специјалиста који се током пружања својих услуга у великој мери ослањају управо на разна снимања или лабораторијске анализе (хирурга, интерниста, радиолога, ендокринолога, офталмолога, ортопеда, физијатара, уролога,

⁷⁵ По основу Закона о начину одређивања максималног броја запослених у јавном сектору („Сл. гласник РС”, број 68/2015 и 81/2016-ОУС) и Закона о изменама и допунама Закона о буџетском систему (Сл. гласник РС”, број 99/2016) поменута забрана продужена је до краја 2017. године. Упркос најави да ће она бити продужена и у 2018. години, у јавности су се крајем новембра исте године појавила информација да је запошљавања у здравству ипак било: „Влада је тако протеклих година [...] одобрила 4.000 нових запошљавања у здравству, али само медицинских радника, пре свега, медицинских сестара, техничара и доктора. То је, међутим, било условљено отпуштањем кадрова у администрацији.” <http://www.blic.rs/vesti/politika/blic-saznaje-zabrana-zaposljavanja-u-javnom-sektoru-ce-bit-produzena-evo-ko-ce-i/1jhenbk> (Посећено 13. 12. 2017.)

⁷⁶ Током 2017. године, највише медијских написа на ову тему, а у којима се наводи да лекари и други здравствени радници, незадовољни условима рада у систему здравствене заштите, масовно одлазе у иностранство, најчешће у Немачку, било је у мају и јулу: <https://beta.rs/vesti/drustvo-vesti-srbija/61784-voice-oko-2-000-medicinara-godisnje-ode-iz-srbije>, <http://mitrovica.info/medicinari-masovno-odlaze-u-nemacku/>, <http://www.blic.rs/vesti/ekonomija/skoro-2000-zdravstvenih-radnika-godisnje-napusti-srbiju-odlazak-u-nemacku-ima/srlphtp> (Посећено 13. 12. 2017.)

итд.). Уз то, опште болнице сматрају да су просторије у којима обављају свој рад неадекватне - мале, скучене и неусловне, као и да за извођење потребних прегледа, односно интервенција немају довољно других средстава, попут санитетског материјала, реагенаса, итд. Сви наведени проблеми у највећој мери отежавају рад управо оних доктора медицине-специјалиста за чијим прегледима и интервенцијама, судећи по резултатима овог истраживања, у општим болницама постоји највећа потреба (хирурга, радиолога, ендокринолога, гастроентеролога, офталмолога, ортопеда и уролога).

Прикупљени подаци о томе да ли су током 2016. године опште болнице издавале прописане потврде о немогућности обављања специјалистичких прегледа за које није предвиђена листа чекања у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица са лекарским упутом, односно да ли су оверавале упуте од изабраног лекара са датумом прегледа заказаним у року дужем од 30 дана, доимају се као непотпуни, те стога и недовољно конклузивни. Упркос томе што шест општих болница (укључујући и Клинички центар Војводине), тврде да током 2016. године у овим установама поменуте потврде, односно оверени упуте нису издавани, да једна општа болница на ово питање није одговорила, те да у једној од њих овај податак није познат будући да се о томе не води евиденција, мало је вероватно да за тиме није било више објективне потребе имајући у виду податке прикупљене од грађана и саветника за заштиту права пацијената, као и податке самих болница о недовољном броју доктора медицине-специјалиста и отежаним условима под којима се одвија њихов рад. Одговори две опште болнице које тврде да су у њима издаване поменуте потврде, односно оверавани упуте, потврђују остале налазе истраживања у вези са тим који прегледи лекара специјалиста су најтеже доступни, као и то да су, судећи према одговорима из две установе, ове потврде издаване и у случајевима прегледа за које је предвиђена листа чекања (нпр. магнетна резонанца), а што је, у зависности од конкретних околности⁷⁷, пракса која указује и на потенцијално недовољно познавање прописа, односно последично непрописно поступање.

ГРАЂАНКЕ И ГРАЂАНИ

Највећи број упитника (473; 83%) попунили су становници градских или приградских средина узраста од 31 до 60 година живота. Резултати овог истраживања не могу се сматрати репрезентативним по питању здравља сеоског становништва, упркос томе што они, упоређени са информацијама из других стручних, односно надлежних извора⁷⁸, указују на то да се градско и сеоско становништво сусреће са сличним изазовима по питању оних аспеката доступности здравствене заштите који су предмет овог истраживања. Више од две трећине упитника (435; 76,4%) попуниле су особе женског пола, те се резултати овог истраживања могу сматрати репрезентативним и по питању женског здравља у контексту његовог предмета.

⁷⁷ Нпр. да ли је преглед хитан због тога што га је потребно обавити у склопу припрема за неку хируршку интервенцију, итд.

⁷⁸ У званичној информацији на веб-страници Министарства здравља Републике Србије о научном скупу „Здравље сеоског становништва“, који је у организацији САНУ одржан 21. октобра 2014. године, између осталог, наводи се да је овој популацији здравствена заштита теже доступна у односу на градску, али је из текста евидентно да су проблеми идентични онима на које указују испитаници у оквиру истраживања. Извор: <http://www.zdravlje.gov.rs/showelement.php?id=8143> (Приступљено 19. децембра 2017.)

Редовне приходе остварује више од две трећине испитаника, док приближно исти број њих тврди да нема додатне изворе прихода. Најчешћи извори додатне материјалне подршке грађанима су чланови породице или рођаци, као и гајење воћа, поврћа, односно узгој домаћих животиња за сопствене потребе, док одређени број њих наводи у рад „на црно”. Највише испитаника има месечне приходе од 20.000 до 50.000 динара. Међутим, више од две трећине овог броја грађана има примања нижа од просечних примања за регион Војводине у октобру 2017. године (45.057 динара)⁷⁹, док више од десетине испитаника који су одговорили на ово питање (77; 13,5%) има месечна примања мања од 20.000 динара. Већина испитаника живи у вишечланним домаћинствима (са четири, три или два члана), а близу половине њих тврди да из својих прихода издржавају још некога, најчешће децу, супружнике, родитеље или друге чланове породице (нпр. унуче, сестре, итд.). Највећи део својих прихода испитаници троше на храну, струју, комуналије, одећу и обућу, док лекови и лечење заузимају пето и шесто место на њиховој лествици приоритета. Упитани о сопственом квалитету живота, више од половине испитаника тврди да не размишља то томе, него да се труди да живи у складу са тренутним могућностима, док једна трећина тврди да је својим квалитетом живота задовољна у мањој мери или да њиме није задовољна. Као најчешће разлоге за то што им квалитет живота није бољи испитаници првенствено наводе сиромаштво, ниска примања, односно немогућност остваривања прихода. Следе немогућност запошљавања, а као ситуацију која знатно погоршава њихов квалитет живота испитаници оцењују погоршање здравственог стања, нарочито уколико је оно изненадно, озбиљно и/или трајно.

Близу половине испитаника своје здравствено стање оцењује као нарушено или лоше, те је стога приближно исти број њих у ситуацији да услуге система здравствене заштите користи више пута годишње. Највише њих користи лекове, за којима следи потреба за специјалистичко-консултативним и дијагностичким прегледима, а значајан број њих због свог здравственог стања користи и услуге превоза. Упркос томе што највећи број њих (545; 96%) тврди да има здравствену књижицу, испитаници у својим одговорима указују на потешкоће које су имали како би је прибавили, а које нарочито погађају тешко оболеле особе, труднице и породиље и децу. Међу овим одговорима налазе се и они који указују на неиспуњавање обавеза од стране послодаваца или НСЗ.

Већина грађана (476; 83%) не остварује никакве бенефиције у односу на систем здравствене и/или социјалне заштите, док око десетине њих који их остварују тврде да најчешће не плаћају партиципацију у здравственим установама или плаћају умањену цену појединих лекова. Више од половине испитаника за своје здравствене потребе издваја од 1.000 до 5.000 месечно, што је износ у висини једног од рачуна (струја, телефон, комуналије, итд.) који месечно морају да плате. Следе они који за поменуте потребе издвајају од 5.000 до 10.000 динара месечно, што у случају већине њих чини од од једне шестине, па до више од половине њихових месечних прихода. Већина испитаника (343; 60%) сматра да за подмиривање својих здравствених потреба нема довољно новца. Ови подаци указују на то да у случају грађана нарушеног или лошег здравственог стања трошкови који из њега произлазе значајна ставка у њиховом буџету,

⁷⁹ Извор: <http://www.cekos.rs/prose%C4%8Dne-neto-zarade-plate-oktobar-2017-godine> (Приступљено 17. децембра 2017.)

независно од тога што већина њих остварује право на здравствену заштиту по основу обавезног здравственог осигурања.

Када имају потребу за обављањем специјалистичког прегледа, приближно једнак број испитаника предност даје државним здравственим установама и приватној пракси. За државне установе се углавном радије опредељују они који немају новца за плаћање услуга приватне праксе, чак и када знају да би им тај новац могао бити рефундиран, као и особе које сматрају да су државне установе дужне да им пруже одређене услуге по основу тога што се из њихових прихода месечно издваја одређени износ за услуге здравствене заштите. Предност здравствених установа је и то што се у њима пацијенти, по речима грађана, лече „у систему”. За приватну праксу грађани се радије одлучују у хитним случајевима, односно када им је време чекања на специјалистичке прегледе у здравственим установама неприхватљиво дуго, односно заказивање прегледа сувише компликовано (нпр. путем кол центра, обавља се само одређеног дана у месецу само за следећи месец, у радно време). У приватној пракси грађани нарочито цене љубазност и професионалност лекара и медицинског особља, услуге сматрају квалитетнијима, уз поштовање пацијентовог достојанства и приватности. Одговори грађана указују на извесно подозрење, односно неповерење пацијената према лекарима из здравствених установа који се баве допунским радом у приватној пракси.

