



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ЗАШТИТНИК ГРАЂАНА



Заштитник грађана
Zaštitnik građana

**ПОСЕБАН ИЗВЕШТАЈ ЗАШТИТНИКА ГРАЂАНА
О ЗАСТУПЉЕНОСТИ УСЛУГА
СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ КОЈЕ ЖИВЕ НА СЕЛУ:
Доступност и садржај услуга помоћи у кући
и кућног лечења**

Септембар 2023.

Издавач
Заштитник грађана

За издавача
мр Зоран Пашалић

Уредница
Јелена Стојановић

Тираж
200

Година издавања
2023.

Прелом и штампа
„Донат Граф“ д.о.о, Београд

ISBN
978-86-87945-74-6

ПОСЕБАН ИЗВЕШТАЈ
ЗАШТИТНИКА ГРАЂАНА
О ЗАСТУПЉЕНОСТИ УСЛУГА
СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ КОЈЕ ЖИВЕ НА СЕЛУ:
Доступност и садржај услуга помоћи у кући
и кућног лечења

Септембар 2023.

Истраживачки тим

Заштитник грађана

Ана Окановић

Борјана Перуничкић

Данијела Радојевић

Гордана Илић

Јелена Селаковић

Консултанткиња

др Јелена Териман

Израду извештаја подржали су Савет Европе у оквиру пројекта „Јачање капацитета Заштитнику грађана у заштити и промоцији економско-социјалних права“ и Агенција за родну равноправност и оснаживање жена (UN Women), оквиру пројекта Кључни кораци ка родној равноправности“, којег финансира Европска унија. Ставови у овој публикацији припадају искључиво Стручној служби Заштитника грађана, и не представљају нужно ставове Савета Европе, UN Women, Уједињених нација, или било које друге организације под окриљем Уједињених нација.

САДРЖАЈ

1. УВОД	7
2. ТОК И МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	17
3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	20
3.1. Заступљеност услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу из перспективе установа на покрајинском и републичком нивоу	20
3.2. Заступљеност услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу у јединицама локалне самоуправе	22
3.3. Заступљеност и садржај услуге кућног лечења за старије жене на селу	28
3.3.1 Заступљеност услуге кућног лечења за старије жене на селу	28
3.3.2. Садржај и праћење пружања услуге кућног лечења за старије жене на селу	31
3.3.3 Здравствене амбуланте и станице на селима	33
3. 4. Заступљеност и садржај услуге помоћи у кући за старије жене на селу	33
3.4.1. Заступљеност услуге помоћ у кући за старије жене на селу	34
3.4.2. Садржај и праћење пружања услуге помоћи у кући за старије жене на селу	35
3.5. Заступљеност и доступност услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу из перспективе организација цивилног друштва	38
4. ГЛАВНИ ЗАКЉУЧЦИ ИСТРАЖИВАЊА	44
5. ПРЕПОРУКЕ	47
6. АНЕКС 1	49

1. УВОД

Доступна истраживања¹ о положају и квалитету живота старијих жена које живе на селу показују да ова категорија становништва спада у групу социјално искључених и материјално необезбеђених лица, будући да је реч о особама које најчешће учествују у неплаћеном раду у домаћинству. Заштитник грађана такође бележи да су старије жене на селу део популације који је у великој мери недовољно видљив и гласан о свом неповољном положају. Уз то недовољно развијена мрежа јавног превоза и приступачност установа социјалне и здравствене заштите

¹ Невена Петрушић, Правни и стратешки оквир економских и социјалних права старијих особа на селу у Републици Србији, са посебним освртом на економска и социјална права старијих жена на селу (нацрт), 2022. Заштитник грађана, Редован годишњи извештај о раду Заштитника грађана за 2021. годину, стр. 60, Београд, 2022. <https://www.ombudsman.rs/attachments/article/7369/Redovan%20Godisnji%20izvestaj%20Zastitnika%20gradjana%20za%202021.%20godinu.pdf>

Фондација Центар за демократију, Београд, 2022. Удружење грађана „Снага пријатељства“ – Amity, Приступачност услуга здравствене и социјалне заштите старијим грађанима током пандемије COVID-19, 2021.

<http://www.amity-yu.org/wp-content/uploads/2021/05/03-Istra%20C5%BEivanje-opristupa%20C4%8Dnosti-usluga-zdravstvene-i-socijalne-za%20C5%A1tite-starijima-tokom-pandemije.pdf>

ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Serbia 2018, The European Social Policy Network, European Commission: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=25&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0

Невена Петрушић, Надежда Сатарић, Косана Бекер, *Учешће старијих жена у политичком и јавном животу у Србији*, Удружење грађана „Снага пријатељства“ - Amity, Београд, 2020.

Републички завод за статистику, *Истраживање здравља становништва Србије 2019. године*, стр. 119.

Повереник за заштиту равноправности, *Истраживање о положају старијих жена у Србији*, 2019.

Надежда Сатарић, Алтернативни извештај Комитету за елиминацију свих облика дискриминације жена о положају старијих жена у Републици Србији, 2018.

UN Women, „Помало смо отписане“ – Извештај о положају старијих жена, Београд, 2017, стр. 35.

Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва Владе Републике Србије, *Мапирање услуга социјалне заштите у надлежности јединица локалних самоуправа у Републици Србији*, Београд, 2016.

додатно појачавају изолацију у којој се одвија свакодневни живот старијих жена на селу.

У контексту остваривања члана 23. Ревидиране европске социјалне повеље – Право старијих на социјалну заштиту, који посебну пажњу поклања **пружању информација о услугама и погодностима које стоје на располагању старијим лицима као и о могућностима коришћења истих у циљу омогућавања старијима да, колико год је то могуће, остану пуноправни чланови друштва, као и пружању здравствене заштите и услуга које су им потребне у стању у ком се налазе како би водили независан живот у свом породичном окружењу све док то желе и могу**, Заштитник грађана примећује да старије жене на селу не уживају у пуном обиму права из области социјалне и здравствене заштите. Пре свега, услед недовољно развијених посебних услуга и сервиса подршке, као и ограниченог приступа услугама на свим нивоима здравствене заштите.

Посебно су угрожене жене старије од 80 година које живе на селу јер је међу њима и највећи број жена које су у потреби за подршком других лица или социјалних и здравствених служби. Социјалну позицију старијих жена на селу карактерише условљеност родном припадношћу, као и маргинализованом географском позиционирањем, коју карактерише удаљеност од административних центара и институционалне мреже подршке. Уз све ово, културолошка матрица сеоских заједница старијим женама додатно отежава могућности промене и унапређења квалитета свакодневног живота и остварења социјалних и других права. Старије жене не учествују у развоју локалних политика, нити у доношењу одлука које директно утичу на њихове животе. Скоро све старије жене које живе на селу имају улогу помажућих чланова домаћинства чиме су додатно онемогућене да остваре права на одређене услуге из система социјалне и здравствене заштите.

Спроведена деск анализа нормативног оквира² показала је да у погледу економских и социјалних права старијих особа на селу не постоје посебне норме, тако да у целини важе норме о социјалним правима грађана³. Оне су садржане у Уставу Републике Србије,⁴ ратификованим међународним уговорима, који су, сагласно Уставу, део унутра-

² Анализу правног нормативног оквира спровела је др Невена Петрушић: Правни и стратешки оквир економских и социјалних права старијих особа на селу у Републици Србији, са посебним освртом на економска и социјална права старијих жена на селу (нацрт), 2022.

³ Сви термини који су у овом извештају изражени у граматичком мушком роду, подразумевају природни мушки и женски род лица на које се односе.

⁴ Устав Републике Србије „Службени гласник РС“, бр. 98/2006 и 115/2021.

шњег правног поретка и непосредно се примењују (Члан 16 Устава Републике Србије), као и у законима и покрајинским и локалним прописима којима су регулисана поједина економска и социјална права.

Устав гарантује право на заштиту здравља (чл. 68 Устава) и право на социјалну заштиту (чл. 69 Устава), која обухвата и право на социјално обезбеђење и осигурање (чл. 69, ст. 2 Устава). Област здравствених и социјалних права регулисана је бројним законима који се односе на одређене секторе друштвених односа.

Основ система социјалне заштите дефинисан је *Законом о социјалној заштити*⁵ (ЗСЗ) који је усвојен 2011. године. Закон прописује да сваки појединац или породица којој је неопходна друштвена помоћ и подршка ради савладавања социјалних и животних тешкоћа и стварања услова за задовољење основних животних потреба има право на социјалну заштиту.⁶ Одговорност за обезбеђивање социјалне заштите је децентрализована и подељена између централне, покрајинске и локалне власти. Закон о социјалној заштити прописује и начело најбољег интереса корисника,⁷ које подразумева да се услуге социјалне заштите пружају у складу са најбољим интересом корисника, уважавајући његов животни циклус, пол, етничко и културно порекло, језик, вероисповест, животне навике, развојне потребе и потребе за додатном подршком у свакодневном функционисању.

Социјалне услуге су у ЗСЗ разврстане у две категорије: 1) *услуге процене и планирања* – процена стања, потреба, снага и ризика корисника и других значајних особа у његовом окружењу; процена старатеља, хранитеља и усвојитеља; израда индивидуалног или породичног плана пружања услуга и мера правне заштите и других процена и планова, и 2) *директне социјалне услуге*, у које спадају: *дневне услуге у заједници* – дневни боравак; помоћ у кући; свратиште и друге услуге које подржавају боравак корисника у породици и непосредном окружењу; *услуге подршке за самосталан живот* – становање уз подршку; персонална асистенција; обука за самостални живот и друге врсте подршке неопходне за активно учешће корисника у друштву; *саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге*; *услуге смештаја* – смештај у сродничку, хранитељску или другу породицу за одрасле и старије; домски смештај; смештај у прихватилиште и друге врсте смештаја.

Закон о социјалној заштити искључује могућност добијања новчане социјалне помоћи у случајевима када је појединац или члан породице

⁵ „Службени гласник РС“, бр. 24/2011.

⁶ Члан 4 ЗСЗ.

⁷ Члан 26 Закона о социјалној заштити.

продао или поклонио непокретну имовину или се одрекао права на наслеђивање непокретне имовине, а није протекао период у којем би, од тржишне вредности непокретне имовине коју је продао, поклонио или се одрекао права на наслеђивање, могао остваривати средства већа од износа новчане социјалне помоћи.⁸

Према *Закону о пољопривреди и руралном развоју*,⁹ носилац породичног пољопривредног газдинства је физичко лице – пољопривредник или предузетник, које обавља пољопривредну производњу и које је уписано у Регистар пољопривредних газдинстава као носилац породичног пољопривредног газдинства. Одредбама члана 3 *Правилника о упису у Регистар пољопривредних газдинстава и обнови регистрације, као и о условима за пасивни статус пољопривредног газдинства*¹⁰ прописано је да се у случају уписа породичног пољопривредног газдинства у Регистар пољопривредних газдинстава, уписује пољопривредник (физичко лице) који је носилац породичног пољопривредног газдинства и могу се уписати чланови породичног пољопривредног газдинства.

Систем пензијског и инвалидског осигурања уређен је *Законом о пензијском и инвалидском осигурању* (ЗПИО) из 2003. године, који је у међувремену више пута измењен.¹¹ Подигнута је старосна граница за одлазак у старосну пензију, пооштрени су услови за остваривање права на инвалидску пензију, уведена је превремена старосна пензија са трајним умањењем висине пензије, пооштрени су услови за остваривање права на породичну пензију, а промењена је и политика раста пензија,¹² уз могућност њиховог повећања исплатом новчаног износа као увећања уз пензију, у зависности од економских кретања и финансијских могућности буџета Републике Србије.¹³ Позитивну промену с

⁸ Члан 82 ст. 1. тачка 2 Закона о социјалној заштити „Службени гласник РС“, бр. 24/2011 и 117/2022 – одлука УС).

⁹ Закон о пољопривреди и руралном развоју, „Службени гласник РС“, бр. 41/2009, 10/2013 – др. закон, 101/2016, 67/2021 – др. закон и 114/2021)

¹⁰ Правилника о упису у Регистар пољопривредних газдинстава и обнови регистрације, као и о условима за пасивни статус пољопривредног газдинства, „Службени гласник РС“, бр. 17/2013, 102/2015, 6/2016, 46/2017, 44/2018 – др. закон, 102/2018 и 6/2019.

¹¹ Закон о пензијском и инвалидском осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 34/2003, 64/2004 – одлука УСРС, 84/2004 – др. закон, 85/2005, 101/2005 – др. закон, 63/2006 – одлука УСРС, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014, 73/2018, 46/2019 – одлука УС, 86/2019 и 62/2021.

¹² Образложење Предлога Закона о изменама и допунама Закона о пензијском и инвалидском осигурању – текст прописа. Доступно на: <https://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/291019/291019-vest12.html>. (приступљено 17.07.2022.)

¹³ Средства за ове намене не могу бити виша од 0,3% БДП на годишњем нивоу (чл. 207а ЗПИО).

аспекта остваривања родне равноправности донеле су новеле ЗПИО 2019. године, којим су супружници и ванбрачни партнери по први пут изједначени у погледу права на породичну пензију, чиме је откљоњена дискриминација ванбрачних партнера по основу породичног статуса у области пензијског и инвалидског осигурања. Изменама ЗПИО из 2014. године уплаћивање доприноса поново је постало обавезно само за носиоце пољопривредног домаћинства/газдинства, што се неповољно одражава на жене које се углавном јављају као помажући чланови пољопривредног домаћинства/газдинства.

Посебно је лош положај жена у сеоским срединама, које се налазе у статусу помоћних чланица пољопривредног домаћинства јер чак 93% не ушлаћује пензијско осигурање, углавном због недостатка новца. Због неадекватног и неблаговременог вршења контроле уплате доприноса и подношења пријава на обавезно социјално осигурање, многе осигуранице су онемогућене у остваривању права на старосну пензију. На овај проблем указао је Заштитник грађана, наводећи у свом извештају да терет несавесности послодаваца сноси запослени, а да надлежни органи не предузимају адекватне мере ради успостављања финансијске дисциплине и обезбеђивања осигурања за запослене који нису скривили пропуст у уплати.¹⁴ Иако се више година заговара увођење тзв. социјално гарантоване пензије, која би се, као социјално давање, исплаћивала из буџета, што је било предвиђено и Националном стратегијом о старењу, овај вид социјалног давања још увек не постоји.

Област здравствене заштите регулисана је низом закона и подзаконских аката. Од примарног значаја су *Закон о здравственој заштити* из 2019. године¹⁵ којим је уређен систем здравствене заштите, *Закон о здравственом осигурању* из 2019. године¹⁶ којим су уређена права из обавезног и добровољног здравственог осигурања, као и *Закон о правима пацијената* из 2013. године,¹⁷ којим су целовито уређена права пацијената. *Закон о јавном здрављу* из 2016. године¹⁸ дефинише појам „осетљиве друштвене групе“ као „групе које су изложене већем степену ризика од оболевања у односу на укупну популацију“,¹⁹ и утврђује

¹⁴ Редован годишњи извештај Заштитника грађана за 2015. годину, стр. 197. Доступно на: <https://www.ombudsman.rs/attachments/article/5555/Godisnji%20izvestaj%20Zastitnika%20gradjana%20za%202015.pdf> (приступ 17. 07. 2022)

¹⁵ Закон о здравственој заштити, „Службени гласник РС“, бр. 25/2019.

¹⁶ Закон о здравственом осигурању, „Службени гласник РС“, бр. 25/2019.

¹⁷ Закон о правима пацијената, „Службени гласник РС“, бр. 45/2013.

¹⁸ Закон о јавном здрављу „Службени гласник РС“, бр. 15/2016.

¹⁹ Члан 2, ст. 1, тач. 15 Закона о јавном здрављу.

постизање солидарности и једнакости у јавном здрављу за све и наглашену пажњу за потребе осетљивих друштвених група, као једно од начела јавног здравља.