Близу три четвртине испитаника (411; 72%) тврди да су били у ситуацији да здравствена установа није била у ситуацији да им закаже потребни специјалистички преглед у року од 30 дана од дана јављања са упутом изабраног лекара. Одговори испитаника односе се на сва три нивоа здравствене заштите, најчешће у периоду од 2010. до августа 2017. године и тичу се преваходно општих болница на територији АПВ, Клиничког центра Војводине, Дома здравља „Нови Сад”, осталих војвођанских домова здравља, Института у Сремској Каменици, Дечје болнице у Новом Саду и Војномедицинског центра у Петроварадину. У свим поменутих установама забележен је пораст броја случајева немогућности заказивања специјалистичких прегледа у последње три године, уз значајан број оваквих случајева уз које испитаници нису навели које године су се догодили. Одговори испитаника указују на то да је заказивање свих специјалистичких прегледа отежано, праћено дугим чекањем на њих, а неретко и немогућношћу да се они обаве на начин који пацијентима обезбеђује правовремено, ефикасно и сврсисходно лечење или праћење здравственог стања. То је нарочито изражено у случајевима особа који прегледе морају да обаве одређеним редоследом и/или у одређеном року како би лекари специјалисти могли наставити са праћењем њиховог стања и, по потреби, лечењем. Испитаници у том смислу најчешће помињу пацијенте са малигнитетом, хроничним обољењима, труднице и децу.

У општим болницама на територији АПВ грађани тврде да су највише проблема имали са заказивањем интернистичких преглед ултразвуком и прегледа кардиолога, као свих специјалистичких прегледа начелно. Следе прегледи офталмолога, рендген, односно прегледи радиолога, неуролога, ендокринолога, гинеколога, пулмолога, ортопеда, прегледи ЦТ скенером, гастроентеролога, оториноларинголога, дерматолога, те прегледи магнетном резонанцом и мамографија. Слично је стање и у Клиничком центру Војводине, где по немогућности заказивања специјалистичких прегледа код њих, а према тврдњама испитаника, предњаче ендокринолози, офталмолози, прегледи магнетном резонанцом, односно

радиолога и гастроентеролога. Дом здравља „Нови Сад” нема довољних капацитета да подмири потребе грађана за ултразвучним и другим радиолошким прегледима, гинеколога (којима такође у свом раду обављају ултразвучне прегледе), физијатара, офталмолога, ендокринолога и кардиолога, а ситуација у домовима здравља у другим местима Војводине је готово идентична, с тим да су њихови пацијенти у још незавиднијем положају јер неретко због обављања прегледа лекара специјалиста у установама секундарне и терцијарне заштите морају да путују у места у којима се ове установе налазе. Заказивање поменутих прегледа је додатно отежано пацијентима из мањих насељених места, а о чему сведоче и саветници за заштиту права пацијената. У вези са Институтима у Сремској Каменици евидентно је да грађани имају највише потешкоћа са заказивањем прегледа магнетном резонанцом, ЦТ скенером и других, високо специјализованих радиолошких метода, а који су предуслов да би се у овим установама обавили прегледи код кардиолога, гинеколога, хирурга или онколога. Судећи по резултатима овог истраживања, прегледи које је у Дечјој болници у Новом Саду најтеже заказати су они код дечјег пулмолога, нефролога, као и амниоцинтеза, док је у Војномедицинском центру у Петроварадину то случај са прегледима интерниста.

На питање о томе да ли су, након што су сазнали да одређена установа није у могућности да им закаже преглед у прописаном року, тражили да им се о томе изда прописана потврда, две трећине испитаника одговара одрично, мало више од десетине њих одговара потврдно, док се једна петина није изјаснила у вези са овим питањем. Резултати анализе одговора на остала питања у вези са овим проблемом (наведени у наставку) указују на то да испитаници ови питање или нису добро разумели или, што се доима вероватнијим, а што посредно потврђује и повратна информација од саветника за заштиту права пацијената, да нису желели да одговоре на њега. Близу једне трећине њих који су одрично одговорили на ово питање тврди да нису знали да је таква могућност прописана, односно да на то имају право. Следе одговори који указују на раније помињану бојазан пацијената од конфронтирања са лекарима, управом здравствених установа или медицинским особљем приликом настојања да остваре ово своје право, а која би касније могла да доведе до отежане могућности, односно немогућности заказивања и/или обављања потребних специјалистичких прегледа. Известан број испитаника тврди да то нису учинили због тога што ни уз одговарајућу потврду не би имали новца да плате преглед у приватној пракси, те да потом чекају на рефундацију трошкова. Док се известен број пацијената, услед комбинације одсуства хитности, страха од незамерања и/или недостатка новца, одлучује да сачека заказани датум прегледа у здравственој установи који је дужи од прописаног, известен број испитаника тврди да су тражили да им се овакве потврде издају. Међу њима су најбројнији они који тврде да су им у здравственој установи објаснили да је за конкретну врсте прегледа прописана листа чекања, те да се за те прегледе не примењује пропис који грађанима омогућава да их, под прописаним условима, обаве у приватној пракси, те да потом траже рефундацију од РФЗО. Приближно исти број је навео да у здравственим установама нису добили никакву додатну информацију, изузев оне да нису у могућности да им издају тражену потврду, док свега 10 испитаника (тј. близу 10% оних који тврде да су затражили издавање потврде) тврди да су им здравствене установе издале тражену потврду, односно овериле одговарајући упут од изабраног лекара. Више од половине испитаника из укупног корпуса грађана (289; 51%) такође тврди да нису знали да своје право на обављање прегледа у приватној пракси, у складу са прописима, и каснију рефундацију трошкова од

стране РФЗО могу обавити и по основу овереног упута за специјалистички преглед издатог од стране изабраног лекара опште праксе, а на који је здравствена установа уписала датум специјалистичког прегледа дужи од 30 дана од дана јављања пацијента са упутом и исти оверила својим печатом. Поједини описи начина понашања запослених у здравственим установама приликом распитивања испитаника о овом свом праву, било да се ради о издавању потврде или оверавању упута, указују на то да здравствене установе у недовољној мери, односно на неадекватан начин врше функцију информисања пацијената на елементарном нивоу, а што се, како је ово истраживање показало, непосредно одражава на задовољство пацијената њиховим услугама. Овакво стање би се могло унапредити тиме да се пацијенти усменим или писменим путем упућују на саветнике за заштиту права пацијената или заштитнике права осигураних лица, чиме би се пацијенти не само информисали о њовим правима, него и едуковали у вези са поступцима путем којих могу да их остваре.

На питање о томе шта су учинили уколико им здравствена установа није издала поменућу потврду, односно није оверила упут, више од половине оних који су на ово питање одговорили, а што је више од петине укупног броја испитаника, тврди да су одустали од прегледа у здравственој установи и преглед обавили у приватној пракси, односно да нису покушали да се додатно информишу, нити да истрају у настојању да остваре своје право на специјалистички преглед у прописаном року, било у здравственој установи, било у приватној пракси, као ни евентуално последично право на рефундацију трошкова. Значајан број њих је сачекао датум прегледа који им је у здравственој установи био заказан у року дужем од 30 дана. Као што је раније наведено, то су учинили најчешће због тога што им преглед није био хитан или зато што, чак и да су добили прописану потврду или оверен упут, не би имали новца за плаћање прегледа у приватној пракси. Близу десетине укупног броја испитаника (51; 9%) тврди да преглед нису обавили јер немају новца за прегледе у приватној пракси. Из описних одговора на отворена питања евидентно је да поменута група испитаника, по свему судећи, индиковане прегледе није уопште обавила јер су им налази били потребни у одређеном року, односно њихово обављање у неком каснијем року било би бесмислено због тога што су им налази потребни, како сами кажу „у систему”, односно како би континуирано пратили своје здравствено стање у контексту свог измењеног здравственог стања (нпр. у случају трудница), неког хроничног или тежег обољења (нпр. оболели од дијабетеса, астме, пацијенти са малигнитетом). Свега око пет процената испитаника тврди да се за савет обратило саветницима за заштиту права пацијената или заштитницима права осигураних лица, док се тек нешто више од једног процента испитаника за савет обратило пријатељима. Имајући у виду резултате анализе о информисаности грађана о њиховим правима у области која је предмет овог истраживања, вероватноћа да су од пријатеља сазнали довољно информација како би напослетку остварили своје право на специјалистичке прегледе у прописаном року, односно рефундирани трошкове истих од РФЗО, је изузетно мала. Приближан број испитаника одговорио је и да су учинили нешто „друго”, а под тим поразумевају да су преглед, противно прописима, посредством особе која познаје запослене у здравственим установама обавили без заказивања или упута, да су на крају ипак отишли у приватну праксу, да лекари опште праксе нису ни хтели да им издају упуте због тога што у систему ИЗИС није било слободних термина, а тек једна особа је навела да се обратила правној служби установе, те да је преглед истог дана обављен.

Одговори испитаника који тврде да су од здравствених установа добили прописану потврду, односно оверени упут, а који такође тврде да надлежној филијали РФЗО нису поднели захтев за рефундацију трошкова специјалистичких прегледа обављених у приватној пракси, су неконклузивни. Из њихових описних одговора евидентно је да највећи број њих није ни знао да таква могућност уопште постоји, односно да, под одређеним условима и у складу са прописима, имају право на обављање прегледа у приватној пракси о трошку РФЗО. Уз одговоре о томе да им је у здравственим установама објашњено да одређени прегледи због прописаних листа чекања не подлежу рефундацији уколико се обаве у приватној пракси, следе одговори о томе како су здравствене установе одбиле да им издају тражене потврде, односно овере упуте, док извршан број испитаника наводи да су од поступка рефундације пред РФЗО одустали како због евидентно непроверених сазнања о томе да се накнаде на крају ипак не исплаћују, као и због сазнања о компликованим поступцима и дугом чекању у филијалама РФЗО, оличеним у дугим редоцима „у социјалном”, а што грађани сматрају непримереним, па чак и недостојним. Свега три процента испитаника тврди да су у поступку пред РФЗО ипак остварили своје право на рефундацију трошкова специјалистичких лекарских прегледа у приватној пракси. Описни одговори на ово питање поново указују на одбијање здравствених установа да издају прописане потврде, односно оверавају упите, мада и у овом случају из одговора испитаника није сасвим јасно да ли су то учиниле због тога што они на то заиста немају право због постојања листе чекања за тражене прегледе, или због тога што нису желеле да их информишу о њиховим правима. Из поменутих одговора евидентно је и неповерење и подозрење испитаника према здравственим установама, првенствено из разлога који указују на непоштовање времена и достојанства пацијената, али и недовољна информисаност грађана о њиховим правима и начинима њиховог остваривања и заштите у области која је предмет овог истраживања.

Близу половине испитаника је осетило потребу да напише и неки завршни коментар или запажање, а неретко и да подели своје искуство у вези са заказивањем специјалистичких прегледа у здравственим установама. Кумулативним прегледом одговора испитаника и њиховим груписањем утврђено је да се у њима највише испитаника жали на начелно лоше стање у здравству. Следе одговори у којима се тврди да је систем заказивања прегледа неадекватан, уз недовољан број термина и дуго чекање на прегледе, као и одговори у којима се предлаже, штавише инсистира, на промени система здравствене заштите на такав начин да грађани, будући да се из њихових примања издвајају доприноси за здравствено осигурање, имају могућност да бирају и акоји начин ће плаћати здравствено осигурање, односно да ли ће своје право на здравствену заштиту из обавезног осигурања остваривати у државним здравственим установама или приватној пракси. Значајан број испитаника исказује неповерење и подозрење у односу на систем здравствене заштите, а њихови одговори одишу незадовољством, скепсом, иронијом и критичким ставом. Одговори на последње питање у упитнику такође указују на то да су посебно рањиве друштвене групе у односу на систем здравствене заштите жене, деца, пацијенти са малигнитетом, старије особе и становништво оних насељених места у којима не постоје услуге система здравствене заштите на секундарном и терцијарном нивоу. Уз указивање на неслагање са допунским радом здравствених радника, нарочито лекара специјалиста, лошу информисаност пацијената о њиховим правима у области здравствене заштите, неиздавање раније помињаних прописаних потврда, као и на то да

услуге здравствених установа, супротно увреженом мишљењу, нису бесплатне, одређени број испитаника у својим одговорима исказује подршку истраживању, најчешће у нади да ће његови резултати, доживљени као глас корисника услуга здравствених установа, бити објављени, препоруке прослеђене надлежнима, а систем здравствене заштите унапређен тако да постане грађанима доступнији, ефикаснији и сврсисходнији.

САВЕТНИЦИ ЗА ЗАШТИТУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Подаци из упитника које су попунили саветници указују на то да им се током 2016. године обратило више жена него мушкараца, док је број обраћања деце, односно малолетника готово занемарљив. Приговори пацијената најчешће се односе на повреду права на доступност здравствене заштите и поштовање пацијентовог времена услед немогућности заказивања прегледа код лекара специјалиста или дугог чекања на преглед оног дана када је он заказан, као и на незадовољство квалитетом пружених здравствених услуга и садржином медицинске терапије. Саветници током 2016. године запажају повећање у броју усмених обраћања пацијената који траже информације о својим правима и савете како да их остваре, али је број формално поднетих приговора смањен. По мишљењу саветника, пацијенти преферирају усмена обраћања у односу на подношење писмених пријава, превасходно због тога што желе да остану анонимни у страху од тога да ће се, нарочито у мањим срединама, покретањем поступка можда замерити неке из система здравствене заштите (директору установе, лекару или медицинском особљу), те да ће им због тога потребна здравствена услуга бити ускраћена, односно њено коришћење отежано у будућности. Ова оконост је такође и разлог за то да пацијенти, нарочито они којима је хитно потребна медицинска услуга, а који то себи могу да приуште, одлазе на преглед у приватној пракси. Саветници о одустајању пацијената, односно њиховим разлозима за то, а који би могли послужити као повратна информација установама здравствене заштите и доносиоцима одлука у овој области, не воде евиденцију.

Одговори саветника указују на то да здравствене установе настоје да што ефикасније реше проблеме на које приговори пацијената указују. Међутим, питање тога како су решени проблеми са заказивањем и обављањем специјалистичких прегледа у прописаном року у општим болницама на територији АП Војводине у случајевима пацијената који су се усмено обратили саветницима, али нису желели да поднесу писани приговор, остаје неодговорено. Поједини одговори указују на то да је било случајева да њихово поступање поменутиим поводом није уродило плодом, али да им се пацијенти нису поново обраћали истим поводом, те да нема података, односно информација о томе да ли су поменути пацијенти напослетку ипак остварили право на преглед у прописаном року у здравственој установи или приватној пракси или не.

Саветници у својим одговорима у упитнику указују на то да свега око десетине пацијената подноси приговор на заказивање специјалистичких прегледа у општим болницама. Већина приговора односи се на заказивање поменутих прегледа на нивоу примарне здравствене заштите путем система ИЗИС, а у односу на услуге, односно установе секундарне здравствене заштите, нарочито у локалним самоуправама у којима не постоји општа болница, односно из

којих се пацијенти упућују на прегледе у КЦВ или установе терцијарне здравствене заштите. Ова запажања потврђују и подаци прикупљени анкетирањем грађана током овог истраживања.

Путем фокус групе одржане у оквиру овог истраживања, од саветника су прикупљене информације о разним аспектима функционисања система здравствене заштите, како у односу на њихов сопствени положај и активности, тако и са становишта пацијената и здравствених установа. У односу на свој формалноправни положај и стручно усавршавање, саветници указују на то да су неретко уприлици да се током сопственог поступања осведоче у томе у којој мери је остваривање права у области здравствене и социјалне заштите узајамно повезано и међусобно условљено. Због тога, али и због сложености система здравствене и социјалне заштите, односно услова остваривања права на њихове услуге, саветници сматрају да им је потребно омогућити додатно стручно усавршавање и размену искуства са колегама, а што би довело и до уједначавања не само праксе саветника, него и поступања надлежних установа, нарочито у односу на рањиве друштвене групе које чешће имају потребе за услугама система здравствене заштите, или су оне специфичне, односно захтевају хитно реаговање.

Саветници сматрају да би се ефикасност њиховог рада, али и целокупног система здравствене заштите на свим нивоима, повећала уколико би се унапредила сарадња (у виду размене искустава и добрих пракси) између здравствених установа, надлежних у јединицама локалне самоуправе и саветника на локалном, али и размена информација и рационална расподела ресурса на регионалном и (нај)вишим нивоима одлучивања.

Недовољна информисаност грађана о сопственим правима, њиховим дужностима и обавезама у односу на систем здравствене заштите и начинима како да остваре своја права у овој области, сматрају саветници, је разлог што пацијенти не разумеју ни то шта им нуди могућност да им се обрате. Њихови одговори потврђују налазе истраживања у односу на повратну информацију добијену од грађана, који у својим одговорима исказују неповерење према здравственим установама због тога што их доживљавају као споре, неефикасне, несврхисходне, али финансијски ипак приступачније у поређењу са приватном праксом. Саветници су става да би здравствене установе, нарочито њихови руководиоци и особе од угледа у очима грађана, требале да се знатно више ангажују у погледу информисања грађана о њиховим правима, дужностима и обавезама у области здравствене заштите, како у оквиру самих здравствених установа, тако и путем медија.