Иако је с аспекта заштите здравља старијих особа на селу, укључујући и старије жене, законски оквир релативно задовољавајући, постоје фактичке препреке у приступу здравственим услугама због удаљености од здравствених центара, лоших путева који сеоска насеља често чине потпуно неприступачним возилима хитне помоћи, недоступност и неприступачност јавног превоза, здравствених установа и услуга и др.²⁰ За промену оваквог стања неопходно је да планирање мреже здравствених установа²¹ и здравствене политике буде засновано на подацима и родно осетљивим потребама различитих категорија становништва, уз пуну примену начела једнакости и недискриминације у приступу здравственим услугама. Старије особе на селу не помињу се као посебна категорија у нормативном оквиру, али закон препознаје да су старосно доба и друштвене препреке ризици који особу могу довести у стање социјалне потребе.

Због рестриктивних услова под којима се остварује новчана социјална помоћ, старије особе на селу имају ограничен приступ новчаној социјалној помоћи, иако испуњавају општи услов у погледу прихода. Наиме, ово право може да се оствари ако појединац, односно породица нема других непокретности, осим стамбеног простора који одговара потребама појединца, односно породице и земљишта у површини до 0,5 хектара,²² а старији људи на селу углавном су власници земљишта веће површине. С друге стране, ЗСОЗ прописује да је појединац који има сроднике са којима не живи у породици, а који су законски у обавези и у могућности да учествују у његовом издржавању, уз захтев за утврђивање права на новчану социјалну помоћ, дужан је да достави и правоснажну судску одлуку о издржавању од сродника, односно судско поравнање закључено са сродником или доказ да је код надлежног суда покренуо поступак ради утврђивања обавезе издржавања од сродника.²³ Међутим, старији људи на селу по правилу не желе да против својих потомака, који су најчешћи обвезници издржавања,

²⁰ Приступачност услуга здравствене и социјалне заштите старијим грађанима током епидемије COVID-19, Amity, 2021. стр. 3 Доступно на: <http://www.amity-yu.org/wp-content/uploads/2021/05/03-Istra%C5%BEivanje-o-pristupa%C4%8Dnosti-usluga-zdravstvene-i-socijalne-za%C5%A1tite-starijima-tokom-pandemije.pdf> (приступ: 17.07.2022).

²¹ Уредба о плану мреже здравствених установа, „Сл. гласник РС“, бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021, 74/2021 и 95/2021.

²² Члан 82, ст. 1, тач. 1 Закона о социјалној заштити.

²³ Члан 84, ст. 1 Закона о социјалној заштити.

покрећу парницу за издржавање, тако да остају ускраћени за новчану социјалну помоћ, угрожавајући тиме и своју основну егзистенцију.

За старије особе на селу које су оствариле право на новчану социјалну помоћ релевантна је *Уредба о мерама социјалне укључености корисника новчане социјалне помоћи* из 2014. године,²⁴ којом се под претњом губитка или умањења новчане социјалне помоћи корисницима ове помоћи намећу извесне обавезе, укључујући и радну обавезу. Оцењујући да су ове одредбе дискриминаторне, Заштитник грађана и неколико ОЦД заражили су оцену њихове уставности, али одлука о томе није донета.²⁵

*Закон о социјалној карти*²⁶ регулише успостављање и вођење јединственог регистра Социјална карта, који садржи податке о појединцу и са њим повезаним лицима о социјално-економском статусу, податке о врсти права и услуга из социјалне заштите које лице користи или је користило, као и податке о службеним лицима која су водила, односно одлучивала о појединачним правима.²⁷ Циљ успостављања Социјалне карте је постојање јединствене и централизоване евиденције у електронском облику, која садржи тачне и ажурне податке о социјално-економском статусу појединца и са њим повезаних лица и која омогућава корисницима података да обављају послове обраде података ради утврђивања чињеница неопходних за остваривање права и услуга из области социјалне заштите, а посебно ради ефикаснијег остваривања права и услуга социјалне заштите, праведније расподеле социјалне помоћи, унапређења ефикасности и проактивности рада органа у области социјалне заштите, обезбеђивања подршке у дефинисању и обликовању социјалне политике и праћења укупних ефеката мера социјалне заштите, као и обезбеђивања ажурних података о корисницима за случај ванредне ситуације.²⁸ *Правилником о ближим техничким условима успостављања и вођења Социјалне карте*²⁹ регулисани су технички услови успостављања и вођења јединственог регистра Социјална карта и преузимање података из евиденција у области социјалне, дечије и борачко-инвалидске заштите, верификација и

²⁴ Уредба о мерама социјалне укључености корисника новчане социјалне помоћи, „Службени гласник РС“, бр. 112/2014.

²⁵ Сличне одредбе садржане су и у Нацрту закона о социјалној заштити. Доступно на: <https://www.minrzs.gov.rs/sr/dokumenti/ostalo/javni-poziv-za-ucesce-u-javnoj-raspravo-nacrtu-zakona-o-izmenama-i-dopunama-zakona-o-socijalnoj-zastiti> (приступ 18.07.2022).

²⁶ Закон о социјалној карти, „Службени гласник РС“, бр. 14/2021.

²⁷ Члан 2, ст. 1, тач. 2 Закона о социјалној карти.

²⁸ Члан 3 Закона о социјалној карти.

²⁹ Правилник о ближим техничким условима успостављања и вођења Социјалне карте, „Службени гласник РС“, бр. 67/2021.

ажурирање података, коришћење података, као и чување, приступ и заштита података садржаних у Социјалној карти. Основни недостатак увођења социјалне карте огледа се у томе што се односи само на лица која су већ затражила неки облик социјалне помоћи, али не омогућава да се препознају сиромашни грађани који се нису обратили за помоћ а у стању су социјалне потребе.

У Републици Србији систем бесплатне правне помоћи успостављен је *Законом о бесплатној правној помоћи (ЗБПП)*.³⁰ Бесплатну правну помоћ одобрава орган општинске/градске управе,³¹ надлежан према месту пребивалишта или боравишта подносиоца захтева или месту пружања бесплатне правне помоћи, а пружају је адвокатура и службе правне помоћи у јединицама локалне самоуправе.³²

Право на бесплатну правну помоћ признато је лицима која испуњавају услове да буду корисници права на новчану социјалну помоћ или права на дечији додатак, као и члановима њихових породица, односно, заједничког домаћинства. Ово право имају и они који не испуњавају услове да буду корисници ових права, али који би због плаћања правне помоћи из сопствених прихода испунили услове.³³ Независно од општих услова, право на бесплатну правну помоћ признато је појединим категоријама лица, као што су лица која остварују правну заштиту од насиља у породици, лица према којима се води поступак делимичног или потпуног лишења или враћања пословне способности, особе са инвалидитетом.³⁴ У ЗБПП као привилеговани корисници бесплатне правне помоћи препозната су само „стара лица која су без сопственог пристанка смештена у установу социјалне заштите“.³⁵

Имајући у виду улогу јединица локалне самоуправе у одобравању и организовању служби бесплатне правне помоћи, на њима је кључна одговорност да проактивним деловањем свима на својој територији, укључујући и оне који живе на селу, пруже све неопходне информације како би право на бесплатну правну помоћ било делотворно. Да би евентуалне законске измене биле адекватне, неопходно је приступити спровођењу целовите независне евалуације функционисања система бесплатне правне помоћи у протеклом периоду примене закона, како би се мапирала она законска решења која треба кориговати.

³⁰ Закон о бесплатној правној помоћи (ЗБПП), „Службени гласник РС“, бр. 87/2018.

³¹ Члан 27 ЗБПП.

³² Члан 9 ЗБПП.

³³ Члан 4, ст. 1 и 2 ЗБПП.

³⁴ Члан 4, ст. 3 ЗБПП.

³⁵ Чл. 4, ст. 3, тач. 11 ЗБПП.

У складу са *Законом о локалној самоуправи*,³⁶ јединице локалне самоуправе надлежне су да својим планским документима³⁷ и општим акти-ма (одлукама, правилницима и др.), утврде потребе за услугама социјалне заштите, дефинишу циљеве развоја социјалне заштите, обезбеде пружање услуга, регулишу услове под којима се оне пружају. За развој услуга подршке за живот у заједници од кључног значаја су плански документи засновани на поузданим подацима о потребама грађана. Не постоји, међутим, стриктна законска дужност јединица локалне самоуправе да усвоје план развоја социјалне заштите, нити је прописано који актери треба да буду укључени у израду планских докумената. Због непостојања стандарда и упутстава у процењивању потреба и утврђивању приоритета у успостављању социјалних услуга, постоји ризик да потребе грађана не буду адекватно сагледане. Нема поузданих података да ли и на који начин јединице локалне самоуправе утврђују потребе и приоритете у успостављању социјалних услуга и у којој су мери у овај процес укључени представници центара за социјални рад, организације цивилног сектора, савета за социјалну заштиту, сами корисници услуга социјалне заштите и други социјални партнери. Када је реч о развијености локалног институционалног оквира за праћење спровођења локалних политика, изразито су неразвијени надзор и евалуација спровођења стратешких и планских докумената, у просеку 4.7% у односу на пожељан ниво развијености.

Када је реч о праћењу пружања услуга из система социјалне заштите, обавезе спровођења интерне евалуације квалитета пружених услуга, као и достављања извештаја о евалуацији заводима за социјалну заштиту и оснивачу дефинисане су чланом 19 Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите³⁸ (у даљем тексту Правилник о стандардима).

Квалитет услуга у систему социјалне заштите дефинисан је минималним стандардима квалитета - у погледу инфраструктурних капацитета, организационих и кадровских услова, као и захтевима у погледу квантитативних и квалитативних димензија стручних поступака. Пружаоци услуга у обавези су да обезбеде испуњеност услова прописаних минималним стандардима у поступку добијања лиценце за пружање услуге, како је прописано Правилником о лиценцирању

³⁶ Закон о локалној самоуправи, „Службени гласник РС“, бр. 129/2007, 83/2014 - др. закон, 101/2016 - др. закон и 47/2018.

³⁷ Према чл. 32 Закона о локалној самоуправи, скупштина општине доноси програм развоја општине и појединих делатности.

³⁸ Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, „Службени гласник РС“, бр. 42/2013, 89/2018, 73/2019.

организација социјалне заштите.³⁹ Претходно поменут Правилник о стандардима обавезује пружаоце услуга да минимално једном годишње спроводе интерну евалуацију квалитета услуге, а исходи интерне евалуације треба да им служе као смернице које сегменте свог рада могу да унапреде и постигну виши квалитет услуге коју пружају. Извештај о спроведеној евалуацији пружаоци треба да учине доступним стручној јавности, како члан 19 овог Правилника обавезује.

Правилником о стандардима нису дефинисани индикатори на основу којих би се вршила процена или самопроцена испуњености стандарда.

³⁹ Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите, „Службени гласник РС“, 42/2013.

2. ТОК И МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Заштитник грађана је у току 2022/2023. године спровео истраживање с циљем да испита оствареност дела здравствених и социјалних права за старије жене на селу, старосне доби 65 и више година, за период од 2020. до 2022. године.⁴⁰ Дати циљ истраживања постигнут је путем увида у заступљеност и садржај услуга за старије жене на селу унутар система здравствене и социјалне заштите, посматрано из угла пружалаца услуга. Истраживањем је испитана **заступљеност и садржај услуге помоћ у кући као услуге социјалне заштите и услуге кућно лечење као услуге здравствене заштите старијих жена на селу**, за које је процењено да представљају адекватне индикаторе остваривања здравствених и социјалних права старијих жена на селу.

У дизајну истраживања пошло се од деск анализе правног нормативног оквира, а затим је следила идентификација пружалаца наведене две услуге у популацији старијих жена на селу и установа надлежних за праћење и контролу пружања ових услуга и утврђено је да је реч о:

1. јединицама локалне самоуправе;
2. установама које прате реализацију пружања услуга на националном и покрајинском нивоу;
3. лиценцираним пружаоцима услуге помоћ у кући;
4. институтима и заводима за јавно здравље и
5. удружењима грађана који имају увид у остваривање социјалних и економских права жена на селу.

У циљу мапирања релевантних партнера на пољу заштите права старијих жена на селу, посебно на локалном нивоу, израђен је и Регистар организација цивилног друштва које се баве заштитом и промоцијом здравствених и социјалних права старијих жена на селу.

На основу доступних база на националном и локалном нивоу, идентификован је 371 потенцијални пружалац информација, односно 160

⁴⁰ За потребе истраживања, методологију је припремила и извршила анализу добијених података др Јелена Ћериман.

јединица локалне самоуправе, 117 организација⁴¹ које пружају помоћ у кући, 23 института/завода за јавно здравље, 5 институција на републичком и покрајинском нивоу, и узорак од 66 удружења, односно организација цивилног друштва које се баве социјалним и економским правима жена на селу. Донета је одлука да се све идентификоване популације испитују у целини.

У методолошком смислу, поменути деск анализа нормативног оквира и регистар организација послужили су као полазна основа за израду функционалног механизма за праћење одредби већ поменутог члана 23 Ревидиране европске социјалне повеље. На трагу налаза из анализа о положају старијих жена на селу и запажања Заштитника грађана, развијен је инструмент истраживања којим је испитана заступљеност услуга из система социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу, као и садржај услуга које се односе на остваривање права из области социјалне и здравствене заштите.

За потребе овог истраживања стога је начињено пет типова упитника који су дистрибуирани идентификованим актерима у систему социјалне и здравствене заштите ради прикупљања релевантних података. Упитници су дизајнирани тако да омогуће системско и централизовано прикупљање и обраду података, као и откривање евентуалних диспропорција у доступности услуга на националном и локалном нивоу и сагледавање процеса интегрисања родне и интерсекционалне перспективе у систем социјалне и здравствене заштите. Упитници су крајем 2022. године прошли пробно тестирање. Након измена упитника у складу с повратним информацијама од пружалаца услуга на терену, извршен је консултативни процес са представницима Републичког завода за статистику након чега су упитници додатно модификовани.

Спровођење теренског истраживања започето је 05. априла 2023. године, а завршено је 24. маја 2023. године. Администрирање упитника је извршила стручна служба Заштитника грађана Републике Србије.

Најчешћи упити испитаника у почетној фази спровођења истраживања тицали су се квалификованости за учешће у истраживању, затим разјашњења појединих питања у упитницима и томе слично.

Највећа потешкоћа у целокупној фази прикупљања података у вези је са непотпуним базама података скоро свих типова пружалаца информација, услед тога што поједини пружаоци немају разрађену методологију прикупљања родно осетљивих података или података разврстаних по роду и старосној доби (укрштено), те им

⁴¹ Списак лиценцираних пружалаца услуга преузет је са сајта Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

није било могуће идентификовати старије жене на селу унутар постојећих база и одговорити на питања у упитнику. Установе надлежне за праћење и контролу реализације услуга из система социјалне и здравствене заштите на националном и покрајинском нивоу управе наводе да родно разврстане податке ни не захтевају од пружалаца услуга. Ни јединице локалне самоуправе немају тачан податак о броју старијих жена на селу које су обухваћене услугама из система социјалне и здравствене заштите јер подаци којима располажу нису разврстани по роду, старости, нити месту становања. Поједини потенцијални учесници у истраживању одговорили су да стога нису у могућности да попуне упитник. Додатно, домови здравља који нису били у могућности да доставе тражене податке превасходно истичу да софтвер Хелијант који користе за припрему извештаја о раду не пружа могућност разврставања података по полу и старосној доби. Такође додају да форма планско-извештајних табела, која је стандардна за све здравствене установе у Србији, не предвиђа могућност класификације података према полу, ни према старосној доби, нити према типу насеља (градско/сеоско), а није дозвољена ни било каква модификација форме извештајних табела у пракси, те стога нису били у могућности да адекватно одговоре на захтеве овог истраживања.

Неколико учесника у истраживању је молило и за продужетак рока за достављање попуњеног упитника будући да су чекали отварање базе података из пописа становништва, домаћинства и станова по насељеним местима из 2022. године, а која у датом тренутку спровођења теренског истраживања није била јавно доступна.