Људски и материјално-финансијски ресурси у систему здравствене заштите оцењени су као недовољни, односно неодговарајући у односу на потребе за његовим услугама. На мањак лекара специјалиста и другог особља, лоше стање опреме, безусловне просторије, недостатак финансијских средстава и материјала за рад у здравственим установама, а који се нарочито читује у раду секундарног нивоа здравствене заштите, указују и саме опште бонице, али и грађани у својим одговорима. Као околност коју је тешко објаснити корисницима услуга система здравствене заштите саветници посебно истичу законску одредбу која пацијентима јемчи доступност квалитетних услуга „у складу са њиховим здравственим стањем, а у

границама материјалних могућности система здравствене заштите”⁸⁰. По мишљењу саветника, ову околност је, са друге стране, тешко објаснити грађанима који се ипак одлуче да поднесу приговор и инсистирају на томе да због редовних издвајања из њихових прихода за услуге система здравствене заштите имају право на квалитетне - првенствено правремене, ефикасне и њиховим потребама примерене - услуге здравствених установа. Одговори грађана потврђују да оваква ситуација нарочито погађа хронично оболеле или пацијенте који се лече од најтежих болести (нпр. особе са малигнитетом), а који, чак и да им здравствене установе издају прописане потврде, односно овере упуте на прописани начин, немају материјалних могућности да у хитним случајевима прво плате прегледе у приватној пракси, а да потом чекају на њихову рефундацију.

Под наведеним околностима, сматрају саветници, запослени у систему здравствене заштите налазе се под нарочитим притиском. Увођење система ИЗИС је по њиховом мишљењу спроведено на начин који није свим његовим корисницима, односно особама које путем њега заказују прегледе и друге медицинске услуге, омогућио да науче све његове могућности и савладају његово ефикасно коришћење. То доводи до тога да се на прегледе дуго чека због заузетости термина на које указује поменути систем, а који у стварности можда нису заузети због тога што пацијенти одустану од прегледа, али о томе не знају кога би требало да обавесте, те стога то ни не чине. На околност малог броја слободних термина за прегледе у прописаном, односно пацијентима потребном року у својим одговорима указују и грађани. Лекарима, здравственим радницима, али и другим сарадницима у систему здравствене заштите је по мишљењу саветника потребна и обука о прописима у области здравствене заштите, како би и они сами знали како да се заштите у случајевима када пружају медицинске услуге које касније могу постати предмет неког спора. Саветници такође сматрају да под постојећим условима не изненађује да су здравствени радници недовољно мотивисани да се додатно ангажују на сопственом професионалном усавршавању које није повезано са њиховом најужом струком, односно задужењем.

Поред већ поменутог у вези са заказивањем прегледа, саветници запажају да пацијенти од њих очекују посредовање у заказивању прегледа у прописаном року, тј. да саветници на неки начин издејствују заказивање прегледа код руководиоца здравствених установа. Указујући на то да су свесни сложености ситуације у вези са заказивањем специјалистичких прегледа са којом се поједини пацијенти суочавају⁸¹, саветници сматрају да је овакво поимање њихове улоге од стране пацијената погрешно. По њиховом мишљењу, ситуација би се знатно променила, а време чекања на прегледе знатно скратило, уколико би се искористиле све могућности система ИЗИС. Под тим, поново, подразумевају како рад на подизању степена свести пацијената о њиховим правима и одговорностима у односу на систем здравствене заштите, тако и осмишљавање начина да пацијенти који већ имају заказане термине у систему ИЗИС, али одлуче да их не искористе, то могу благовремено и да јаве здравственим установама како би се њихови термини ослободили.

⁸⁰ Видети тачку 7.3.2.2. - Ресурси у систему здравствене заштите.

⁸¹ Исто - Заказивање прегледа путем система ИЗИС.

Велику недоумицу у раду саветника, али и код самих грађана, изазива могућност лекара запослених у здравственим установама да у приватној пракси обављају допунски рад, будући да је ова околност често извор противречности. Пацијенти најчешће не знају како да се поставе према лекарима и здравственим радницима који их, по речима саветника, али и грађана, током прегледа у здравственој установи усмено упућују на приватну праксу. Једни се одлучују да ипак поступи по савету лекара и оду на преглед у приватну праксу о сопственом трошку, а у интересу очувања сопственог здравља. Међутим, саветници на основу усмених информација од пацијената подозревају да је у очима значајаног броја пацијената одлазак на преглед у приватној пракси један од начина да на крају ипак брже доспеју на лечење у здравственој установи, односно о трошку РФЗО. О овој околности, односно последичним проблемима са којима се пацијенти сусрећу у вези са њом, нема довољно података због тога што пацијенти, као што је раније наведено, саветницима нерадо подносе писане приговоре услед бојазни да се не замере лекарима.

Саветници су сагласни у мишљењу да се здравствене установе труде да пацијентима изађу у сусрет по питању заказивања термина у прописаним роковима, али и да, кадгод је то могуће, избегавају да пацијентима издају прописану потврду, односно да овере одговарајући упут за специјалистички преглед издат од стране изабраног лекара, а на основу којих би пацијенти остварили право на преглед у приватној пракси, уколико здравствене установе нису у могућности да га закажу, односно обаве у року од 30 дана. Разлози за то су преваходно финансијске природе, како наводе саветници, односно недовољна средства којима располаже РФЗО, а на шта реферирају као на општепознату чињеницу. Искуство из праксе саветника указује на то да значајан број пацијената потребне прегледе не обави у прописаном року и због лоше организације рада у здравственим установама, односно да они који то себи могу да приуште на крају оду у приватну праксу о сопственом трошку, а остали чекају на прегледе и по више месеци и притом се за помоћ не обраћају ни саветницима, нити заштитницима права осигураних лица.

Са друге стране, саветници указују и на информације од пацијената и запослених у здравственим установама да надлежне филијале РФЗО, противно прописима, одбијају да као валидан документ у поступку подношења захтева за рефундацију трошкова прегледа у приватној пракси признају оверен упут за специјалистички преглед издат од стране изабраног лекара као валидан документ у поменутом поступку, односно да инсистирају на потврди издатој од стране здравствене установе. Овакво стање по мишљењу саветника, никако не иде у прилог пацијентима, односно указује на то да поједине здравствене установе недоследно примењују прописе, као и да делимично или погрешно информишу пацијенте о њиховим правима, а што је у одређеној мери дужност, па и обавеза, поменутих установа. Саветници сматрају да би се ситуација додатно усложнила када би пацијенти (у већој мери) користили своје законско право на друго стручно мишљење, будући да је РФЗО, позивајући се на члан 13 Закона о правима пацијената, става да се ово право може остварити искључиво у здравственој установи, а никако у приватној пракси.

Сарадњу са заштитницима права осигураних лица саветници за заштиту права пацијената оцењују као коректну и сразмерно ефикасну са становишта пацијената, а у односу на олакшавање приступа, односно коришћења појединих услуга система здравствене заштите

(нпр. операције катаракте у приватној пракси о трошку РФЗО). Као велика предност заштитника доживљава се околност што се они физички налазе у одређеној здравственој установи, а што им олакшава рад на лицу места када је у питању промптно поступање по усменим обраћањима пацијената. Међутим, због ове околности, сматрају саветници, велики број притужби грађана остане неевидентирани, што онемогућава сагледавање правог стања и обима проблема које пацијенти имају са остваривањем права у области здравствене заштите. Са стручног аспекта значајном се сматра и околност да су заштитници по правилу медицинске струке, што може отежати њихово сналажење у прописима и њихово тумачење. Саветници указују и на нејасноће у вези са специфичним надлежностима саветника и заштитника у односу на предмет овог истраживања, а што не иде у прилог јачању поверења грађана у ова два механизма за заштиту њихових права у односу на систем здравствене заштите.

Ситуација је донекле обрнута када се ради о приговорима на квалитет здравствених услуга. Наиме, будући да нису лекари, саветници су често у недоумици на који начин да спроведу поступак у оваквим случајевима, уз поштовање свих релевантних прописа. Констатујући да су прописи неусаглашени, као и то да пацијенти у складу са њима у оваквим случајевима могу да поведу поступак код три инстанце (саветника, заштитника и надлежне инспекције), саветници се поново слажу у оцени да овакво стање не доприноси јачању поверења грађана ни у систем здравствене заштите, ни у механизма за заштиту њихових права у оквиру њега, али ни у институције уопште. Осим што сматрају да под постојећим условима систем здравствене заштите не врши своју превентивну улогу, што потврђују и одговори грађана, саветници сматрају да би документована повратна информација од пацијената о квалитету услуга здравствене заштите била драгоценост за управу здравствених установа, будући да би им омогућила увид у то које њихове аспекте је потребно унапредити.

Прописе у области здравствене заштите саветници оцењују као недоследне, односно неусаглашене, најчешће због позитивног сукоба надлежности или и недоречености. То неповољно утиче не само на њихов и рад заштитника права осигураних лица, него и на углед система здравствене заштите у очима пацијената, па и на мишљење грађана о односу других надлежних органа према њима, а што су они у својим одговорима током овог истраживања и потврдили⁸².

Стање у систему здравствене заштите на које у својим одговорима указују саветници разлог је за то да су пацијенти неретко у ситуацији да лутају од једне до друге инстанце, чиме се време проведено у тражењу одређених информација или начина остваривања њихових права само продужава. Говорећи о сопственом односу са пацијентима, саветници поново указују на неспремност грађана да им поднесу писане пријаве у страху од замерања лекарима, а које би резултирало отежаним приступом одређеним услугама здравствене заштите или њиховм ускраћивањем због чињенице да су се обратили неком од механизма заштите права

⁸² „Зашто се код нас не примењују постојећи закони и обавезе него се увек нешто крије измeдју редова и увек треба некога молити да ради свој посао, а потом најгоре пролазе особе које су старе и које немају никога да их упуту на прописе и законе државних здравствених установа.“ / „Ако плаћам обавезно здравствено осигурање очекујем да за тај новац и добијем одговарајућу услугу од државе - у супротном, уколико држава не може да ми обезбеди здравствену заштиту, фер би било допустити грађанима да се обавезно осигуравају где желе, а не код неспособног државног РФЗО.“

пацијената. Пацијенти су такође склони томе да се истовремено усмено обраћају на више адреса, што праћење остваривања њиховог права на специјалистичке прегледе у прописаном року и документовање ситуација са којима су се пацијенти, али и здравствене установе притом сусретале чини практично немогућим. Самим тим подаци и информације о овом проблему, по мишљењу саветника, и даље не одражавају реално стање и све изазове са којима се све инстанце у овом процесу - пацијенти, саветници, заштитници, здравствене установе, приватна пракса и РФЗО - заправо сусрећу.

ЗАШТИТНИЦИ ПРАВА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА, ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ И ОКРУЖНЕ ФИЛИЈАЛЕ РФЗО У АП ВОЈВОДИНИ

Ниједан заштитник права осигураних лица, као ни окружне филијала РФЗО у АП Војводини, није доставио тражене податке. Из преписке између Омбудсмана, окружних филијала РФЗО и Дирекције РФЗО у Београду стекао се утисак да поменути органи управе не желе да доставе податке на начин, односно у облику који одговара потребама овог истраживања, усмереног на остваривање зајемчених права грађана. Извештај о раду заштитника права осигураних лица у 2016. години на који у својој преписци упућује Дирекција РФЗО сачињен је тако да прикаже поступање заштитника права осигураних лица са становишта поступања РФЗО. Међутим, из извештаја се не виде појединости које су најрелевантније за предмет и циљ овог истраживања.

Оно што је из извештаја евидентно, а што је релевантно за ово истраживање, је то да су две установе које су обухваћене његовим корпусом (КЦВ и Општа болница у Суботици) међу онима на чији рад је заштитницима поднето највише пријава, најчешће основаних и у вези са немогућношћу остваривања права на специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед у њима.

Податак из извештаја да се број пријава заштитницима у 2016. години повећао, али и да је број особа које су им се прошле године обраћале због проблема у остваривању права из обавезног здравственог осигурања мањи у односу на претходне године, може указивати на две околности. Једна је да су пацијенти све свеснији својих права и механизма њиховог остваривања, те да стога знају у којим случајевима треба да се обрате заштитницима, односно другим надлежним инстанцама, и немају потребе да се од заштитника траже информације и помоћ. Друга је то да грађани имају све мање поверења у заштитнике као део једног од институционалних механизма за остваривање њихових права, односно да стога стручну и техничку помоћ прво затраже од других инстанци, а њима се обраћају тек када су прилично сигурни да је њихова пријава основана. На потоњу околност указују и одговори саветника за заштиту права пацијената обухваћених овим истраживањем⁸³.

У прилог овој тврдњи иде и пример поступања Заштитника грађана Републике Србије, а на иницијативу Омбудсмана по основу притужбе коју је овој институцији у јуну 2017. године поднела грађанка А.А. из Новог Сада изражавајући своје незадовољство поступањем РФЗО

⁸³ Видети искуство саветника у вези са тим зашто пацијенти нерадо подносе пријаве заштитнику наведено у тачци 7.3.2.2, у делу „Сарадња саветника са заштитницима права осигураних лица”, а у ком се разматрају и њихове специфичне надлежности.

поводом образложења тог органа, а у вези са немогућношћу заказивања специјалистичког лекарског прегледа у законском року (за детаље видети тачку 7.3.5.).

9. ЗАКЉУЧЦИ

Истраживањем је утврђено да је грађанима током 2016. године било отежано остваривање права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања у оквиру постојећег система здравствене заштите у Републици Србији, у делу који се односи на обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања у општим болницама на територији АПВ, а што потврђује његову основну хипотезу. Прикупљени подаци указују на то да је стање у поменутих установама по истраживаном предмету било слично и током 2017. године, са назнакама тенденције даљег усложњавања уколико стање по предметном питању остане неизмењено.

Остваривање права грађана на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања отежано је услед тога што:

- **опште болнице на територији АПВ нису у могућности да свим грађанима** који имају важећи лекарски упут за обављање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања **омогуће да ове прегледе обаве најкасније у року од 30 дана.** Најчешћи разлози за то су недовољан број доктора медицине - специјалиста у односу на број захтева за прегледима, недовољан број здравствених радника и сарадника у здравственим установама, лоши општи услови рада у њима, као и систем заказивања прегледа у њима који испитаници оцењују као неадекватан, неефикасан и несврсисходан,
- у случају да нису у могућности да закажу специјалистичко-консултативни или дијагностички преглед за који није прописано утврђивање листе чекања најкасније у року од 30 дана, **опште болнице на територији АПВ грађанима ретко издају прописану потврду,** односно оверавају важеће лекарске упуте на прописани начин **како би они могли своје право на поменуте прегледе да остваре у приватној пракси.** Најчешћи разлог за то је недовољна информисаност грађана о томе да на то имају право, као и њихов последични зазор од здравствених инситутција, односно запослених у њима, које доживљавају као особе које имају моћ да одлучују о томе да ли ће неко њихово право бити остварено или не, уноточ прописима у овој области и постојећим механизмима за заштиту права пацијената и осигураних лица,
- **значајан број грађана не остварује своје право на обављање** специјалистичко-консултативних и дијагностичких **прегледа** за које није прописано утврђивање листе чекања **у приватној пракси због тога што не знају да имају право на то,** односно нису у довољној мери упознати са тим да имају право на рефундацију трошкова поменутих прегледа у приватној пракси, са поступком путем ког се оно остварује, нити са инстанцама од којих могу затражити савет или помоћ у остваривању својих права у области здравствене заштите. Осим што не иде на руку превентивној функцији система здравствене заштите, резултати истраживања указују и на то да **начин организовања рада у здравственим установама на територији АП Војводине ни запосленима у њима не омогућава то да посвете више времена ефикасном и сврсисходном информисању**

пацијената о њиховим правима и начину њиховог остваривања у вези са предметом овог истраживања,

- **грађани не остварују своје право на обављање** специјалистичко-консултативних и дијагностичких **прегледа** за које није прописано утврђивање листе чекања **у приватној пракси и из других**, објективних или субјективних **разлога**. Уз раније поменути **зazor од здравствених установа на уштрб сопствених права**, изван број грађана указује на то да ово право не могу да остваре чак и када су упознати са њим **услед лоше финансијске ситуације**, односно немогућности да одмах плате преглед у приватној пракси, а да после покрећу поступак за рефундацију поменутих трошкова пред надлежном филијалом РФЗО.

Резултати истраживања се увеликој мери подударају са резултатима других сродних истраживања на које је реферирано у његовој припремној фази, а који се односе на доступност услуга здравствене заштите и поштовање права пацијената. У односу на приступ истраживања, који се заснива на посматрању пружања услуга система здравствене заштите са сатановишта остваривања, заштите и унапређења људских права, а по узору на приступ СЗО, резултати истраживања указују на то да је грађанима на територији АП Војводине ограничена могућност коришћења услуга постојећег система здравствене заштите, а што је у супротности са начелом доступности, која подразумева довољан број и обим услуга које он нуди. Резултати истраживања указују на то да је постојећи систем недовољно доступан не само у односу на предмет овог истраживања, него на свим њеним нивоима и без обзира на то да ли одређене услуге пружају здравствене установе или приватна пракса. Појединим рањивим друштвеним групама (женама, деци, старијим лицима, особама из сеоских средина, тешко оболелима) отежана је могућност коришћења услуга овог система, што је у супротности са другим и трећим начелом које заступа СЗО. Коначно, резултати истраживања указују и на то да је, под постојећим условима, у здравственим установама које су предмет овог истраживања, и квалитет њихових услуга, односно четврто начело које заговара СЗО, у очима грађана такође доведен у питање.

10. ПРИЛОЗИ

ОПИС УПИТНИКА ПРИМЕЊЕНИХ ТОКОМ ИСТРАЖИВАЊА

Р.Б.	Описане одлике упитника	Циљне групе				
		Опште болнице	Грађани	Саветници за заштиту права пацијената	Заштитници права осигураних лица	(Филијале) РФЗО
1.	Садржај / групе питања	1. Општи подаци о установи и особи која је попунила упитник 2. Подаци о докторима медицине - специјалистима у установи 3. Заказивање специјалистичко-консултативних и дијагностичких прегледа за које није прописано утврђивање листе чекања	1. Општи подаци о испитанику 2. Примања и социо-економски статус 3. Здравствено стање и потребе 4. Заказивање прегледа и рефундирање трошкова	1. Општи подаци о установи и испитанику 2. Подаци о обраћању саветнику за заштиту права пацијената 3. Остали подаци	1. Општи подаци о установи и испитанику 2. Подаци о обраћању заштитнику права осигураних лица 3. Остали подаци	1. Општи подаци о филијали и особи која је попунила упитник 2. Подаци о заштитницима права осигураних лица у општим болницама 3. Подаци о захтевима за рефундацију трошкова лечења у приватној пракси 4. Коришћење права на жалбу 5. Остали подаци
2.	Формалне карактеристике	- Структурисани - 17 питања: отворена, затворена и комбинована (могућност вишеструког избора, до- или уписивања одговора, бодовања или скалирања)	- Анонимни - Структурисани - 28 питања: отворена, затворена и комбинована (могућност вишеструког избора, до- или уписивања одговора)	- Структурисани - 14 питања: отворена, затворена и комбинована (могућност до- или уписивања одговора)	- Структурисани - 16 питања: отворена, затворена и комбинована (могућност до- или уписивања одговора)	- Структурисани - 13 питања: отворена, затворена и комбинована (могућност до- или уписивања одговора)
3.	Начин дистрибуције	- Путем обичне или електронске поште, уз званични допис Омбудсмана	- Путем веб странице Омбудсмана - Путем друштвених мрежа Омбудсмана - Лично (уручивањем одштампаног упитника)	- Путем обичне или електронске поште, уз званични допис Омбудсмана	- Путем обичне поште насловљене на надлежну окружну филијалу РФЗО, уз званични допис Омбудсмана	- Путем обичне поште - Окружним филијалама РФЗО на територији АПВ упућен је упитник, уз званични допис Омбудсмана - РФЗО је уместо упитника упућен допис са захтевом за достављање релевантних података
4.	Начин попуњавања	- У штампаној или електронској форми	- Онлајн (на веб страници Омбудсмана - 497 упитника) - У штампаној форми (75	- У штампаној или електронској форми	Омбудсман од заштитника права осигураних лица није добио никакву повратну информацију	Дирекција РФЗО је, уместо одговора на упитник, Омбудсману упутила допис