Такође, на почетку теренског истраживања утврђено је на основу одговора појединих Завода за јавно здравље да они не прикупљају здружене годишње податке о здравственој заштити становништва на територији Републике Србије за коју су надлежни, због чега су упитнике упућивали домовима здравља. Овај податак утицао је на проширење узорка у делу пружалаца информација о услузи кућног лечења за старије жене на селу и о постојању здравствених и амбулантних здравствених станица на селима, тако што су поред Института и Завода за јавно здравље укључени у истраживање и домови здравља.

Увидом у све достављене упитнике установљено је да су испуњени минимални кумулативни услови за репрезентативност прикупљених података.

По завршетку прикупљања података, сачињена је база свих одговора и приступљено је даљој анализи података.

3. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У овом сегменту извештаја наведени су резултати истраживања према подацима добијеним од пет пружалаца информација:

1. установа надлежних за праћење и контролу реализације услуга кућног лечења и помоћи у кући на националном и покрајинском нивоу
2. јединица локалне самоуправе
3. домова здравља – пружалаца услуге кућног лечења старијим женама на селу
4. лиценцираних пружалаца услуге помоћи у кући и
5. удружења грађана која се баве заштитом здравствених и социјалних права старијих жена на селу.

Налази истраживања су приказани и појашњени у појединачним поглављима за сваког наведеног пружаоца информација, док се у Анексу I овог извештаја налази табеларни и графички приказ добијених резултата.

3.1. ЗАСТУПЉЕНОСТ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ НА СЕЛУ ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ УСТАНОВА НА ПОКРАЈИНСКОМ И РЕПУБЛИЧКОМ НИВОУ

У овом делу извештаја приказани су подаци добијени од установа надлежних за праћење и контролу реализације услуга кућног лечења и помоћи у кући на националном и покрајинском нивоу. Контактрано је пет релевантних установа, од којих је једна одговорила слањем података. Реч је о Покрајинском заводу за социјалну заштиту.

Преостале четири контактиране установе на републичком и покрајинском нивоу нису доставиле тражене податке. Реч је о Републичком фонду за здравствено осигурање, Републичком фонду за пензијско и инвалидско осигурање, Покрајинском секретаријату за социјалну политику, демографију и равноправност полова и Републичком заводу за социјалну заштиту. На позив за учешће у истраживању, Републички

завод за социјалну заштиту одговорио је да није у могућности да попуни упитник будући да није у могућности да обезбеди податке који се односе на остваривање социјалних права старијих жена на селу, јер не прати посебно ову циљну групу. Дакле, праћење остваривања права на услуге из система социјалне и здравствене заштите, а тиме и остваривања права старијих жена на селу – отежано је или чак и онемогућено непостојањем осетљивих база података за ову циљну групу. Подаци које наведена надлежна установа прикупља и захтева од пружалаца услуга нису такви да разврставају кориснике према месту становања (градској или ванградској средини).

С друге стране, Покрајински завод за социјалну заштиту доставио је податке који су преузети из годишњих извештаја центара за социјални рад и пружалаца услуга помоћ у кући на територији АП Војводина за период 2020-2022. године. Достављени подаци су раздвојени по месту становања само за укупан број старијих корисница свих услуга центара за социјални рад, док када је реч о појединачним услугама као што је помоћ у кући подаци су наведени збирно за старије кориснице из градских и неградских средина, те се не може прецизно одредити број старијих корисница на селу.

Покрајински завод за социјалну заштиту наводи да је на територији АП Војводина формирано 45 центара за социјални рад према чијим подацима је било 26-34 пружалаца услуга помоћ у кући у 16 општина. Према њиховим подацима, у току 2020. године у центрима за социјални рад на територији АП Војводине било је укупно 10.547 корисница старосне доби 65+ из ванградских средина. Услугу помоћи у кући пружала су 34 пружаоца услуга, од којих 14 државних и 20 недржавних. Број корисница је током 2020. године износио 3.472.

У 2021. години укупан број корисница услуга социјалне заштите из неградске средине у центрима за социјални рад износи 10.725. Када је реч о услузи помоћи у кући, Покрајински завод за социјалну заштиту извештава о укупном обухвату старијих жена овом услугом, односно даје збирне податке о корисницама ове услуге из градских и неградских насеља, што износи 3.231, чиме се не пружа могућност да се утврди тачан број корисница из сеоских подручја. Када се упореди укупан број старијих корисница услуга помоћ у кући по годинама, приметан је благи пад броја корисница услуга у 2021. години у односу на 2020. годину на територији АП Војводина.

У току 2022. године било је укупно 10.818 старијих жена на селу корисница услуга центара за социјални рад на територији АП Војводине, али такође није могуће одредити број старијих корисница услуга помоћ у кући које живе на селу. Покрајински завод за социјалну

заштиту извештава да поседује податак о укупном броју корисница (из градских и неградских насеља) који износи 3.092, што је значајан пад укупног броја старијих корисница у односу на број старијих корисница услуге помоћ у кући у 2020. години. Међутим, како не постоји могућност праћења броја старијих жена које живе на селу унутар овог укупног броја корисница, самим тим се не могу анализирати ни узроци ни тенденције које се односе на ову циљну групу.

3.2. ЗАСТУПЉЕНОСТ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ НА СЕЛУ У ЈЕДИНИЦАМА ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ

У овом делу извештаја приказани су подаци о заступљености услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу који су добијени од 89 јединица локалне самоуправе (што чини 56% укупног броја), од 160 јединица локалне самоуправе у Републици Србији колико је контактирано за учешће у истраживању.

Када је реч о функционисању јединица локалне самоуправе, скоро све, односно 81% узорка наводе да имају успостављене сеоске месне заједнице и да се дати органи управе на селима редовно састају. Уз то, још 11% јединица локалне самоуправе наводи да део сеоских заједница у њиховом саставу има успостављене месне заједнице, а 7%⁴² наводи да месне заједнице нису успостављене ни у једном селу на њиховој територији.

Укупно 84% јединица локалне самоуправе наводи да месне заједнице које функционишу на њиховој територији имају праксу сазивања месних зборових мештана. Укупно 14%⁴³ јединица локалне самоуправе наводи да ниједна месна заједница на њиховој територији нема ову праксу.

Када је реч о организацији јавних расправа у селима о прописима јединица локалне самоуправе укупно 57% јединица локалне самоуправе наводи да има такву праксу, а 43% да нема, од којих две јединице локалне самоуправе⁴⁴ наводе да никада нису организовале такве расправе.

⁴² Реч је о Баточини, Чукарици, Гроцкој, Новом Пазару, Аранђеловцу и Смедеревској Паланци.

⁴³ Реч је о Баточини, Бачу, Сурчину, Панчеву, Гроцкој, Новом Пазару, Руми, Аранђеловцу, Смедеревској Паланци, Беочину, Оџацима и Сокобањи.

⁴⁴ Реч је о Кладову и Бољевцу.

Ретка пракса сазивања месних зборова мештана, као и јавних расправа у селима о локалним актима од значаја за живот мештана указује на недовољну могућност учешћа локалног сеоског становништва, посебно старијих жена на селу, у одлучивању о условима и квалитету живота. Подаци из истраживања Заштитника грађана, које је спроведено 2018. године и приказано у „Посебном извештају о заступљености жена на местима одлучивања и позиција и активности локалних механизма за родну равноправност у јединицама локалне самоуправе у Србији“⁴⁵, покрепљује тврдњу да веома мали број жена, укључујући и старије жене, има могућност да учествује у одлучивању у својој локалној заједници, с обзиром да су у месним заједницама, према тада добијеним подацима, заступљене у веома малом броју. Иако је дато истраживање спроведено 2018. године, те је могуће да је у међувремену дошло до промене у заступљености жена и мушкараца на руководећим позицијама у локалним самоуправама, и резултати истраживања из 2018. године као и истраживања које је приказано у овом извештају указују на контекст који онемогућава подједнаку политичку партиципацију жена у доношењу одлука на локалном нивоу.

Према подацима истраживања из 2018. године, у највећем броју општина/градова председници свих савета месних заједница су мушкарци – чак 40,5% јединица локалне самоуправе нема ниједан савет месне заједнице којим председава жена, а 31,4% јединица локалне самоуправе има само по један такав савет. Више од пет савета месних заједница у којима су председнице жене има шест општина и градова у Србији, а највећи број жена на позицији председнице савета месних заједница је у Јагодини, Новом Саду и Смедереву – жене председавају у по седам савета месних заједница у свим јединицама локалне самоуправе.

Уставом⁴⁶, Законом о локалној самоуправи⁴⁷, а додатно статутом конкретне јединице локалне самоуправе, актом о оснивању месне заједнице и другим општинским прописима могуће је нормирати односе између месних заједница и општинске управе на одређеној територији тако да се укаже на важност уважавања примедба месне заједнице по питањима од виталног значаја за рад месне заједнице, као и по питањима која се непосредно тичу становништва тих месних заједница, конкретније старијих жена на селу. Ипак, **укупно 5 јединица локалне самоуправе**

⁴⁵ Доступно на <https://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5901-p-s-b-n-izv-sh-z-sh-i-ni-gr-d-n-z-s-uplj-n-s-z-n-n-s-i-dluciv-nj-i-p-zici-i-ivn-s-i-l-lnih-h-niz-z-r-dnu-r-vn-pr-vn-s-u-dinic-l-l-n-s-upr-v-u-srbi-i>

⁴⁶ „Службени гласник РС“, бр. 98/06 и 115/21.

⁴⁷ „Службени гласник РС“, бр. 129/07, 83/14 - др. закон, 101/16 - др. закон, 47/18 и 111/21 - др. закон.

(што је 6% узорка) је одговорило да у прописима на локалном нивоу нису предвиђене такве ситуације, не постоји пракса консултовања са месним заједницама приликом доношења одлука, нити обавезност консултација месних заједница ни по једном питању.⁴⁸

Укупно 88% јединица локалне самоуправе наводи да су се током 2022. године средствима из општинског, односно државног буџета финансирале активности месних заједница које су биле усмерене на села и њихове мештане и мештанке, док 2% узорка (две јединице локалне самоуправе) наводе да није било таквих активности у месним заједницама па самим тим ни издвајања финансија.

Према подацима којима располажу јединице локалне самоуправе, најзаступљеније услуге старијим женама на селу су:

- **услуге социјалне заштите** (директна помоћ, као и координација са центрима за социјални рад) – **укупно 80% јединица локалне самоуправе** наводи да најчешће пружају ову врсту услуге;
- **административне услуге** (издавање потврда, помоћ у попуњавању формулара за одређену услугу итд.) – **76% јединица локалне самоуправе** пружа ове услуге;
- **комуналне услуге** (одржавање путева у зимском периоду, водовода и гробља) – **71% локалних самоуправа** пружа ове услуге;
- **бесплатна правна помоћ** – коју пружа **69% јединица локалне самоуправе**;
- **услуге цивилне заштите, посебно у ванредним околностима** (попут пожара, поплаве и непогоде итд.) – коју пружа **61% јединица локалне самоуправе** и
- **услуге локалног превоза** – које пружа 52% јединица локалне самоуправе.

Најниже заступљене услуге старијим женама на селу су:

- **помоћ старијим женама на селу у обављању занатске, трговинске или неке друге делатности** – **69% јединица локалне самоуправе** наводи да не пружају ову услугу;
- **услуге из области образовања одраслих** – **66% јединица локалне самоуправе** не пружа такву врсту подршке;
- **услуге из области становања** (одржавање објеката и зграда за социјално искључене категорије жена и сл.) – **56% јединица локалне самоуправе** не пружа ову услугу циљној категорији;

⁴⁸ Реч је о следећим јединицама локалне самоуправе: Мало Црниће, Кнић, Нови Сад, Ада и Бајина Башта.

- **услуге из области културе – 52% јединица локалне самоуправе** не пружа ову услугу циљној категорији;
- **услуге из области заштите животне средине – 51% јединица локалне самоуправе** не пружа ову услугу циљној категорији.

Јединица локалне самоуправе Нови Пазар не пружа ниједну од наведених услуга старијим женама на селу. Мало Црниће старијим женама на селу пружа једино услуге социјалне заштите, док Смедеревска Паланка пружа једино услуге локалног превоза старијих жена на селу. Уз њих, Гаџин Хан пружа услуге бесплатне правне помоћи и социјалне заштите за старије жене на селу. Међутим, будући да не пружају ниједну другу услугу која је у фокусу овог истраживања за циљну групу старијих жена на селу, ова три града такође се могу додати на списак јединица локалне самоуправе које пружају недовољну подршку старијим женама на селу. Ове локалне самоуправе нису пружиле кроз упитнике додатне информације о разлозима оваквог стања. У Табели 1 приказана је доступност услуга по јединицама локалне самоуправе.

Већина јединица локалне самоуправе, укупно 48 што је 56% узорка, доставила је информације о укупном броју старијих жена на селу које су током 2020, 2021. и 2022. године користиле услуге здравствених амбуланти и здравствених станица на селу. У већини локалних самоуправа број корисница услуга здравствених станица и амбуланти на селима континуирано расте од 2020. до 2022. године. Достављени подаци указују на важност постојања здравствених амбуланти и здравствених станица на селима.

Конкретно, у **20 јединица локалне самоуправе, што је 42% узорка јединица локалне самоуправе које су одговориле на ово питање, највећи број корисница био је у 2022. години и то у насељима: Алексинац, Бајина Башта, Беоцин, Бечеј, Варварин, Зрењанин, Јагодина, Кладово, Крагујевац, Краљево, Кула, Љиг, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Панчево, Рашка, Сента, Стара Пазова и Тител.**

У Бечеју је укупан број корисница услуга здравствене станице/амбуланта на селу од 2020. до 2022. године порастао за 38%. У Старој Пазови раст износи 30%, а у Кули је од 2020. до 2022. године забележен раст броја корисница од 29%.

Две јединице локалне самоуправе (4% узорка) задржале су исти број корисница током три године.

Подаци о тренду увећања броја корисница здравствених амбуланти и здравствених станица на селима дати су у Графикону 1 за јединице локалне самоуправе код којих је најизраженији овај тренд.

У укупно 17 јединица локалне самоуправе, што је 35% узорка јединица локалне самоуправе које су одговориле на ово питање, флукутира број корисница током испитиваног периода (расте између 2020. и 2021, али затим опада у 2022. години у појединим јединицама локалне самоуправе или опада између 2020. и 2021, али затим расте у 2022. години у другим јединицама локалне самоуправе) те се не може говорити о јасном тренду опадања или раста броја корисница на овим територијама: Алибунар, Бољевац, Велико Градиште, Жагубица, Кањижа, Кикинда, Ковин, Крушевац, Лозница, Озаци, Пирот, Рача, Рума, Смедеревска Паланка, Сремска Митровица, Ужице и Шид.

У укупно 9 јединица локалне самоуправе, што чини 19% узорка јединица локалне самоуправе које су одговориле на ово питање, опада број корисница услуга здравствених амбуланти и здравствених станица на селима и то у: Аранђеловцу, Бабушници, Гаџином Хану, Димитровграду, Книћу, Пландишту, Ражњу, Сомбору и Шапцу.

Тренд умањења броја корисница по јединицама локалне самоуправе дат је у Графикону 2.

Укупно 39 јединица локалне самоуправе, односно 45% укупног узорка доставило је податке о улагањима новчаних средстава у постојање и рад сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица. Када се ови подаци упореде по годинама, не може се уочити правилан тренд повећања или смањења улагања новчаних средстава у свим јединицама локалне самоуправе, будући да се у појединим јединицама локалне самоуправе умањују улагања током три испитиване године, док су у другим јединицама локалне самоуправе улагања увећана током овог периода, а у појединим јединицама локалне самоуправе улагања се умањују између 2020. и 2021. године, да би се затим увећала у 2022. години.