Истраживање Покрајинског заштитника грађана – омбудсмана
Право на доступност здравствене заштите у АП Војводини

			упитник)			(видети тачку 7.3.5.).
5.	Начин прикупљања	- Путем обичне или електронске поште	- Онлајн (путем веб странице Омбудсмана) - Лично (непосредно од грађана) - Путем поште	- Путем обичне или електронске поште	Заштитници права осигураних лица нису доставили попуњене упитнике	Филијале РФЗО нису доставиле попуњене упитнике

ПРЕГЛЕД БРОЈА И ПРОФИЛА ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ-СПЕЦИЈАЛИСТА ЗАПОСЛЕНИХ У ОПШТИМ БОЛНИЦАМА У АПВ

Профил доктора медицине специјалисте	На неодређено време	На одређено време	Хонорарно	Укупно	Профил доктора медицине специјалисте	На неодређено време	На одређено време	Хонорарно	Укупно
кардиолог	53	1	2	56	хирург	105	1	4	110
пулмолог / пнеумофтизиолог	32	-	1	33	васкуларни хирург	12	-	-	12
гинеколог / акушер	106	1	3	110	ОРЛ	54	-	-	54
неуролог	63	1	1	65	ортопед	64	-	1	64
(неуро)псијихатар	79	1	1	81	хематолог	18	-	-	18
гастроентеролог	36	-	-	36	ендокринолог	29	-	-	29
уролог	51	1	1	54	радиолог	99	1	3	103
педијатар	76	1	6	83	онколог	18	-	-	18
офтальмолог	52	-	-	52	физијатар	39	2	-	41
дерматолог	32	-	-	32	стоматолог	1	-	-	1
Други профили:	271*	1 микробиолог	1 патолог Змикробиолога	275 + 31**					
				306					

* Највише анестезиолога (106), интерниста (31) и инфектолога (30). Потом следе спец. клиничке патофизиологије (15), нефролози (14), спец. судске медицине (12), максилфаџијални хирурзи (9), спец. клиничке биохемије, трансфизиолози и пластични хирурзи (по 8), микробиолози (6), спец. ургентне медицине и клинички патолози (по 3), спец. хирургије дигестивног система, спец. ургентне хирургије и спец. нуклеарне медицине (по 2), као и по један дечији неурохирург, дечији неуролог, дечији психијатар, епидемиолог, педијатар - неонатолог, педијатар - неурофизиолог са епилептиологијом, реуматолог, спец. ОРЛ алерголог и клинички имунолог, спец. клиничке фармакологије, спец. лабораторијске медицине, спец. медицинске рада и спец. спортске медицине.

** Једна општа болница навела је да има укупно 31 доктора медицине-специјалисту других профила запосленог на неодређено време, без навођења броја запослених по профилима.

Укупно запослених доктора медицине-специјалиста у општим болницама у АПВ: 1358

ЗАСТУПЉЕНОСТ ОРГАНИЗАЦИОНО-ТЕХНИЧКИХ ПРОБЛЕМА У ВЕЗИ СА РАДОМ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТА У ОПШТИМ БОЛНИЦАМА У АПВ У 2016. ГОДИНИ У ОДНОСУ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ ПРОФИЛЕ ПОМЕНУТИХ ЛЕКАРА

Р.Б.	Профил медицине специјалисте	Доктора	Проблем 1: Број лекара је недовољан у односу на број захтева за прегледима	Проблем 2: Немамо одговарајућу опрему за извођење прегледа / интервенција	Проблем 3: Немамо других средстава (нпр. санитетског материјала, реагенсе, итд) за извођење прегледа / интервенција	Проблем 4: Ограничени смо физички (нпр. неуспевне, мале просторије, недовољан број ординација, мале болесничке собе, итд)	Проблем 5: Немамо довољно здравствених сарадника	Проблем 6: Немамо довољно других здравствених радника који обезбеђују несметан рад лекарима	Укупно:(о д могућих 300 бодова - макс. 30 бодова по по профилу х 10 установа)
1.	кардиолог	-	40	22	12	14	20	28	136
2.	пулмолог	-	21	18	10	17	17	21	104
3.	гинеколог	-	24	29	13	16	18	27	127
4.	неуролог	-	27	24	12	20	17	25	125
5.	(неурол)псијихатар	-	28	19	12	21	18	22	120
6.	гастроентеролог	-	32	34	15	20	21	29	151
7.	уролог	-	32	23	15	19	20	30	139
8.	педијатар	-	25	17	12	13	18	24	109
9.	офтальмолог	-	37	31	16	14	21	30	149
10.	дерматолог	-	20	21	10	17	16	20	104
11.	хирург	-	36	21	22	15	22	27	143
12.	васкуларни хирург	-	26	22	16	16	17	24	121
13.	оториноларинголог	-	26	25	18	17	24	30	140
14.	ортопед	-	34	26	19	17	23	35	154
15.	хематолог	-	25	21	15	17	15	23	116
16.	ендокринолог	-	33	18	13	20	19	31	134
17.	радиолог	-	33	27	16	23	20	28	147
18.	онколог	-	28	18	14	16	16	27	119
19.	физијатар	-	26	26	16	18	22	31	139
20.	стоматолог*	-	3	3	3	3	3	3	18
21.	анестезиолог	-	13	8	5	5	3	7	41
22.	патолог**	-	6	9	6	8	5	7	41
23.	инфектолог***	-	2	3	1	1	1	5	13
24.	клиничка биохемија	-	2	3	1	1	1	5	13
25.	спортска медицина	-	2	3	1	1	1	5	13
26.	интерниста	-	7	7	3	5	2	10	13
27.	нефролог	-	2	3	1	1	1	5	34
28.	реуматолог	-	1	1	1	1	1	1	6
29.	микробиолог	-	1	3	2	2	1	1	10

*За профиле под тачкама 20-21 податке су навеле три болнице.

**За профил под тачкама 22 и 26 податке су навеле две болнице.

***За профиле под тачкама 23-25 и 27-29 податке је навела једна болница.

КАРАКТЕРИСТИЧНИ ОПИСНИ ОДГОВОРИ ИСПИТАНИКА У ВЕЗИ СА ОКОЛНОСТИМА КОРИШЋЕЊА УСЛУГА УСТАНОВА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Напомена: Околности коришћења здравствених услуга наведене су насумичним редом, док већина одговора у табели указује на узрочно-последичну повезаност више њих.

	Околности коришћења услуга установа здравствене заштите и приватне праксе	Примери типичних одговора испитаника
1.	Примораност на коришћење услуга установа здравствене заштите због лоше материјалне ситуације	<p>„Немам новца да идем код приватног лекара, а стање у државним установама је катастрофално... Почев од чекања на одређени дан или време када се заказује, преко термина који чекам како бих се прегледала, па до нељубазности и "отаљавања" запослених, а ако притом треба да се дочекају још и резултати неких анализа... ”</p> <p>„У државну [радије идем], јер немам пара за приватну, а не дозвољавају рефундирање трошкова!,,</p> <p>„Јер преглед који ми је неопходан у приватној пракси кошта колико ми је плата.”</p> <p>„Процедуре и трајање заказивања, чекања на ред и често нељубазност особља одузимају много времена, често и много достојанства. Врло радо бих ишла у приватне установе да могу то себи да приуштим. Овако, одем у државну установу и често не обавим све што је потребно.”</p>
2.	Дуго чекање на здравствене услуге у установама, првенствено на прегледе	<p>„Због недостатка материјалних средстава, принуђена сам да идем у државне здравствене установе и чекам преглед по неколико месеци.”</p> <p>„Уколико време чекања на преглед није дуже од месец дана идем државно, у супротном сам приморана да платим приватно, што је велики 'атак' на буџет.”</p> <p>„Приватно идем када морам јер нисам био у могућности да закажем државно, а радије бирам државно из финансијских разлога.”</p> <p>„По потреби и у приватну због немогућства заказивања у државној.”</p> <p>„Сматрам да редовне годишње прегледе могу да обавим у државној установи, мада је то заказивање јаако тешко, по два, три месеца се заказује, јер или нема термина или нису изасли, или се нико не јавља на телефон итд. Углавном, уколико не успем после неког времена, онда наравно идем код приватне праксе.”</p> <p>„[У приватну праксу радије идем] јер [у државној установи] код специјалиста чекам више од 6 месеци на преглед.”</p> <p>„На поликлиници не могу да дођем на ред, увек је све пребукирано и заказује се месецима унапред.”</p> <p>„Редовне контролне прегледе код ендокринолога не успевам да закажем у државној здравственој установи од 2015. године! Такође, неке анализе крви које су ми потребне немогуће је урадити у државној установи.”</p> <p>„И ако успемо да закажемо није могуће често доћи на ред у Клиничком центру Војводине. Један или два доктора раде уторком и четвртком и у то време имају и операције.”</p> <p>„Никада нисам успела да закажем преглед код потребног специјалисте у државној установи (обавештена сам у служби за</p>