Подаци добијени од 38 јединица локалне самоуправе показују да је скоро половина, то јест 18 јединица локалне самоуправе, односно 46%, имало повећање улагања у постојање и рад здравствених амбуланти и здравствених станица на селима. Локалне самоуправе које су имале највиша улагања у функционисање сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица током 2022. године су: Бабушница, Бач, Бачка Паланка, Бачка Топола, Босилеград, Варварин, Жагубица, Кањижа, Кикинда, Кнић, Ковин, Крагујевац, Нова Црња, Панчево, Пландиште, Смедеревска Паланка, Сремска Митровица и Шид.

Подаци о јединицама локалне самоуправе код којих постоји континуитет у погледу увећања износа средстава намењених раду здравствених амбуланти и здравствених станица на селима приказан је на Графикону 3.

С друге стране, укупно 36%, односно 14 јединица локалне самоуправе умањило је улагања у функционисање здравствених амбуланти и здравствених станица од 2020. до 2022. године. Бољевац је једина јединица локалне самоуправе која је имала улагање истог износа у постојање и рад здравствених амбуланти и здравствених станица током три испитиване године, што се у ситуацији инфлаторног скока током испитиваног периода може такође сматрати умањењем износа финансијских средстава.

Јединице локалне самоуправе код којих постоји контунитет умањења улагања у здравствене станице/амбуланте на селу су: Ада, Бољевац, Гаџин Хан, Кула, Оџаци, Ражањ, Пећинци и Сокобања.

У Гаџином Хану и Ражњу износ издвојених средстава за сеоске здравствене станице/амбуланте континуирано се умањује од 2020. до 2022. године. Гаџин Хан има тренд умањења финансијских средстава за 6% у 2021. години у односу на 2020. годину, да би затим у 2022. години то умањење износило 28% у односу на износ издвојен у 2021. години. Ражањ има тренд умањења финансијских средстава за ове намене за 15% у 2021. години у односу на 2020. годину, да би затим у 2022. години то умањење износило 3% у односу на износ издвојен у 2021. години.

Тренд умањења средстава у наведеним јединицама локалне самоуправе за потребе рада здравствених амбуланти и здравствених станица на селима приказан је на Графикону 4.

Преосталих 18%, односно 7 јединица локалне самоуправе доставило је податке о буџету само за једну од три испитиване године, па се не може с тачношћу закључити тренд њиховог улагања у здравствене станице/амбуланте на селу у испитиваном периоду.

Укрштањем података о јединицама локалне самоуправе које су саопштиле да имају повећање броја корисница услуга здравствених амбуланти и здравствених станица на селима и података о јединицама локалне самоуправе које су извршиле повећање износа средстава за рад сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица приметно је преклапање у Варварину, Крагујевцу, Новој Црњи и Панчеву. Слично се може приметити укрштањем података о јединицама локалне самоуправе које су саопштиле да имају умањење броја корисница услуга здравствених амбуланти и здравствених станица на селима и података о јединицама локалне самоуправе које су извршиле умањење износа средстава намењених раду сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица. Укрштањем података приметно је преклапање у Гаџином Хану и Ражњу. С обзиром на ове податке може се закључити да функционисање сеоских амбуланти/здравствених здравствених

станица једним делом директно зависи од улагања јединица локалне самоуправе у њихово постојање и рад.

Ипак, подаци показују и да Кула има изразит раст у броју корисница услуга сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица током три испитиване године и истовремено умањење улагања средстава из јединице локалне самоуправе за њихов рад. Такође, у насељима Бабушница, Кнић и Пландиште постоји тренд увећања износа средстава за рад сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица која долазе из јединице локалне самоуправе уз истовремени пад броја корисница услуга. Ови налази упућују на неопходност додатних анализа које би укључиле праћење наведених трендова у дужем временском периоду.

3.3. ЗАСТУПЉЕНОСТ И САДРЖАЈ УСЛУГЕ КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ НА СЕЛУ

У овом делу извештаја приказани су подаци добијени од 121 дома здравља (што чини 77% укупног броја) од укупно 158 домова здравља колико их има на територији Републике Србије. Упитником намењеним домовима здравља прикушљени су подаци о заступљености и садржају услуге кућно лечење која је пружена старијим женама на селу током 2020, 2021 и 2022. године, као и подаци о постојању и функционисању сеоских здравствених станица и амбуланти.

3.3.1 Заступљеност услуге кућног лечења за старије жене на селу

Према подацима за 2020. годину, добијеним од домова здравља укупно 141.854 жена и мушкараца на селу је било обухваћено услугом кућног лечења. Ову услугу у 2021. години користило је 139.196 жена и мушкараца на селу, а у 2022. години 147.319.

Када је реч о заступљености услуге током три испитиване године, подаци добијени у овом истраживању указују на то да услуга у далеко већем броју обухвата старије жене у односу на старије мушкарце који живе на селу.

Након мањег пада у броју обухваћених жена овом услугом током 2021. године, бележи се значајан раст корисница услуге у 2022. години. Подаци су дати у Табели 2.

Према подацима добијеним од домова здравља, екипе које обављају теренски рад и пружају услугу кућно лечење углавном чине лекар (најчешће изабрани лекар) и медицинска сестра/техничар. Веома ретко у теренској екипи се налазе и специјалисти, психолози или стоматолози те се специјалистичко-консултативни прегледи на терену најређе обављају. Тек **14 домова здравља (12% узорка) је одговорило да обавља специјалистичко-консултативне услуге на терену**. Екипу понекад чине и возачи санитетског возила у финансијски боље подржаним домовима здравља, а ангажују се према потреби и захтевности терена, јер је често реч о неприступачним руралним пределима. Конкретно, 57% домова здравља нема возача, а 25% даје податке о броју запослених на овој позицији. За 24 установе из узорка недостају подаци за ово питање. Ипак, и домови здравља који имају возаче извештавају да су некада приморани да траже асистенцију Министарства унутрашњих послова или ватрогасне јединице како би дошли до становника, поготово током зимског периода због отежаних услова доласка до сеоских домаћинстава или старости и истрошености возила. Други домови здравља наводе да сами здравствени радници превозе екипу до домаћинстава корисница у власничким аутомобилима или неретко родбина корисница услуге долази по њих.

Административно особље је најмање заступљено у служби кућног лечења. Укупно 97 установа (80% узорка) нема ниједног запосленог на административним пословима већ сами здравствени радници бележе податке који би могли послужити и за овакве анализе.

Број теренских екипа, као и њихов састав варирају у зависности од финансијске подршке и кадровских места. На пример, локална самоуправа Кнић финансира примања једног лекара запосленог на одређено време кроз пројекат усмерен на повећање доступности здравствене заштите, али то није случај у свим општинама. Такође, и у случају општине Кнић будући да је реч о пројектном финансирању радног места дато решење није одрживо. У већини домова здравља, према њиховим одговорима, број стручних лица запослених у служби кућног лечења не одређује се према потребама старијих жена на селу за овом врстом услуге, већ према расположивим ресурсима домова здравља.

У местима у којима постоји сеоска амбуланта ситуација је слична јер у њој раде лекар и медицинска сестра, а понегде и стоматолог и уз то патронажне сестре обилазе села у надлежности и пружају услуге куративе у кућним условима по налогу лекара. Испитаници извештавају да је у појединим сеоским амбулантама недовољно запослених у односу на потребе корисница.

Домови здравља извештавају да су током 2020. године екипу кућног лечења која обавља теренски рад чинили само медицински техничари који су радили по налогу лекара. Разлог томе је што служба кућног лечења у периоду пандемије заразне болести COVID-19 није имала лекара у континуитету. Ипак, са смањењем броја оболелих, предузете су промене те је више лекара распоређивано за теренски рад. Ипак, домови здравља Баточина, Крупањ, Владимирци, Димитровград, Српска Црња извештавају о непостојању службе кућног лечења или о недостатку стручног кадра што се читава у податку да услуге кућног лечења пружају лекари и медицинске сестре-техничари службе опште медицине у току свог редовног рада према плану и потребама старијих жена корисница здравствене заштите на територији надлежности. Дом здравља „др Драган Фундук“ у Пећинцима извештава да због недовољног броја становника нема право на оснивање службе кућног лечења.

Када је реч о уделу различитих категорија старијих жена на селу, током три испитиване године **најчешће су жене старије од 80 година користиле услугу кућног лечења. У укупном броју корисница ове услуге дата категорија жена је у 2022. години чинила четвртину корисница. Затим следе жене у терминалној фази онколошких и кардиоваскуларних болести које су током 2022. године чиниле 16% укупног броја корисница услуге, па потом жене које су непокретне или покретне уз туђу помоћ – у 2022. години чиниле су 10% укупног броја корисница услуге.**

Најређе кориснице услуге су старије жене са инвалидитетом које су у 2022. години чиниле 4% укупног броја корисница.

Приказ корисница на селу којима је пружена услуга кућног лечења током три године приказан је на графикаону 5.

Најчешће пружене услуге наведеним категоријама корисница током 2020, 2021. и 2022. године јесу спровођење прописане терапије, дијагностичко-терапијске услуге (попут ЕКГ прегледа, контроле гликемије, инфузије, постављања и промене катетера, превијања и обраде рана, вакцинације, давања серума итд.) и први и поновни прегледи у кући корисница. Иако се старије жене на селу често упућују на додатне специјалистичке или консултативно-дијагностичке прегледе и процедуре, заправо се ова врста прегледа најређе пружа на терену. Тек за 12,2% старијих жена је пружена ова врста помоћи (сви подаци су дати на Графикаону 6).

Поред наведених услуга, још 87 домова здравља (72% узорка) наводи да су током три испитиване године пружали и услугу палијативног збрињавања старијих жена на селу, а тек 24 дома здравља, односно 21%,

наводе да врше систематске прегледе социјално угрожених категорија становништва. С друге стране, скоро сви домови здравља наводе да теренске посете укључују и услуге саветовања чланова и чланица домаћинстава о потребама и нези старијих жена у складу с њиховим здравственим стањима и болестима, те како да се старају о њима, а пружају и подршку члановима и чланицама домаћинстава кроз саветовање о превенцији и ризицима за настанак одређених болести уз дистрибуцију здравствено-промотивног материјала итд. Домови здравља наводе и да на терену врше едукацију за (само)примену оралне терапије и давање субкутаних инјекција и парентералних лекова који се могу самостално давати у кућним условима, а домови здравља који пружају услуге слабо покретним женама наводе и да саветују жене о даљем лечењу и спречавању повреда и падова кроз обуку о правилном ходу, устајању и смештању у кревет итд.

3.3.2. Садржај и праћење пружања услуге кућног лечења за старије жене на селу

Када је реч о садржају пружене услуге кућно лечење за старије жене на селу, подаци добијени од домовна здравља показују да у већини случајева не постоје процедуре које јасно прате пружање услуге кућног лечења за циљну групу старијих жена које живе на селу.

Домови здравља извештавају да програм који користе за фактурисање услуга нема могућност да издвоји податке о услугама за жене старије од 65 година те да је стога онемогућено и праћење реализације услуге за старије жене на селу. Укупно 6 домовна здравља (5% узорка) експлицитно наводи да не врше континуирано праћење реализације пружања услуге кућно лечење посебно за категорију старијих жена (65+) на селу, а реч је о: Дом здравља Петровац на Млави, Дом здравља Жагубица, Дом здравља Кула, Здравствени центар Аранђеловац, Здравствени центар Ужице – организациона јединица Дом здравља Пријепоље и Дом здравља Рума.

Домови здравља већински наводе да се процедурама за праћење и евалуацију пружене услуге најчешће прати целокупан рад службе кућног лечења, а не услуге кућног лечења за специфичну категорију старијих жена на селу. Наиме, праћење показатеља рада већина домовна здравља врши на шестомесечном, деветомесечном и/или годишњем нивоу и кроз квартално праћење извршења планова рада (прегледа и услуга) преко табеле Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Дакле, **евалуација услуге се заправо најчешће**

врши преко праћења уноса у електронски здравствени картон, извршења протокола теренске терапије, протокола за пријаву заразних и незаразних болести, протокола пријаве нежељених реакција на лекове итд, то јест преко поступака и интервенција које је неопходно спровести, а ретко или никако из угла општег третмана корисница од стране здравственог особља и њихових међусобних релација, односно начина на који је пружена дата услуга.

Овај начин контроле пружене услуге комбинује се често са праћењем рада теренских служби кроз разговоре са надређенима (било на дневном, недељном или месечном нивоу). Међутим, **у оваквом типу евалуације рада не постоји довољна транспарентност процедура, те није јасно како се осигурава неометан проток информација од корисница на селу преко здравственог особља на терену до надлежних особа које би могле да реагују у случају одређених нерегуларности у пружању услуге.** Уколико жалбу на рад теренских служби треба да преузме здравствено особље на терену или да извести надређене о „нежељеним догађајима“ нејасно је на који начин се кориснице мотивишу да пријаве нерегуларности стручним лицима од којих директно зависе у пружању неопходне услуге.

Укупан број жалби које су сви домови здравља из узорка примили за три посматране године износи 165 и то највише усменим путем. Укупно 88, односно 53% жалби долази овим путем, затим 50 (30%) жалби долази телефонским путем, 12 (7%) путем посредника односно заступника, 9 (6%) електронским путем и 6 (4%) жалби путем поште (овај процентуални приказ резултата дат је на Графикону 7).

Најчешће жалбе према одговорима домовна здравља односе се на термин у којем је обављена кућна посета, односно брзину доласка у кућну посету, затим на дужину трајања посете и на динамику посета корисницама. Ипак, појављују се и друге жалбе услед: неиспуњених очекивања породице кориснице (попут жеље да се превијање врши свакога дана упркос мишљењу лекара да је довољно сваког другог дана) (1 одговор), затим нељубазности теренског особља и непрофесионалног односа према корисницама (2 жалбе од којих је једна резултирала смењом спорне особе са позиције коју је обављао), немогућности одласка у кућну посету (услед неприступачног терена или мањка кадра – 4 одговора), на количину санитетског материјала (1). Током пандемије разлози за жалбе су били честе промене лекара и укидање рада викендом и празником (1 одговор), жалбе на мањак кадра (1 одговор), ускраћено право на доступност услуга здравствене заштите (1 одговор), неодговарање особља у централи (1 одговор). **На већину жалби домови здравља нису могли да одговоре свеобухватнијим променама**

у пружању услуге будући да је већина промена захтевала додатна финансијска средства (ретки су примери запослења додатних особа на пружању услуге кућног лечења).

3.3.3 Здравствене амбуланте и станице на селима

Податке о здравственим амбулантама и здравственим станицама на селу доставили су Институту за јавно здравље и домови здравља за територије за које су надлежни. Увидом у пристигле податке, примећено је да није било значајнијег тренда увећања, а ни умањења броја сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица. Ипак, уколико се овај податак укрсти са подацима о порасту броја корисница услуга сеоских амбуланти и здравствених станица у 20 јединица локалне самоуправе, јасно је да непромењен број доступних сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица или нових радних места унутар њих значи неувиђање њиховог значаја за остварење права на здравствену заштиту старијих жена на селу.

Конкретно, од 20 јединица локалне самоуправе (42% узорка) које су имале континуирано повећање броја корисница од 2020. до 2022. године једино је Краљево известило да је отворена једна додатна здравствена станица/амбуланта на селу, док је Крагујевац известио да је једна здравствена амбуланта/станица тренутно неактивна, а преосталих 18 јединица локалне самоуправе да није било промене у броју и/или функционисању сеоских здравствених амбуланти и здравствених станица на тој територији.⁴⁹

Комплетан списак здравствених амбуланти и здравствених станица дат је у Табели 3.

3. 4. ЗАСТУПЉЕНОСТ И САДРЖАЈ УСЛУГЕ ПОМОЋИ У КУЋИ ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ НА СЕЛУ

У овом делу извештаја приказани су подаци о заступљености и садржају услуге помоћ у кући за старије жене на селу. Контактано је укупно 36 пружалаца услуге помоћ у кући, од којих према исказима испитаника 28 пружа ову услугу старијим женама на селу.

⁴⁹ Реч је о следећим јединицама локалне самоуправе: Алексинац, Бајина Башта, Беоцин, Бечеј, Варварин, Зрењанин, Јагодина, Кладово, Кула, Љиг, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Панчево, Рашка, Сента, Стара Пазова и Тител.