		<i>информације да је чекање дуже од 10 месеци, а мени је лекарска помоћ била потребна што пре).</i> ”
3.	Однос лекара и медицинског особља према пацијентима	<p>„Због недостатка финансијских средстава не идем код приватних лекара, тако да морам да трпим разна малтретирања у државним установама (немогућност заказивања прегледа, дуга чекања, нељубазност, често нестручност лекара).”</p> <p>„Прегледе код приватника треба платити, а доктори се исто понашају безобразно као у државној установи.”</p> <p>„У државној установи [проблем је] заказивање. Чека се и по пар месеци, а и кад стигнете на ред, доктор је обично незаинтересован.”</p> <p>„Све се чека по неколико месеци, огромне су гужве и пропада ми цео радни дан, а да не причам о стресу и изложености нервозним шалтерским службеницима.”</p> <p>„[У државној установи је] јако дуго чекање, немогућност заказивања, нељубазност, нестручност лекара.”</p> <p>„Заказати у државној установи је немогућа мисија. Однос према пацијентима је никакав. Стручност неких специјалиста је незадовољавајућа.”</p>
4.	Плаћање појединих услуга у здравственим установама	<p>„Иако идем у државну установу, скоро сваки преглед морам да платим, ћутим, трпим бол и тако живим.”</p> <p>„Доктори у државној болници траже паре да би прегледали и не раде како треба.”</p>
5.	Дужност здравствених установа да грађанима пруже одређене услуге, у складу са прописима	<p>„Редовно плаћам све дажбине држави и очекујем да она испуни своје обавезе према мени.”</p> <p>„Не плаћам преглед [у приватној пракси] осим ако није хитно.”</p> <p>„Идем само код гинеколога; не верујем државним лекарима.”</p> <p>„У државним установама је често немогуће заказати, немају или тврде да немају одговарајућу опрему, непријатни су према пацијентима и траже мито...”</p>
6.	Неједнако и/или некоректно поступање према пацијентима	<p>„Листе чекања и родбинске везе су пресудне за преглед на време.”</p> <p>„[Радије идем у државну установу] ако имам везу или познанство.”</p> <p>„Мајка ми ради у државној здравственој установи, па не морам чекати!”</p> <p>„Зато што је јефтиније, мада често нас из државне усмеравају ка приватној пракси.”</p> <p>„Одговор је државну, јер кад одем у државну, ти исти ме шаљу приватно код њих!”</p> <p>„Исти ти лекари раде у приватним клиникама и сасвим другачије се посвете пацијенту (деталније сагледају проблем).”</p> <p>„Корупција [влада] у државним здравственим установама, незнање, некултура, бахатост.”</p> <p>„Државна пракса је неефикасна премда исти лекари раде и код приватника где је услуга боља.”</p>

**ТАБЕЛАРНИ ПРИКАЗ ОДГОВОРА ИСПИТАНИКА КОЈИ ТВРДЕ ДА НИСУ УСПЕЛИ ДА
 ЗАКАЖУ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИ ИЛИ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПРЕГЛЕД У
 ПРОПИСАНОМ РОКУ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА НА ТЕРИТОРИЈИ АПВ**

Опште болнице

	Опште болнице - Врста прегледа	Број одговора	% од суженог корпуса	% од укупног корпуса
1	Колоноскопија	1	0.25	0.18
2	Доплер вена	1	0.25	0.18
3	Психијатар	1	0.25	0.18
4	Уролог	1	0.25	0.18
5	ЕЕГ	1	0.25	0.18
6	Спец. лабораторијске анализе	2	0.50	0.35
7	Физијатар	2	0.50	0.35
8	Неурохирург	2	0.50	0.35
9	Реуматолог	2	0.50	0.35
10	Хематолог	3	0.74	0.53
11	Мамографија	3	0.74	0.53
12	Магнетна резонанца	3	0.74	0.53
13	Дерматолог	4	0.99	0.70
14	Оториноларинголог	4	0.99	0.70
15	Гастроентеролог	4	0.99	0.70
16	Ортопед	5	1.24	0.88
17	Пулмолог	5	1.24	0.88
18	ЦТ скенер	6	1.49	1.05
19	Радиолог	6	1.49	1.05
20	Интерниста	7	1.73	1.23
21	Гинеколог	7	1.73	1.23
22	Ендокринолог	7	1.73	1.23
23	Рендген	7	1.73	1.23
24	Неуролог	8	1.98	1.40
25	Офталмолог	16	3.96	2.81
26	Преглед специјалисте/а	26	6.44	4.56
27	Кардиолог	27	6.68	4.74
28	Ултразвучни преглед	32	7.92	5.61
	Укупно:	193	47.77	33.86

Период	Без имена болнице		Зрењанин		Сомбор		Панчево		Суботица		Сента		Кикинда	
	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)	Број одговора	% (ужи корпус)
Без помињања године	5	1.24	53	13.12	2	0.50	8	1.98	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2012	0	0.00	3	0.74	1	0.25	1	0.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2013	0	0.00	1	0.25	1	0.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2014	0	0.00	8	1.98	2	0.50	1	0.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2015	2	0.50	13	3.22	3	0.74	1	0.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2016	5	1.24	19	4.70	9	2.23	4	0.99	5	1.24	2	0.50	0	0.00
2017	0	0.00	29	7.18	4	0.99	6	1.49	4	0.99	0	0.00	1	0.25
Укупно:	12	2.97	126	31.19	22	5.45	21	5.20	9	2.23	2	0.50	1	0.25
Врсте прегледа и број одговора														
	Офталмолог - 3	Ултразвук - 24	Ултразвук - 5	Ултразвук - 4	Ултразвук - 4	Кардиолог - 4	Кардиолог - 4	Кардиолог - 4	Кардиолог - 4	Кардиолог - 4	Кардиолог - 1	Кардиолог - 1	Ортопед - 1	
	Оториноларинголог - 1	Кардиолог - 15	Офталмолог - 3	Ултразвук - 3	Ултразвук - 3	Ултразвук - 3	Ултразвук - 3	Ултразвук - 3	Ултразвук - 2	Ултразвук - 2	Интерниста - 1	Интерниста - 1		
	Ортопед - 1	Офталмолог - 7	Рендген - 2	Офталмолог - 3	Офталмолог - 3	Офталмолог - 3	Гастроентеролог - 2	Гастроентеролог - 2	ЦТ скенер - 1	ЦТ скенер - 1				
	Хематолог - 1	Ендокринолог - 5	Интерниста - 2	Гастроентеролог - 2	Гастроентеролог - 2	Гастроентеролог - 2	Мажографија - 1	Мажографија - 1	Хематолог - 2	Хематолог - 2				
	Гинеколог - 1	Неуролог - 5	Неуролог - 2	Мажографија - 1	Мажографија - 1	Мажографија - 1	Ендокринолог - 1	Ендокринолог - 1						
	Преглед специјалисте/а - 3	Гинеколог - 5	Малетна резонанца - 2	Доплер вена - 1	Доплер вена - 1	Доплер вена - 1	Оториноларинголог - 1	Оториноларинголог - 1						
	Ендокринолог - 1	Рендген - 5	Кардиолог - 2	Неурохирург - 2	Неурохирург - 2	Неурохирург - 2	Пулмолог - 1	Пулмолог - 1						
	Кардиолог - 1	Дерматолог - 4	Ортопед - 1	Физијатар - 1	Физијатар - 1	Физијатар - 1	Интерниста - 1	Интерниста - 1						
		Оториноларинголог - 2	Преглед специјалисте/а - 23	Ортопед - 4	Ортопед - 4	Ортопед - 4	ЦТ скенер - 1	ЦТ скенер - 1						
		Пулмолог - 4	Пулмолог - 4	Пулмолог - 4	Пулмолог - 4	Пулмолог - 4	Мажографија - 2	Мажографија - 2						
		Мажографија - 2	Радиолог - 4	Радиолог - 4	Радиолог - 4	Радиолог - 4	Реуматолог - 2	Реуматолог - 2						
		Реуматолог - 2	ЕЕГ - 1	ЕЕГ - 1	ЕЕГ - 1	ЕЕГ - 1	Колоноскопија - 1	Колоноскопија - 1						
		Колоноскопија - 1	Малетна резонанца - 1	Малетна резонанца - 1	Малетна резонанца - 1	Малетна резонанца - 1	Гастроентеролог - 2	Гастроентеролог - 2						
		Гастроентеролог - 2	Психијатар - 1	Психијатар - 1	Психијатар - 1	Психијатар - 1	Физијатар - 1	Физијатар - 1						
		Физијатар - 1	Уролог - 1	Уролог - 1	Уролог - 1	Уролог - 1	Лабораторија - 2	Лабораторија - 2						
		Лабораторија - 2	Интерниста - 3	Интерниста - 3	Интерниста - 3	Интерниста - 3								

Клинички центар Војводине

	КЦВ - Врста прегледа	Број одговора	% од суженог корпуса	% од укупног корпуса
1	Ултразвучни преглед	1	0.25	0.18
2	Алерголог	1	0.25	0.18
3	Мамографија	1	0.25	0.18
4	Колоноскопија	1	0.25	0.18
5	Доплер вена	1	0.25	0.18
6	Психијатар	1	0.25	0.18
7	Реуматолог	1	0.25	0.18
8	Инфектолог	1	0.25	0.18
9	Нефролог	1	0.25	0.18
10	Интерниста	1	0.25	0.18
11	ЦТ скенер	2	0.50	0.35
12	Остеодензометрија	2	0.50	0.35
13	Хематолог	2	0.50	0.35
14	Пластични хирург	3	0.74	0.53
15	Ортопед	3	0.74	0.53
16	Кардиолог	3	0.74	0.53
17	Гинеколог	3	0.74	0.53
18	Дерматолог	3	0.74	0.53
19	Имунолог	3	0.74	0.53
20	Спец. лабораторијске анализе	4	0.99	0.70
21	Васкуларни хирург	4	0.99	0.70
22	Неуролог	5	1.24	0.88
23	Уролог	6	1.49	1.05
24	Физијатар	6	1.49	1.05
25	Оториноларинголог	7	1.73	1.23
26	Преглед специјалисте/а	10	2.48	1.75
27	Радиолог	11	2.72	1.93
28	Гастроентеролог	12	2.97	2.11
29	Магнетна резонанца	12	2.97	2.11
30	Офталмолог	13	3.22	2.28
31	Ендокринолог	32	7.92	5.61
	Укупно:	156	38.61	27.37

Дом здравља „Нови Сад“

	Дом здравља "Нови Сад" - Врста прегледа	Број одговора	% од суженог корпуса	% од укупног корпуса
1	Уролог	1	0.25	0.18
2	Стоматолог	1	0.25	0.18
3	Спец. лабораторијске анализе	2	0.50	0.35
4	Мамографија	2	0.50	0.35
5	Оториноларинголог	2	0.50	0.35
6	Ортопед	2	0.50	0.35
7	Дерматолог	3	0.74	0.53
8	Педијатар	3	0.74	0.53
9	Рендген	4	0.99	0.70
10	Неуролог	6	1.49	1.05
11	Интерниста	15	3.71	2.63
12	Преглед специјалисте/а	16	3.96	2.81
13	Кардиолог	18	4.46	3.16
14	Ендокринолог	22	5.45	3.86
15	Офталмолог	22	5.45	3.86
16	Физијатар	23	5.69	4.04
17	Гинеколог	24	5.94	4.21
18	Радиолог	30	7.43	5.26
19	Ултразвучни преглед	31	7.67	5.44
	Укупно:	227	56.19	39.82

Домови здравља на подручју АПВ, а који нису на територији Града Новог Сада

	Домови здравља ван Новог Сада - Врста прегледа	Број одговора	% од суженог корпуса	% од укупног корпуса
1	Гастроентеролог	1	0.25	0.18
2	Стоматолог	1	0.25	0.18
3	Спец. лабораторијске анализе	1	0.25	0.18
4	Холтер	1	0.25	0.18
5	Ортопед	1	0.25	0.18
6	ЦТ скенер	1	0.25	0.18
7	Рендген	1	0.25	0.18
8	Неуролог	1	0.25	0.18
9	Преглед специјалисте/а	1	0.25	0.18
10	Мамографија	2	0.50	0.35
11	Дерматолог	2	0.50	0.35
12	Интерниста	2	0.50	0.35
13	Офталмолог	2	0.50	0.35
14	Ендокринолог	3	0.74	0.53
15	Хематолог	3	0.74	0.53
16	Физијатар	4	0.99	0.70
17	Кардиолог	5	1.24	0.88
18	Гинеколог	6	1.49	1.05
19	Ултразвучни преглед	10	2.48	1.75
	Укупно:	48	11.88	8.42

11. ЛИТЕРАТУРА И ИЗВОРИ

На српском језику:

Закона о изменама и допунама Закона о буџетском систему. „Сл. гласник РС”, број 99/2016.

Закона о начину одређивања максималног броја запослених у јавном сектору. „Сл. гласник РС”, број 68/2015 и 81/2016-ОУС.

Закон о правима пацијената. „Сл. гласник РС”, бр. 45/2013.

Закон о здравственој заштити. „Сл. гласник РС”, бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015.

Закон о здравственом осигурању. "Сл. гласник РС", бр. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012 (Одлука Уставног суда), 119/2012, 55/2013 (Решење Уставног суда), 99/2014, 123/2014 (Одлука Уставног суда), 106/2015, 10/2016.

Заштитници пацијентових права у здравственим установама на територији АПВ. (2011). Покрајински заштитник грађана - омбудсман. Нови Сад. Доступно на: <http://www.ombudsmanapv.org/riv/index.php/istrazivanja/285-zatitnici-pacijentovih-prava-u-zdravstvenim-ustanovama-na-teritoriji-apv-2011.html> (Приступљено 21. августа 2017.)

Због пропуста РФЗО-а пацијенткињи онемогућена рефундација трошкова (Информација на веб-страници Заштитника грађана Републике Србије од 6. новембра 2017.) Доступно на: <http://ombudsman.rs/index.php/2012-02-07-14-03-33/5521-zb-g-pr-pus-rfz-p-ci-n-inji-n-guc-n-r-fund-ci-r-sh-v> (Приступљено 15. децембра 2017.)

Истраживање здравља становника Републике Србије - 2013. година. (2014). Ipsos Strategic Marketing. Београд. Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2014/jul2014/Jul2014IzvestajPreliminarni.pdf> (Приступљено 31. августа 2017.)

Извештај о раду заштитника права осигураника за 2016 годину. Доступно на: <http://www.rfzo.rs/index.php/vesti/961-izvestaj-zastitnici-2016> (Приступљено 15. децембра 2017.)

Ја у центру пажње - Ставови грађана о задовољству јавним услугама у примарној здравственој заштити. (2016). USAID - Европски покрет - Центар за европске политике. Београд. Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2017/April/analiza.pdf> (Приступљено 23. августа 2017.)

Јовић, Nikola. et al. (2016). Ставови грађана о систему здравствене заштите у Србији. ЛИБЕК. Београд. Доступно на: <https://libek.org.rs/sr/istrazivanja/2016/04/28/istrazivanje-stavovi-gradjana-zdravstvo-u-srbiji> (Приступљено 23. августа 2017.)

Могући правци повећања ефикасности здравственог система у Републици Србији. (2016). Ernst & Young д.о.о. Београд. Доступно на: https://www.amcham.rs/upload/HC%20Studija_SPRSKI_FINALNA%20VERZIJA.pdf (Приступљено 23. августа 2017.)

Покрајинска скупштинска одлуке о Покрајинском заштитнику грађана - омбудсману. „Сл. лист АП Војводине”, бр. 37/2014, 40/2014 - испр. и 54/2014.

Правилник о начину и поступку заштите права осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање. "Службени гласник РС", бр. 68/2013.

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 - одлука УС и 1/2013.

Правилник о начину поступања по приговору, обрасцу и садржају записника и извештаја саветника за заштиту права пацијената. "Службени гласник РС", бр. 71/2013, 40/2014.

Устав Републике Србије. "Службени гласник РС", бр. 98/2006.

Шест месеци рада саветника за заштиту права пацијената у јединицама локалне самоуправе на територији АП Војводине. (2014). Покрајински заштитник грађана - омбудсман. Нови Сад. Доступно на:
<http://www.ombudsmanapv.org/riv/index.php/istrazivanja/>(Приступљено 21. августа 2017.)

На енглеском језику:

Björnberg, Arne. (2017). *Euro Health Consumer Index 2016*. Health Consumer Powerhouse Ltd. Marseillan. Доступно на:
http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf(Приступљено 23. августа 2017.)

Human Rights-Based Approach to Health. Доступно на:
http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf(Приступљено 22. августа 2017.)

Snowball Sampling. Доступно на: <http://research-methodology.net/sampling-in-primary-data-collection/snowball-sampling/>(Приступљено 25. августа 2017.)

CIP - Каталогизација у публикацији
Библиотека Матице српске, Нови Сад

340.134:364.69(497.113)

ПРАВО на доступност здравствене заштите у АП Војводини : истраживање
Покрајинског заштитника грађана - омбудсмана : извештај о истраживању / [главни и
одговорни уредник Зоран Павловић]. - Нови Сад : Покрајински заштитник грађана -
омбудсман, 2018 (Нови Сад : Штампарииа Управе за заједничке послове покрајинских
органа). - 106 стр. : илустр. ; 30 cm

Тираж 200. - Библиографија.

ISBN 978-86-89417-06-7

а) Право на здравље - Војводина б) Здравствена заштита - Правни аспект - Војводина
COBISS.SR-ID 321316103