3.4.1 Заступљеност услуге помоћи у кући за старије жене на селу

Укупан број корисника и корисница услуге помоћи у кући на селу растао је у периоду који је предмет овог истраживања тако да је највећи број у 2022. години – 2087, с тим да су старије жене више обухваћене овом услугом него старији мушкарци. Жене чине 71-72% укупног броја особа које су користиле ову услугу током све три испитиване године. Подаци су приказани у Табели 4.

Током три године испитивања услуга помоћи у кући је најчешће пружана старијим женама које на селу живе у самачком домаћинству. Њихов удео у укупном броју корисница ове услуге износи 83-84% током три године. Потом је услуга најчешће пружана женама на селу које су старије од 80 година, чији је удео у укупном броју корисница 53% током три године и потом женама са инвалидитетом које су у испитиваном периоду чиниле 13-15% укупног броја корисница услуге помоћи у кући. Значајно је да у све три наведене категорије број корисница расте у годинама које су у фокусу овог истраживања. У Графикону 8 приказане су категорије најчешћих корисница током три године испитивања.

Када је реч о динамици пружања услуге, две организације (6% узорка) услугу помоћи у кући пружају и током викенда (уколико је тако предвиђено индивидуалним планом услуга или по потреби у случају посебних стања корисница), док 25 организација (69% узорка) дате услуге⁵⁰ пружају искључиво током радне недеље. Подаци о динамици пружања услуге помоћи у кући приказани су у Табели 5. На основу увида у одговоре организација видљиво је да је просечно трајање посете домаћинству корисница 2-3 часа током којих се обављају наведене активности.

⁵⁰ Организације најчешће обављају следеће активности током посете корисницама услуге помоћи у кући: доношење и припрема лаких оброка (25 организација), као и помоћ при храњењу (20 одговора), облачењу (23), купању (22) и одржавању хигијене тела и лица (23), при кретању, устајању, промени положаја тела (20), затим одржавање хигијене простора и набавка намирница и лекова (27 одговора), давање прописане терапије (21), одвођење код лекара (24), шетња (22), плаћање кућних рачуна (27), прање и пеглање веша (22), дружење и разговор (26). Поред наведених активности, појединачне организације наводе и активности које су изван оквира пружања услуге помоћи у кући, попут: психосоцијалне подршке и саветовања, регулисања личних докумената и наменског превоза особа које користе колиџа или друга ортопедска помагала (једна организација), правне помоћи и посредовања код институција за остварење одређених права (на социјално и здравствено осигурање, прибављања неопходне документације за остварење одређених услуга), подношења документације за енергетски заштићене куће итд.) (две организације), током зимског периода уношења огрева, одржавање окућнице и баште (три организације) итд.

Половина организација из узорка (18) су за пружање услуге помоћи у кући добијале средства из буџета Републике Србије, што је покривало 75% до 100% свих услуга које су пружале. Четири организације (11% узорка) обезбедиле су додатна средства из приватних извора (односно од самих корисница) и то у износу од 6 до 20% укупних трошкова. За две додатне организације (6% узорка) једини извори прихода су били кроз пројектно финансирање у износу од 25 до 40% укупних трошкова. Додатно, једна организација (3% узорка) из региона Западне Србије и Шумадије извештава да се висина обезбеђених средстава за пружање услуге разликује по општинама и да дужина трајања услуге зависи од предвиђених средстава по уговору са општинама. Још једна организација (3% узорка) која услугу помоћ у кући финансира из пројектних средстава одговорила је да финансије покривају пружање услуге у трајању од 7 месеци, док су две организације (6% узорка) навеле да услугу из приватних извора финансирања покривају у трајању од 12 месеци (У Табели 6 наведено је просечно трајање финансирања услуге из буџета Републике Србије за 22 организације из узорка које су доставиле податке у овом истраживању).

Подаци показују да је континуирано пружање ове услуге лично отежано услед недостатка финансијских средстава из било ког извора финансирања (пројектно, буџетски итд.). Уз то, поједини пружаоци услуге помоћ у кући указују на потешкоће у свом раду које утичу и на то да од тренутка испуњености захтева за пружање услуге нису имали кориснице из сеоских насеља јер према њиховим увидима постоји велики број жена неговатељица, особа које немају стручну спрему за обављање такве подршке, које дате услуге пружају „на црно“ у сеоским подручјима.

3.4.2 Садржај и праћење пружања услуге помоћи у кући за старије жене на селу

Пружаоци услуге помоћ у кући за старије жене на селу су на питање на који начин прате реализацију пружене услуге наводили да је:

- Најчешћи начин - теренска посета коју углавном обављају стручни радник и координатор услуге који обилазе кориснике⁵¹ на терену у најављеним и ненајављеним посетама кроз које се континуирано прате пружене услуге, као и задовољство корисница пруженом

⁵¹ Родно неосетљив речник је пренет из попуњених упитника. Претпоставка је да се појам у мушком роду „корисници“ користи да означи и кориснике и кориснице, те да се на све примењује иста процедура.

услугом. Поред разговора са корисницом о задовољству услугом, прати се и какви су услови становања корисница, какав однос имају корисница и пружалац услуге, да ли се активности реализују на адекватан начин и да ли се поштује редовност обављања посета према установљеном распореду, да ли посете трају колико је предвиђено итд. Врши се посета корисницама на терену 2-3 пута годишње (по потреби и чешће) и пише се извештај о задовољству корисница пруженим услугама и разматра се измена плана услуга уколико за тим постоји потреба. Поновна процена и индивидуални план услуга се реализује након годину дана, а у случају потребе кориснице и чешће. Поновна процена остварености циљева обавља се заједно са корисницом и представља основу за даље планирање активности.

- Паралелно са претходним, пружаоци прате реализацију пружања услуге на основу нормативног оквира којим је прописано праћење реализације услуге и плана услуга који се израђује заједно са корисницом.⁵² Праћење пружене услуге врши се и кроз анализу радног листа/радних налога у које се уписују спроведене активности, картона датирања активности службе помоћи у кући, односно кроз праћење дневника о пруженим услугама (која врста услуге је пружена и у ком трајању) који свакодневно воде пружаоци услуге на терену, као и преко дневног извештаја неговатељица и евиденционих листа опште неге и евиденционих листа помоћи у кући. Стручни радник може да изврши редовни (једном годишње) и ванредни увид у сву наведену документацију. Поред годишње ревизије, понекад се укључују и месечни извештаји којима се прати адекватност пружене услуге.
- Најрећи начин евалуације пружене услуге помоћи у кући је кроз попуњавање упитника којим се испитује задовољство корисница пруженим услугама. Најчешће је реч о евалуацији на годишњем нивоу, а по потреби је могуће и раније, кроз упитник који анонимно попуњавају кориснице услуга.

Значајно је навести добру праксу евалуације услуге помоћи у кући коју према прописима спроводи Служба за помоћ у кући у оквиру Центра за социјални рад Стара Пазова. Ова Служба за помоћ у кући има разрађене интерне инструменте праћења на дневном, недељном,

⁵² Закон о социјалној заштити (Сл. гл. РС, бр.24 од 04.04.2011.), Правилник о стручним пословима у социјалној заштити (Сл. гл. РС, бр. 1/2012.; бр. 42/2013.), Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите (Сл. гл. РС, бр. 42/2013, 89/2018 и 73/2019) и Правилник о лиценцирању организација социјалне заштите (Сл. гл. РС, Бр. 42/2013.).

месечном и годишњем нивоу којима се на јединствен начин прати пружање услуга свим корисницима. У току сваке године одабрани пригодан узорак корисника учествује у испитивању које се обавља путем стандардизованог анкетног упитника „Испитивање задовољства корисника пруженим услугама“. Уз то, током три године је рађена евалуација у складу са документом „Смернице за спровођење интерног мониторинга и евалуације услуга социјалне заштите“ које је сачинио Покрајински завод за социјалну заштиту.

Када је реч о укупном броју жалби корисница током посматране три године он износи 26, и то 15 телефонским путем и 11 жалби примљених усменим путем.

Најчешћи разлози жалби су да геронтодомаћица није пружила помоћ која је била предвиђена планом услуге, као и да избор геронтодомаћице није усклађен ни прилагођен потребама и условима домаћинства кориснице и сл. Ређе је реч о реорганизацији рада службе помоћи у кући и рада неговатељица. У свим наведеним случајевима, установа у најкраћем року ангажује нову геронтодомаћицу како не би дошло до нарушавања континуитета у пружању услуге.

Поред наведеног, укупно 9% организација тврди да ће услед жалби корисница променити свој рад у наредном периоду и то у правцу повећања броја и трајања посета, као и обухвата корисница услугом, а у складу с капацитетима установе/организације и могућностима финансирања услуге.

Када је реч о неформалним пружаоцима услуге, значајно је да скоро ниједан испитаник не зна или није упознат са њиховим деловањем у сеоским подручјима, а два пружаоца услуга наводе да знају за приватно ангажовање лица за негу и помоћ кроз „рад на црно“. Према њиховим увидима, новчана накнада је за кориснике и/или грађане који се обраћају за услуге по једном сату – два до три пута виша од пуне цене по сату коју примењује Служба за помоћ у кући у складу с постојећим нормативима. Оваква услуга се углавном пружа особама које се суочавају с функционалним ограничењима у једној или више области живота и које не могу да живе без свакодневне подршке других лица. Налаз овог истраживања је да прикупљени подаци недвосмислено указују да су **потребе за подршком у свакодневном функционисању старијих жена које живе на селу, многоструко веће од капацитета пружалаца услуга**, те да постоје додатни ризици по безбедност и здравље старијих жена на селу услед незадовољности њихових основних потреба и здравствених и социјалних права.

3.5. ЗАСТУПЉЕНОСТ И ДОСТУПНОСТ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ НА СЕЛУ ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ ОРГАНИЗАЦИЈА ЦИВИЛНОГ ДРУШТВА

У овом делу извештаја приказани су подаци о заступљености и доступности услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу који су добијени од организација цивилног друштва које имају увид у остваривање социјалних и економских права жена на селу. Контактано је укупно 66 организација цивилног друштва од којих је 27 узело учешће у истраживању, што је 41% укупног броја.

Организације цивилног друштва прво су давале одговор на питања о заступљености и садржају општих социјалних услуга, као и о инфраструктурној развијености сеоских подручја у којима делују.

Када је реч о инфраструктурној развијености, преко половине организација наводи да поједине установе не функционишу или не постоје у селима, попут социјалне службе, биоскопа и библиотеке за које 74% испитаних организација наводи да не постоје. Након њих, на селима веома ретко функционишу адвокатска канцеларија, клуб за старија лица и свечана сала/сала за извођење концерата – 70% организација извештава о њиховом непостојању, а потом пијаца – 67% организација каже да не постоји у селима у којима делују. Укупно 63% испитаних организација наводи да у селима не постоје ни културни центар, односно дом културе, удружења жена на селу (КУД, занатска радионица итд.), као ни фолклорна друштва, потом амбуланте и здравствене станице за које 56% испитаних организација наводи да не постоје или да не раде, једнако као и вашариште (56% организација), те апотека и кафана у коју иду и мушкарци и жене – што тврди 52% организација.

Дом за старија лица је најмање заступљена установа на територији сеоских подручја које покрива 4% организација из узорка овог истраживања.

Када је реч о доступности установа према регионима, организације одговарају да и у селима у којима постоје неке од наведених установа углавном је удаљеност од њих већа од 1 км, што је условљено разуђењем села и топографијом општине којој село припада.

У табели 7 приказани су одговори организација (у %) о најчешћим начинима на које мештани села долазе до значајних институција и просечном времену доласка до њих.

Испитане организације по свим питањима инфраструктурног развоја сеоских насеља и пружања услуга из система социјалне и здравствене заштите виде као најважније актере локалне самоуправе и месне

заједнице, а у појединим случајевима и организације цивилног друштва. Повратници са рада у иностранству се појављују као значајни актери у овој области јер према мишљењу организација цивилног друштва повратници могу финансијски да помогну изградњу важних објеката, попут здравствене амбуланте или реновирања постојећих простора, као и улагања у набавку додатне опреме која ће омогућити виши квалитет пружања услуга из система социјалне и здравствене заштите.

На графиконима 9, 10, 11, 12 и 13 приказани су одговори организација цивилног друштва, исказани у процентима, о томе у чијој надлежности јесу или треба да буду одређени сегменти економско-социјалних и здравствених права старијих жена на селу.

Организације цивилног друштва су упитане и **којој групи или појединцима на селу је према њиховом искуству најпотребнија додатна социјална подршка**. Њихови одговори указују да су то **првенствено жене старије од 80 година, непокретне или тешко покретне старије жене и сиромашне старије жене (89% организација препознаје ове три категорије као најугроженије)**, а затим старије жене које живе у самачком домаћинству (85%). **Иако су процентуална препознавања угрожених категорија старијих жена на селу прилично уједначена, значајно је да у најнижем проценту испитане организације препознају угроженост старијих жена припадница ЛГБТИ+ популације - 19%** (на графикону 14 наведени су сви одговори изражени у процентима).

Када је реч о врсти подршке коју препознају за сваку од ових категорија испитане организације наводе да је:

- старијим женама које болују од тешких болести најпотребнија је финансијска помоћ (овако сматра 85% испитаних организација) и подршка приступу лечењу, лековима и другим услугама из система здравствене заштите (78%), а најмање подршка у коришћењу мобилног телефона и интернета, односно компјутера (4% организација то сматра);
- женама старијим од 80 година најпотребнија је подршка у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (78% организација то сматра), затим помоћ у храни и лековима (59%), а најмање едукација или професионално усавршавање (7% испитаних организација то сматра);
- старијим женама које живе у самачком домаћинству најпотребнија је финансијска помоћ (63%), а затим подршка у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (59%), а најмање едукација или професионално усавршавање (19% испитаних организација);

- старијим женама у избеглиштву најпотребнија је подршка у остваривању права (52%), а затим финансијска помоћ (37%), док је најмања потреба, према мишљењу испитаних организација за едукацијом и професионалним усавршавањем (15% организација);
- старијим женама са инвалидитетом најпотребнија је подршка у остваривању економско-социјалних права и права на здравствену заштиту (82%), затим подршка у лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (78%), а најмање подршка за пољопривредни развој (15%);
- старијим женама које брину о другим члановима/чланицама домаћинства највише је потребна финансијска помоћ (70%) те потом подршка у остваривању права и подршка у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (56%), а најмање је потребна подршка у самосталном становању (7%);
- старијим женама припадницама националних мањина најпотребнија је подршка у остваривању економско-социјалних и права на здравствену заштиту (63%), а потом подршка у лечењу и приступу другим услугама из система здравствене заштите, помоћ у храни и лековима, помоћ у коришћењу мобилног телефона и интернета/компјутера, као и бесплатна правна помоћ (41%), а најмање подршка у самосталном становању (15%);
- старијим женама припадницама ЛГБТИ+ популације најпотребнија је подршка у остваривању права (30%), као и бесплатна правна помоћ (22% испитаних организација), а најмање подршка у самосталном становању (7%);
- старијим женама које су непокретне или полупокретне најпотребнија је подршка у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (85% испитаних организација то сматра), као и помоћ у храни и лековима (74% испитаних организација), а најмање потребна едукација и додатно усавршавање и подршка за пољопривредни развој (7% испитаних организација то сматра);
- сиромашним старијим женама најпотребнија је финансијска помоћ према мишљењу 81% испитаних организација, а затим помоћ у храни и лековима (70%), а најмање едукација и професионално усавршавање (22% испитаних организација то сматра);
- старијим женама које су зависне чланице домаћинства најпотребнија је финансијска помоћ и помоћ у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите (70% испитаних организација то сматра), а најмање подршка у самосталном становању (26% организација);

- старијим женама припадницама верских мањина најпотребнија је подршка у остваривању економско-социјалних и права на здравствену заштиту (44%), као и подршка у приступу лечењу и другим услугама из система здравствене заштите и организација културних и забавних садржаја (26%), а најмање им је потребна подршка у самосталном становању и едукација и професионално усавршавање (7% испитаних организација то сматра).

Када је реч о услугама социјалне, правне и здравствене подршке и помоћи или социјалних давања за старије жене на селу, испитане организације наводе да су, према њиховом увиду, најчешће коришћене услуге пензијског фонда (инвалидска, породична пензија итд.) – 82% испитаних организација то наводи, као и једнократна помоћ (78% испитаних организација), а најмање дневни боравак за ОСИ, бесплатна правна помоћ и бесповратна средства (само 4% испитаних организација наводи да знају да су те услуге коришћене) (на графикону 15 дати су подаци о свим коришћеним услугама на селу).

Значајно је навести да **један број старијих жена на селу није у могућности да оствари право на услуге социјалне заштите јер према члану 82. Закона о социјалној заштити онемогућено је особама које су се одрекле наследства да остваре право на социјалну помоћ и подршку**. Ова законска одредба у већој мери погађа жене и излаже их додатном ризику од сиромаштва, посебно уколико се има у виду да 84% жена на селима нема имовину у власништву, а да се 44% жена одриче наследства у корист мушких чланова породице, као и да је само 0,5% мушкараца искључено из процеса расподеле наследства.⁵³ Испитане организације цивилног друштва ретко скрећу пажњу на ово питање, само једна организација наводи ову чињеницу те сведочи да жене које се одричу наследства нико не упозори да неће моћи да остваре право на социјалну заштиту.

Када је реч о најчешћим кршењима економских и социјалних права старијих жена на селу, испитане организације истичу:

- **Угроженост економских права старијих жена на селу:** Проблеми махом повезани са сиромаштвом и финансијском зависношћу јер старије жене на селу углавном не испуњавају неке од законских услова за пензију или финансијску помоћ.
- **Угроженост права на здравствену заштиту: Непостојање специјалистичких лекарских служби, изолација старијих особа у сеоским срединама, посебно код дементних лица.**

⁵³ Доступно на: <http://upisnepokretnosti.rs/Files/00071/Rodna-analiza-sa-predlogom-indikatora.pdf>

- **Угроженост социјалних права** – услед недостатка информација, недовољне информатичка описмењености за употребу савремених технологија, недостатка друштвених садржаја примерених њиховој старосној доби, недовољне укључености старијих жена у јавни и друштвени живот. **Недоступност информација о остваривању права:** нису адекватно информисане и у добром делу случајева нема ко да им помогне у остваривању права, поготово у делу прибављања документације за одређену услугу социјалне или здравствене заштите.
- **Утицај културолошке матрице на општи квалитет живота старијих жена на селу:** Ускраћено право жени да наследи имање, право да самостално располаже новцем и да буде економски независна.
- **Дискриминација по основу старости и потцењивање знања, способности и доприноса старијих жена породичном домаћинству и заједници и насиље:** физичко, психичко, финансијско, сексуално.
- У многим селима **отежан је приступ превозу до већег места** где би старије особе могле да остваре нека од својих права. За остваривање права на туђу негу и помоћ, неопходно је поднети захтев у седишту институција, који се налази у градској средини, што особама са отежаним кретањем чини додатну баријеру за стицање датог права, услед отежане могућности да дођу до комисије која се налази у граду. **Аутобуске станице су далеко од кућа, нарочито у брдским и планинским пределима, аутобуси имају свега неколико полазак у току дана, често без могућности повратка у току истог дана** што отвара и питање преноћишта у граду до повратка кући. Уз то, **приступ превозу особама са инвалидитетом је практично немогућ услед неприлагођености возила особама које имају тешкоће у кретању или су корисници колица.**

Организације цивилног друштва упитане су и да на тростепеној скали одговоре колико лако или тешко старије жене на селу могу да приступе информацијама неопходним да остваре своја социјална и економска права. **Више од половине испитаних организација је сагласно у ставу да су процедуре за добијање социјалне и здравствене помоћи компликоване и да дуго трају,** као и да старијим женама које живе на селу није лако да добију потпуну информацију о услугама из области социјалних и економских права за којима имају потребу, те да углавном морају више пута да иду у надлежне службе ради подношења молбе, тј. захтева за добијање здравствене помоћи, односно одређене социјалне услуге и достављања неопходне документације за покретање ове процедуре. Укупно 70% испитаних организација сматра да старијим женама на селу није лако да лично дођу до

просторија у којима предају документа за одређене услуге социјалне заштите, нити да прикупе неопходна документа за остваривање услуга социјалне и здравствене заштите. У табели 8 наведени су сви одговори организација.

С обзиром на изнете податке евидентно је да је приступ услугама социјалне и здравствене заштите отежан старијим женама на селу, а организације цивилног друштва наводе и да старије жене на селу неопходне информације о овим услугама и о својим правима заправо добијају од родбине, породице и комшија, а не од стручних лица запослених у релевантним установама. Конкретно 74% организација сматра да информације о одласку лекару или зубару старије жене на селу добијају управо од родбине, породице и комшија. Исто важи за информације о неопходној документацији за добијање услуга социјалне и/или здравствене заштите – 78% организација сматра да долазе од најближих, као и за информације о процедурама за остваривање социјалних и економских права (попут права на пензију) – 67% организација сматра да су главни извори информација породица, родбина и комшије, а такође и за информисање о удружењима која се баве унапређењем живота старијих жена на селу, заштити од насиља и клубовима за старије, местима за дружење жена. У трећини случајева, испитане организације сматрају да информације о бесплатној правној помоћи долазе путем медија.

4. ГЛАВНИ ЗАКЉУЧЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Овим истраживањем је испитана заступљеност и садржај услуге помоћи у кући као услуге социјалне заштите и услуге кућног лечења као услуге здравствене заштите старијих жена на селу, за које је процењено да представљају адекватне индикаторе остваривања здравствених и социјалних права старијих жена на селу. Пре свега потребно је нагласити да је евидентан недостатак обједињених података, разврстаних по полу и другим обележјима корисника, што отежава надзор, евалуацију и развој система социјалне заштите заснован на поузданим подацима.

Када је реч о заступљености услуге кућног лечења, главни налаз овог истраживања је да су потребе старијих жена које живе на селу за овом врстом услуге многоструко веће од капацитета пружалаца услуге. Испитаници посебно истичу и да је у појединим сеоским амбулантама недовољно запослених у односу на потребе старијих жена на селу. У већини домова здравља, број стручних лица запослених у служби кућног лечења не одређује се према потребама старијих жена на селу, већ према расположивим ресурсима домова здравља. Додатно запошљавање стручњака на пружању услуге кућног лечења и куповина најновије техничке опреме за њено обављање директно зависе од финансијских средстава која стоје на располагању домовима здравља, а која су према њиховим одговорима - недовољна.

Уз то, када је реч о садржају пружене услуге кућног лечења за старије жене на селу и праћењу њене реализације, подаци добијени од домова здравља показују да у већини случајева не постоје процедуре које јасно прате пружање услуге кућног лечења за специфичну циљну групу старијих жена које живе на селу. Тешкоћу представља и непостојање прописаних показатеља квалитета пружене услуге кућног лечења који би били специфични за циљну групу старије жене на селу, како на покрајинском тако и на републичком нивоу.

Чак и када су домови здравља континуирано пратили реализацију услуге кућног лечења преко евалуације услуге од стране корисница, на већину упућених жалби нису могли да одговоре свеобухватним променама у пружању услуге будући да је већина промена захтевала

додатна финансијска средства (најчешће за отварање нових радних места). Конкретно, домови здравља указују на податак да функционисање сеоских амбуланти и здравствених станица једним делом директно зависи од улагања јединица локалне самоуправе у њихово постојање и рад. Па ипак, укрштањем овог податка са подацима добијеним од јединица локалне самоуправе приметно је да у испитиваном периоду није дошло до повећања капацитета здравствених станица и амбуланти на селима (сем у једној јединици локалне самоуправе) упркос континуираном повећању броја корисница од 2020. до 2022. године у већини испитаних јединица локалне самоуправе.

Када је реч о заступљености услуге помоћу у кући, анализа података је показала да је континуирано пружање ове услуге, као и било какво временски засновано планирање знатно отежано несталношћу финансијских средстава из било ког извора финансирања (пројектно, буџетски итд.), као и да су потребе старијих жена на селу и за овом врстом подршке знатно више од капацитета пружалаца услуга (о чему сведоче и примери „рада на црно“ неформалних пружалаца услуге). Ово је веома озбиљно ограничење које утиче и на могућност добијања додатних или алтернативних средстава из домаћих или међународних извора финансирања.

Такође, праћење реализације услуге помоћи у кући, према одговорима пружалаца услуге, заправо подразумева пописивање спроведених активности у дому кориснице, а веома ретко целовито сагледавање квалитета пружене услуге које би омогућило развој утемељених показатеља у правцу даљег унапређења пружања услуге помоћу у кући. Обавезе спровођења интерне евалуације квалитета пружених услуга као и достављања извештаја о евалуацији заводима за социјалну заштиту и оснивачу дефинисане су чланом 19 Правилника о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, међутим анализа показује да у пракси ову обавезу не спроводе сви пружаоци испитиваних услуга. Ограничена могућност унапређења услуга за старије жене на селу у вези је са неувиђањем важности прикушљања родно разврстаних података о пруженим услугама, као и података који су разврстани према месту становања корисница услуга од стране скоро свих пружалаца информација у овом истраживању. Родно осетљива статистика у области здравства и социјалне заштите, према Стратегији за родну равноправност за период од 2021. до 2030. године у Републици Србији, представља значајан ослонац за сагледавање стања у области родне равноправности, а дугорочно праћење стања омогућује да се сагледају трендови у овим областима, што је посебно значајно не само за извештавање према међународним телима која прате

примену међународних стандарда у области родне равноправности, већ и за креирање јавних политика и мера које је неопходно предузети како би се отклониле препреке и застоји, унапредило стање у области родне равноправности (Поглавље 5.4.2. Родно осетљива статистика).

Значајно је навести да један број старијих жена на селу није ни у могућности да оствари право на услуге социјалне заштите јер је према члану 82 Закона о социјалној заштити онемогућено особама које су се одрекле наследства да остваре право на социјалну помоћ и подршку. Испитане организације цивилног друштва ретко скрећу пажњу на ово питање, односно само једна организација наводи ту чињеницу те указује да жене које се одричу наследства нико не упозори да неће моћи да остваре право на социјалну заштиту.

Више од половине испитаних организација цивилног друштва је сагласно у ставу да су процедуре за добијање услуга социјалне и здравствене заштите компликоване и да дуго трају, као и да старијим женама које живе на селу није лако да добију потпуну информацију о услугама из области социјалних и економских права за којима имају потребу. Већина организација наводи и да старије жене на селу неопходне информације о овим услугама и о својим правима добијају од родбине, породице и комшија, а не од стручних лица запослених у релевантним установама. Укрштањем ових одговора са подацима добијеним од јединица локалне самоуправе о реткој пракси сазивања месних зборована, као и јавних расправа у селима о локалним актима од значаја за свакодневни живот, могуће је увидети слабу информисаност старијих жена на селу и њихове ниске могућности учешћа у доношењу одлука и креирању локалних планова акције, који би потенцијално могли да унапреде ситуацију у домену остварености социјалних права и права из области здравствене заштите.

5. ПРЕПОРУКЕ

На основу изнетих главних закључака истраживања, формулисане су препоруке намењене унапређењу рада релевантних актера у области социјалне и здравствене заштите старијих жена на селу:

- Потребно је да јединице локалне самоуправе, и то посебно оне у којима је дошло до континуираног повећања броја корисница у испитиваном периоду, у процесу родно одговорног буџетирања, део средстава расподеле тако да се обезбеди континуирано финансирање услуга социјалне и здравствене заштите за старије жене на селу.
- Потребно је да јединице локалне самоуправе континуирано спроводе родно одговорно утврђивање потреба, планирање и развој социјалних услуга у заједници које задољавају потребе старијих жена на селу, по узору на *Смернице за успостављање и развој услуга у заједници Републичког завода за социјалну заштиту*.⁵⁴
- Потребно је да надлежне установе које прате спровођење и квалитет услуга помоћи у кући и кућног лечења на националном и покрајинском нивоу управе изврше модификацију форми извештајних табела, те да потражују родно осетљиве податке од пружалаца услуга с циљем адекватног праћења реализације и квалитета услуга за старије жене на селу. **Неопходно је** прописати показатеље квалитета пружене услуге кућног лечења који би били специфични за циљну групу старијих жена на селу. Потребно је да надлежни органи који прате спровођење и квалитет услуге кућног лечења и помоћи у кући на националном и на покрајинском нивоу пропишу показатеље квалитета ове услуге који би били специфични за циљну групу старијих жена на селу и потражују од пружалаца ове услуге одговарајуће родно разврстане податке.
- Потребно је да надлежни органи успоставе систематско и централизовано прикупљање и обраду података о остваривању економских и социјалних права и права из области здравствене заштите на државном,

⁵⁴ Тим Републичког завода за социјалну заштиту, *Смернице за успостављање и развој услуга у заједници*, 2013.

- покрајинском и локалном нивоу, према јединственој методологији и на начин који пружа увид у капацитете, доступна права и услуге и социо-демографске карактеристике корисника, разврстане по полу, старосном добу, националној/етничкој припадности, типу насеља/ пребивалишту корисника и њиховим другим личним својствима.
- Потребно је да пружаоци услуга из система социјалне заштите поштују обавезу спровођења интерне евалуације, уз учешће самих корисника у тој процени, у складу са Правилником о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите на нивоу Републике Србије. Потребно је да Републички завод за социјалну заштиту изради показатеље на основу којих би се вршила процена или самопроцена испуњености минималних стандарда за пружање услуге помоћи у кући за старије жене на селу.
 - Потребно је да пружаоци услуге помоћи у кући успоставе адекватне механизме којима би на поверљив и поуздан начин, уз поштовање анонимности корисника, пратили квалитет пружених услуга, а који би предвиђао и учешће самих корисника у тој процени.
 - Потребно је да надлежни органи спроведу мере посвећене јачању финансијских и кадровских потенцијала пружалаца услуга помоћи у кући и кућно лечење, како би одговориле реалним потребама старијих особа, а нарочито старијих жена на селу и како би се континуирано пратила њихова реализација и формулисале препоруке за унапређење.
 - Потребно је да надлежни органи, након спроведене анализе ефикасности услуге кућног лечења, приликом сачињавања распореда рада запослених у теренској служби кућног лечења, исти ускладе са потребама старијих особа, а нарочито старијих жена на селу.
 - Потребно је да јединице локалне самоуправе службу бесплатне правне помоћи организују тако да се омогући њена периодична доступност одређеног дана у недељи, у седиштима сеоских месних заједница, старијим особама, укључујући старије жене и друге осетљиве друштвене групе.
 - Потребно је да јединице локалне самоуправе подстичу и промовишу конултовање са месним заједницама приликом доношења одлука о питањима од значаја за свакодневни живот и остваривање економских и социјалних права и права из области здравствене заштите старијих особа селу.
 - Потребно је да јединице локалне самоуправе предузму мере посвећене повећању нивоа информисаности старијих особа на селу о гарантованим правима и услугама социјалне и здравствене заштите и начинима њиховог остваривања.

6. АНЕКС 1

Табела 1. Заступљеност услуга за старије жене на селу (у %)

	Јединице локалне самоуправе које пружају услуге старијим женама на селу	Јединице локалне самоуправе које не пружају услуге старијим женама на селу	Без одговора	Списак јединица локалне самоуправе које не пружају ове услуге
Административне услуге (издавање потврда, помоћ у попуњавању формулара за одређену услугу итд.)	76	12	11	Сомбор, Сремска Митровица, Ужице, Нови Пазар, Мало Црниће, Велико Градиште, Гаџин Хан, Неготин, Нова Варош, Смедеревска Паланка, Рашка
Комуналне услуге на селима (попут одржавања путева у зимском периоду, водовода и гробља)	71	11	18	Нови Сад, Сремска Митровица, Суботица, Гроцка, Нови Пазар, Мало Црниће, Бечеј, Гаџин Хан, Кладово, Смедеревска Паланка
Услуге социјалне заштите старијим (директна помоћ, као и координација са центрима за социјални рад)	80	9	11	Сурчин, Панчево, Суботица, Ужице, Нови Пазар, Алексинац, Нова Варош, Смедеревска Паланка

				Ариље, Баточина, Бач, Бољевац, Врање, Младеновац, Обреновац, Нови Сад, Панчево, Прокупље, Сомбор, Сремска Митровица, Суботица, Ужице, Костолац, Нови Пазар, Љиг, Мало Црниће, Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Паланка, Бачка Топола, Бечеј, Босилеград, Велико Градиште, Гаџин Хан,
Услуге из области становања (одржавање објеката и зграда за социјално искључене категорије жена и сл.)	22	56	21	Ивањица, Кладово, Кнић, Ковин, Мали Зворник, Меровина, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Петровац на Млави, Пећинци, Пландиште, Рача, Сента, Смедеревска Паланка, Тител, Ћићевац, Шид, Пријепоље, Рашка, Сокобања, Трстеник
Здравствене услуге (изван система здравствене заштите, односно система здравственог осигурања)	43	37	20	Ариље, Бач, Бољевац, Сурчин, Јагодина, Сремска Митровица, Ужице, Костолац, Нови Пазар , Књажевац, Мало Црниће , Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бачка Топола, Велико Градиште, Гаџин Хан , Ивањица, Ковин, Мали Зворник, Меровина, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Петровац на Млави, Пећинци, Пландиште, Рача, Сента, Смедеревска Паланка , Тител, Пријепоље и Сокобања

Услуге из области заштите животне средине	29	51	20	Ариље, Баточина, Владичин Хан, Врање, Сурчин, Обреновац, Нови Сад, Панчево, Сомбор, Суботица, Ужице, Гроцка, Нови Пазар , Крушевац, Љиг, Мало Црниће , Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Паланка, Бачка Топола, Бечеј, Босилеград, Брус, Велико Градиште, Гаџин Хан , Димитровград, Ивањица, Кнић, Мали Зворник, Неготин, Нова Варош, Петровац на Млави, Рача, Сента, Смедеревска Паланка , Тител, Трговиште, Ћићевац, Беочин, Пријепоље, Рашка, Сокобања, Трстеник
				Ариље, Бајина Башта, Баточина, Бач, Бољевац, Владичин Хан, Врање, Лазаревац, Нови Сад, Сремска Митровица, Суботица, Ужице, Гроцка, Костолац, Нови Пазар , Лајковац, Љиг, Мало Црниће , Ада, Алексинац, Бабушница, Бачка Паланка,
Услуге из области културе	25	52	24	Бечеј, Босилеград, Брус, Варварин, Велико Градиште, Гаџин Хан , Димитровград, Кнић, Мали Зворник, Меровина, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Петровац на Млави, Пландиште, Рача, Сента, Смедеревска Паланка , Трговиште, Шид, Беочин, Пријепоље, Рашка, Стара Пазова

<p>Услуге из области образовања одраслих (попут течајева за одређене делатности и сл.)</p>	<p>15</p>	<p>66</p>	<p>19</p>	<p>Ариље, Баточина, Бољевац, Владичин Хан, Врање, Младеновац, Обреновац, Лазаревац, Зрењанин, Јагодина, Крагујевац, Нови Сад, Панчево, Сремска Митровица, Суботица, Ужице, Гроцка, Костолац, Нови Пазар, Књажевац, Крушевац, Лајковац, Љиг, Мало Црниће, Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Паланка, Бачка Топола, Бечеј, Босилеград, Брус, Варварин, Велико Градиште, Гаџин Хан, Димитровград, Ивањица, Кладово, Кнић, Ковин, Мали Зворник, Меровина, Нова Варош, Нова Црња, Петровац на Млави, Пећинци, Пландиште, Рача, Сента, Смедеревска Паланка, Тител, Трговиште, Ћићевац, Шид, Беочин, Пријепоље, Рашка, Сокобања, Стара Пазова</p>
<p>Услуге локалног превоза</p>	<p>52</p>	<p>35</p>	<p>14</p>	<p>Ариље, Баточина, Сурчин, Нови Сад, Сомбор, Гроцка, Костолац, Нови Пазар, Жабари, Мало Црниће, Ада, Алексинац, Бачка Паланка, Велико Градиште, Гаџин Хан, Ивањица, Кладово, Кнић, Меровина, Нова Варош, Нова Црња, Петровац на Млави, Пландиште, Рача, Сента, Тител, Трговиште, Ћићевац, Беочин, Рашка, Трстеник</p>

Услуге цивилне заштите, посебно у ванредним околностима (попут пожара, поплаве и непогоде итд.)	61	23	17	Баточина, Панчево, Сомбор, Сремска Митровица, Нови Пазар , Мало Црниће , Ада, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Топола, Велико Градиште, Гаџин Хан , Ковин, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Пећинци, Смедеревска Паланка , Шид, Трстеник
Помоћ при обезбеђивању пензије (било старосне, инвалидске или породичне) старијим женама на селу и др.)	35	43	23	Ариље, Баточина, Владичин Хан, Врање, Младеновац, Сурчин, Крагујевац, Нови Сад, Прокупље, Суботица, Ужице, Гроцка, Нови Пазар , Жабари, Књажевац, Крушевац, Љиг, Мало Црниће , Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Топола, Велико Градиште, Гаџин Хан , Ивањица, Кањижа, Кнић, Ковин, Мали Зворник, Неготин, Пећинци, Сента, Смедеревска Паланка , Тићевац, Пријеполје, Рашка, Сокобања.
Бесплатна правна помоћ	69	19	12	Баточина, Крагујевац, Панчево, Сремска Митровица, Суботица, Ужице, Нови Пазар , Књажевац, Крушевац, Мало Црниће , Ада, Бечеј, Нова Варош, Нова Црња, Сента, Смедеревска Паланка , Тител

<p>Финансијска подршка за обављање пољопривредне производње</p>	<p>47</p>	<p>33</p>	<p>20</p>	<p>Ариље, Младеновац, Сурчин, Лозница, Сомбор, Панчево, Сремска Митровица, Суботица, Сомбор, Гроцка, Нови Пазар, Жабари, Мало Црниће, Ада, Бачка Паланка, Бачка Топола, Бечеј, Босилеград, Велико Градиште, Гаџин Хан, Кладово, Ковин, Нова Црња, Пећинци, Пландиште, Сента, Смедеревска Паланка, Тител, Шид, Беочин</p>
<p>Помоћ у обављању занатске, трговинске или неке друге делатности</p>	<p>12</p>	<p>69</p>	<p>19</p>	<p>Ариље, Баточина, Бољевац, Владичин Хан, Врање, Младеновац, Сурчин, Обреновац, Лазаревац, Крагујевац, Лозница, Нови Сад, Панчево, Сомбор, Сремска Митровица, Суботица, Ужице, Гроцка, Костолац, Нови Пазар, Жабари, Књажевац, Крушевац, Лајковац, Љиг, Мало Црниће, Ада, Алексинац, Аранђеловац, Бабушница, Бачка Паланка, Бачка Топола, Бечеј, Босилеград, Брус, Варварин, Велико Градиште, Гаџин Хан, Димитровград, Жагубица, Ивањица, Кањижа, Кладово, Кнић, Ковин, Мали Зворник, Меровина, Неготин, Нова Варош, Нова Црња, Пећинци, Пландиште, Рача, Сента, Смедеревска Паланка, Тител, Трговиште, Тићевац, Шид, Пријепоље, Рашка</p>

Табела 2: Број старијих особа на селу у Србији обухваћених услугом кућног лечења

	2020. година	2021. година	2022. година
Старије жене	81.050	73.999	81.424
Старији мушкарци	60.015	60.608	63.492

Табела 3. Здравствене станице у селима Србије

Насељено место унутар региона	Сеоска насеља са здравственим абулантама/здравствених станицама и њихов број током 2020-2022. год.
Ада	Дом здравља Ада има 2 сеоске амбуланте у насељима Мол и Утрине.
Алибунар	Општина Алибунар има 10 насељених места и у сваком месту постоји амбуланта. Од 2020 год. до данас није било промена броја амбуланти.
Апатин	Укупан број села је 4, у сваком по 1 амбуланта: Пригревица, Сонга, Купусина и Свилојево. Њихов број се није мењао током три испитиване године.
Бач	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Селенча, Бачко Ново Село, Плавна, Бођани, Вајска.
Бачка Паланка	Постоји 1 здравствена станица Челарево и 12 здравствених амбуланти: Здравствена амбуланта Младеново, Здравствена амбуланта Краборђево, Здравствена амбуланта Обровац, Здравствена амбуланта Товаришево, Здравствена амбуланта Нова Гајдобра, Здравствена амбуланта Гајдобра, Здравствена амбуланта Силбаш, Здравствена амбуланта Пивнице, Здравствена амбуланта Параге, Здравствена амбуланта Деспотово, Здравствена амбуланта Нештин и Здравствена амбуланта Визић.
Бачка Топола	Укупно 14 амбуланти у насељима: Караборђево, Мали Београд, Криваја, Горња Рогатица, Томиславци, Ново Орахово, Његошево, Победа, Гунарош, Бајша, Панонија, Стара Моравица, Пачир. Није било промене у броју амбуланти од 2020. године.
Бачки Петровац	Постоје укупно 3 амбуланте: амбуланта у Кулшину, амбуланта у Бачком Маглићу и амбуланта у Гложану. Уз то постоји и Дом здравља Бачки Петровац у Бачком Петровцу.
Бела Паланка	Дом здравља Бела Паланка има амбуланте у Црвеној Реци и Долцу. Остале амбуланте по селима нису радиле због непостојања услова за рад (неадекватне и дотрајале просторије) и отежане организације због рада изабраних лекара у ковид амбуланти и на вакцинацији.

Бела Црква	Постоји 6 амбуланти на селу. У периоду од 2020. године до данас све су покривене службом кућно лечење.
Бечеј	Здравствене Станице постоје у Бачком Градишту и Бачком Петровом Селу. Амбуланта постоје у насељима: Радичевић, Милешево-Дрљан, Пољанице. Није било промена у броју здравствених амбуланти и здравствених станица током три испитиване године.
Врбас	Укупан број села је пет. Није дошло до промене броја амбуланти/ здравствених станица на селима.
Вршац	У оквиру организацијске структуре Дома здравља Вршац постоје 22 сеоске амбуланта. У одређеном периоду дошло је до затварања амбуланти услед пандемије заразне болести COVID-19.
Житиште	Укупан број села општине Житиште је 12, а број здравствених станица 11 с тим да је за Српски и Нови Итебеј направљена заједничка зграда.
Зрењанин	Села која имају здравствене станице су: Клек, Лазарево, Златица, Банатски Деспотовац, Ботош, Томашевац, Орловат, Лукићево, Ечка, Стајићево, Бело Блато, Лукино Село, Перлез, Книћанин, Фаркаждин, Чента, Јанков Мост, Михајлово, Меленци, Елемир, Тараш, Арадац. Број здравствених станица се није мењао током испитиваног периода.
Инђија	1 здравствена станица и 7 амбуланти
Кањижа	Амбуланта Дома здравља Кањижа постоје у насељеним местима: Хоргош, Мале Пијаце, Мартонош, Ором, Трешњевац, Тотово Село, Адорјан, Зимонић и Велебит. Није било промене броја амбуланти током испитиваног периода.
Кикинда	Дом здравља Кикинда пружа здравствене услуге у девет сеоских насеља, и то: здравствена амбуланта у Мокрину; здравствена амбуланта у Банатском Великом Селу; здравствена амбуланта у Руском Селу; здравствена амбуланта у Новим Козарцима; здравствена амбуланта у Башаиду; здравствена амбуланта у Банатској Тополи, здравствена амбуланта у Иђошу; здравствена амбуланта у Сајану; здравствена амбуланта у Накову. Због смањеног броја лекара неке од наведених амбуланти, које пружају здравствене услуге мањим броју сеоског становништва, раде пола радног времена, док је број отворених здравствених амбуланти остао исти.

Ковачица	На територији Општине Ковачица је 7 насељених места. У 4 насељена места налазе се здравствене станице, а у 3 здравствене амбуланте.
Ковин	Укупно 7 амбуланти/ здравствених станица.
Кула	Здравствене станице постоје у свим селима на територији општине Кула: Липар, Кула, Црвенка, Сивац, Црвенка, Крушчић, Руски Крстур. Није било промене броја, у свим насељима постоје здравствене станице у којима се свакодневно пружају здравствене услуге.
Мали Иђош	Укупно 3 амбуланте/ здравствене станице, нема промене броја током три испитиване године.
Нова Црња	Укупно постоји 6 амбуланти. Од 2020. год. до данас није дошло до значајније промене броја амбуланти (сва насељена места у општини имају амбуланту): Александрово, Тоба, Нова Црња, Војвода Степа, Српска Црња и Радојево.
Нови Кнежевац	Здравствене станице/ амбуланте постоје у насељима: Ђала, Српски Крстур и Банатско Аранђелово.
Нови Сад	У следећим приградским насељима (16) постоје амбуланте: Каћ, Будисава, Ковиљ, Кисач, Степановићево, Руменка, Ветерник, Футог, Бегеч, Буковац, Сремска Каменица, Стари Лединци, Нови Лединци, Петроварадин, Шангај, Ченеј. Од 2020. године до данас није било промене броја амбуланти.
Омољица	Амбуланта располаже са око 7000 картона, у тај број се убрајају и картони школске и предшколске деце.
Опово	Дом здравља Опово у свом саставу има 4 насељена места, централни објекат је у ДЗ у Опову и постоје још 3 здравствене амбуланте по насељеним местима Баранда, Сакуле и Сефкерин. Број се није мењао. Има укупно 4 објекта у сеоским насељима.
Оџаци	Укупно 8 села, у сваком од насељених места има по једна амбуланта и још две у Оџацима, број није мењан током три испитиване године. Амбуланте постоје у следећим насељима: Амбуланта у Лалићу, Амбуланта у Дeroњама, Амбуланта у Раткову, Амбуланта у Богојеву, Амбуланта у Каравукову, Амбуланта у Бачком Брестовцу, Амбуланта у Бачког Грачацу, Амбуланта у Српком Милетићу и две амбуланте у Оџацима.
Панчево	Укупно постоји 9 сеоских здравствених станица у оквиру Дома здравља Панчево. Према подацима Дома здравља Панчево дошло је до значајног повећања броја пацијената и куративних прегледа, али без повећања броја здравствених објеката.

Пећинци	Укупно постоје 2 здравствене станице. Такође, постоји и 11 амбуланти у насељима: Ашања, Брестач, Деч, Доњи Товарник, Карловчић, Купиново, Обреж, Огар, Пећинци, Попинци, Прхово, Сремски Михаљевци, суботиште и Шимановци. Није било промене броја током испитиваног периода.
Пландиште	Укупно постоји 13 амбуланти у насељима: Велики Гај, Купиник, Марковићево, Милетићево, Дужине, Стари Лец, Хајдучица, Велика Греда, Барице, Јерменовци, Маргита, Лаудоновац и Банатски Соколац. Број се није мењао током три испитиване године.
Рума	Укупно постоји 16 здравствених амбуланти, број се није мењао током три испитиване године.
Сента	Здравствене станице/амбуланте постоје у 4 села: Горњи Брег, Богараш, Торњош, Киви. Број се није мењао током три испитиване године.
Сечањ	Од 10 насељених места у општини здравствене услуге се пружају у свим насељеним местима у 8 здравствених станица и 2 здравствене амбуланте.
Сомбор	У 15 села општине Сомбор организован је рад у 14 амбуланти. Села Гаково и Растина деле једну амбуланту. До 2013. године свако од ова два села имало је своју амбуланту, али због значајног смањења броја становника и мањка лекара од 2013. године једна амбуланта опслужује ова 2 села. Од 2020. године није било промена у организацији рада сеоских амбуланти.
Србобран	Постоје 2 сеоске амбуланте које раде од понедељка до петка у преподневnoj смени.
Сремска Митровица	Здравствене амбуланте/станице постоје у свим селима на територији јединице локалне самоуправе. Није дошло до промене броја у испитиваном периоду.
Стара Пазова	У Дому здравља „Др Ј.Ј.Змај“ постоји 8 сеоских амбуланти и то: Амбуланта Нова Пазова, Амбуланта Нови Бановци, Амбуланта Стари Бановци, Амбуланта Белегиш, Амбуланта Сурдук, Амбуланта Голубинци, Амбуланта Војка, Амбуланта Крњешевци. Од 2020. године није било промене броја.

Суботица	Постоји 14 амбуланти: Здравствена амбуланта Радановац, Здравствена амбуланта Палић, Здравствена амбуланта Хајдуково, Здравствена амбуланта Шушљак, Здравствена амбуланта Бачки Виногради, Здравствена здравствених станица Чантавир, Здравствена амбуланта Нови Жедник, Здравствена амбуланта Стари Жедник, Здравствена здравствених станица Бајмок, Здравствена амбуланта Ђурђин, Здравствена амбуланта Таванкут, Здравствена амбуланта Мала Босна, Здравствена амбуланта Биково и Здравствена амбуланта Келебија.
Темерин	Укупно 4, није било измена у броју током три испитиване године.
Тител	Укупно постоје 4 амбуланта, 1 здравствена здравствених станица и централни Дом здравља.
Чока	Дом здравља Чока има 6 сеоских амбуланти.
Шид	Укупно 17 сеоских амбуланти и 1 здравствена станица Ердвик. Од 2020. године до данас, није дошло до промене броја амбуланти/ здравствених станица, свако насељено место општине има здравствену станицу/ амбуланту у којима се становницима тих насељених места пружа примарна здравствена заштита.
Барајево	Дом здравља „Др Милорад Влајковић“ у свом саставу има две здравствене станице и једну здравствену амбуланту. Од 2020. године и почетка пандемије заразне болести COVID-19 једна здравствена амбуланта је затворена. Остале две здравствене станице су радиле и раде и даље у континуитету. Становништво Баћевца, Гунцата, Бождаревца, Лисовића, Великог Борка и Барајева користе Дом здравља Барајево. У месној заједници Вранић постоји дом здравља који претежно користе становници Вранића, Мељака и Шиљаковца. У месној заједници Бељина постоји амбуланта коју претежно користе становници Бељине, Манића, Рожанаца и Арнајева.
Вождовац	Није дошло до значајније промене броја амбуланти/ здравствених станица у посматраном периоду. Постоји 6 здравствених амбуланти/ здравствених станица које се по организационој структури Дома здравља сврставају у приградске амбуланта које покривају здравственом заштитом рурални део општине Вождовац који подразумева 5 следећих насеља: Јајинци, Бели поток, Пиносава, Зуце и Рипањ.

Гроцка	<p>Здравствене станице постоје у насељима: Лештане, Калуђерица, Врчин, Гроцка, Умчари.</p> <p>Здравствене амбуланте постоје у насељима: Заклопача, Ритопек и Бегаљица.</p> <p>У припреми је отварање амбуланти у сеоским насељима Пударци, Камендол и Дражањ.</p> <p>У периоду од 2020-2023. године затворена амбуланта у селу Заклопача због ангажовања кадра у ковид амбуланти (али је служба кућног лечења обављала теренске посете и у том селу).</p>
Лазаревац	<p>На територији Градске општине Лазаревац налази се Дом здравља „Др Ђорђе Ковачевић“, Специјална болница за ендемску нефропатију и већи број приватних ординација.</p> <p>Насеља Дудовица, Степојевац, Миросаљци, Јунковац, Брајковац, Велики Црљени, Рудовци и Барошевац имају амбуланте које раде у склопу Дома здравља.</p>
Младеновац	<p>У оквиру Дома здравља Младеновац ради 13 амбуланти у сеоским месним заједницама: Сенаја, Дубона, Шепшин, Влашко Поље, Кораћица, Пружатовац, Велика Ивача, Међулужје, Марковац, Јагњило Рабровац, Ковачевац и Велика Крсна.</p> <p>Није било промене броја током испитиваног периода.</p>
Обреновац	<p>Укупан број здравствених амбуланти и здравствених станица је 14 у насељима: Стублине, Звечка, Забрежје, Ушће, Скела, Мала Моштаница, Грабовац, Дрен, Дражевац, Барич, Кртинска.</p>
Палилула	<p>Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Сланци, Велико Село, Вишњица и Овча.</p>
Сурчин	<p>Свака од девет месних заједница на територији градске општине Сурчин има своју амбуланту.</p> <p>Није било промена броја амбуланти током испитиваног периода.</p>
Чукарица	<p>Здравствене амбуланте/станице постоје у свим месним заједницама у Градској општини Чукарица.</p>
Аранђеловац	<p>На основу евиденције Здравственог центра општине Аранђеловац, на територији јединице локалне самоуправе постоји 9 издвојених амбуланти/здравствених станица у сеоским месним заједницама (од 18 месних заједница колико се налази ван урбаног дела територије), и : Раниловић, Даросава, Венчани, Гараши, Јеловик, Босута, Орашац, Горња Трешњевица и Стојник.</p>

Ариље	Амбуланте које функционишу се налазе у селима Северово и Висока. Здравствене амбуланте/станице у насељима Крушчица, Бреково, Бјелуша и Добраче престале су са радом током пандемије заразне болести COVID-19.
Бајина Башта	Постоје 4 амбуланте и 4 здравствене станице. Није било промене броја у испитиваном периоду.
Баточина	Постоје 2 амбуланте у селу Брзан и у селу Бадњевац. Није било промене броја током испитиваног периода.
Беоцин	Постоји 7 амбуланти у насељима: Раковац, Черевих, Баноштор (Свилош и Грабово), Сусек и Луг. Није било промене броја у испитиваном периоду.
Богатић	Постоји 5 амбуланти, нема промене броја током три испитиване године.
Ваљево	У Дому здравља Ваљево је регистровано 12 амбуланти/здравствених станица на сеоском подручју. Тренутно ради 5 амбуланти и здравствених станица на сеоском подручју и још 1 у туристичком месту - Здравствена станица Дивчибаре.
Варварин	Постоји укупно 6 амбуланти у насељима: Обреж, Доњи Катун, Доњи Крчин, Бошњане, Бачина, Залоговац.
Владимирци	Постоје 4 здравствене станице и 4 секторске амбуланте.
Врњачка бања	Постоји 5 здравствених станица у оквиру Дома здравља „др Никола Цамић“.
Горњи Милановац	Укупан број села у којима постоје амбуланте/здр. Станице је 13, није било промена од 2020 год.
Деспотовац	Постоји 1 здравствена станица у Ресавици и 5 амбуланти. Укупно 2 амбуланте Ломница и Водна су затворене након почетка пандемије заразне болести COVID-19, због смањеног броја лекара.
Жабари	Амбуланте и здравствене станице које раде на територији општине Жабари су: 2 амбуланте -Влашки До и Породин и 1 здравствена станица-Александровац. Поред њих функционише и Дом здравља-Жабари.
Ивањица	У оквиру службе за здравствену заштиту одраслог становништва рад на терену се одвија у 9 здравствених амбуланти – села Братљево, Кушићи, Катићи, Девићи, Ковиље, Прилике, Међуречје, Мочиоци и Беле Воде. Постојало је 10 амбуланти, али је 1 угашена.
Јагодина	Постоји укупно 19 амбуланти у следећим селима: Рибаре, Кончарево, Ракитово, Мајур, Кочино село, Глоговац, Дубока, Милошево, Багрдан, Драгоцвет, Бунар, Сиоковац, Коларе, Шуљковац, Стрижило, Ново и Старо Ланиште, Винорача и Трнава.

Кнић	<p>На територији општине Кнић постоји 5 здравствених амбуланти: Кнић, Гружа, Топоница, Баре, Губеревац. Услед настале ситуације изазване пандемијом заразне болести Covid19 у Барама и Губеревцу су амбуланте престале са радом, јер су недостајали лекари, пошто је постојеће особље Дома здравља у Книћу морало да организује дежурства у Covid амбулантама. Управо стога се јавила потреба за ангажовањем лекара на овим локацијама. У сарадњи са SWISS PRO, општини Кнић је одобрен пројекат „Повећана доступност старијим лицима из удаљених насеља услугама здравствене заштите са фокусом на жене старије од 65 година“, захваљујући ком је ангажован лекар опште праксе на период од шест месеци. Општина Кнић је услед позитивних ефеката и континуираних потреба за здравственим услугама наставила да финансира ове услуге у селима Баре и Губеревац током 2022/23. године.</p>
Косјерић	<p>Укупан број амбуланти: 1 (амбуланта Варда која је део Дома здравља Косјерић.</p>
Коцељева	<p>Постоје две здравствене амбуланте.</p>
Крагујевац	<p>Постоји укупно 17 здравствених амбуланти у насељима: Шумарице, Илићево, Ресник, Горња Сабанта, Велике Пчелице, Доње Комарице, Десимировац, Чумић, Доње Грбице, Горње Јарушице, Лужнице, Ердеч, Грошница, Драгобраћа, Страгари, Угљаревац и Цветојевац. Здравствена амбуланта Цветојевац је отворена априла 2023. године и пружа здравствену заштиту становницима Цветојевца, Јовановца, Милатовца, Новог Милановца и Ботуња. Амбуланта у Горњим Комарицама је тренутно неактивна.</p>
Краљево	<p>Постоји укупно 20 сеоских амбуланти у насељима: Врба, Витановац, Витковац, Берановац, Самаила, Стубал, Милочај, Роћевићи, Ратина, Богутовац, Годачица, Студеница, Рудно, Жича, Ладјевци, Ковачи, Конарево, Мланча, Годачица, Ушће. Од 2020. године отворена је још 1 амбуланта у Берановцу.</p>
Крупањ	<p>Укупно постоје 2 села у којима су 2 здравствене амбуланте. Тренутно у њима раде једино медицинске сестре, а лекари не раде због недостатка кадра.</p>

Крушевац	У периоду од 2020. године до данас није било промена у организационој структури, те тако Дом здравља Крушевац покрива 100 сеоских насеља. Раде 24 амбуланте, тренутно не ради 1 амбуланта, амбуланта Шашиловац. Села у којима постоје и раде здравствене амбуланте су: Кукљин, Бела Вода, Коњух, Жабаре, Глободер, Велика Ломница, Горњи Степош, Велики Купци, Велики Шиљеговац, Ђунис, Каоник, Рибарска Бања, Шанац, Падеж, Јабланица, Дедина, Дворане, Здравине, Сушица, Читлук, Пепељевац, Паруновац, Јасика и Мудраковац.
Лајковац	Укупно 5 здравствених станица и амбуланте, али не раде због недостатка кадра и пандемије заразне болести COVID-19 од 2019.г.
Лозница	Укупно Дом здравља Лозница има 17 здравствених станица и амбуланте. Није се мењао број здравствених амбуланте од 2020. године.
Љиг	Дом здравља Љиг у свом саставу има 1 амбуланту у насељеном месту Белановица на удаљености од 18 км од матичног дома здравља. Деведесетих година постојале су поред Белановице још четири секторске амбуланте које ни тада нису биле адекватне за рад и које су уташене због техничких немогућности рада током зиме, а сада су урушене изузев амбуланте у селу Латковић.
Љубовија	Ради здравствена станица Велики Мајдан, осталих 6 амбуланте не ради.
Мали Зворник	Основане су укупно 2 здравствене станице и 4 амбуланте у селима: Брасина, Доња Борина, Радаљ, Цулине, Доња Трешњица и Велика Река, међутим од марта 2019. године не раде услед недостатка кадра.
Мионица	Амбуланта Рајковић пружа услуге за 7 села. Амбуланта Врујци пружа услуге за 6 села.
Нова Варош	Постоји 7 активних амбуланте и то у следећим месним заједницама: Акмачићи, Рутоши, Драглица, Божетићи, Бела Река, Јасеново и Радоиња.
Нови Пазар	Постоји укупно пет здравствених станица у насељима: Дежева, Шароње, Лукаре, Трнава, Букреш и пет истурених амбуланте у насељима: Врановина, Блажево, Мур, Пожега, Дојевиће.
Осечина	Постоји 1 здравствена станица - Пецка, није било промена броја од 2020. године.
Параћин	Укупно је 35 села у општини а постоји 11 амбуланте на селу. Од 2020. није дошло до значајних промена у броју амбуланте.

Пожега	Дом здравља Пожега има 4 здравствене станице од којих су због недостатка кадра и ангажовања у ковид амбулантима од 2020. године активне укупно 2.
Прибој	У саставу Дома здравља Прибој се налазе 4 сеоске амбуланте.
Пријепоље	Постоји укупно 5 амбуланти: Камена Гора, Јабукe, Падине, Аљмновићи и Орашац. Није било промене броја током испитиваног периода.
Рача	Постоје 2 амбуланте - амбуланта Турђево и амбуланта Мало Крчмаре. Није дошло до промене броја током три испитиване године.
Рашка	Села у којима постоје амбуланте на територији Општинске управе Рашка су: Јошаничка Бања, Баљевац, Брвеник, Градац, Трнава и Рудница. Током испитиваних година није било промене броја амбуланти.
Рековац	Осим Дома здравља Рековац, постоји и Здравствена станица Белушић. Дом здравља Рековац покрива услугом кућно лечење свих 32 села општине Рековац.
Свилајнац	Постоји укупно 5 амбуланти, нема промена у броју амбуланти током испитиваног периода.
Сјеница	2 Здравствене станице и 8 здравствених амбуланти
Смедеревска Паланка	Постоји укупно 7 здравствених амбуланти: 1. Здравствена амбуланта Азања 2. Здравствена амбуланта Селевац 3. Здравствена амбуланта Кусадак 4. Здравствена амбуланта Церовац 5. Здравствена амбуланта Ратари, 6. Здравствена амбуланта Голобок 7. Здравствена амбуланта Глибовац
Трстеник	Постоје 4 здравствене станице: ЗС Милутовац, ЗС Велика Дренова, ЗС Медвећа и ЗС Стопања. Није било промене броја здравствених станица током испитиваног периода.
Тутин	Постоје 3 здравствене станице и 3 амбуланте.
Ћићевац	Сеоске амбуланте постоје у 5 села и реновиране су 2022. године.
Ћуприја	Амбуланте постоје у 13 села, тренутно функционише 10 амбуланти.
Уб	Постоје укупно 3 здравствене амбуланте и 1 здравствена станица. Током пандемије заразне болести COVID-19 здравствене амбуланте нису радиле свакодневно због епидемиолошке ситуације.

Ужице	Постоји укупно 9 сеоских амбуланти у насељима: Кремна, Равни, Дрежник, Луново Село, Каран, Рибашевина, Мокра Гора, Биоска, Стапари. Поред њих постоји и 1 здравствена станица Севојно. Није било промене броја током испитиваног периода.
Чајетина	Постоји здравствена станица Сирогојно.
Шабац	У 29 села постоје амбуланте. Дошло је до повећања броја амбуланти на сеоском подручју због повећаног броја пацијената. Амбуланте постоје у следећим насељима: Мајур, Дреновац, Шеварице, Табановић, Мачвански Причиновић, Слепчевић, Штитар, Рибари, Петловача, Петковица, Прњавор, Змињак, Липолист, Бела Река, Дуваниште, Добрић, Богосавац, Јевремовац, Варна, Грушић, Десић, Криваја, Букор, Горња Врањска, Орид, Летњиковац, Јеленча, Заблаће и Волујац.
Алексинач	Постоји 1 здравствена станица Житковац и 8 амбуланти: Мозгово, Корман, Тешица Дражевац, Гредетин, Рутевац, Кулина и Горњи Крупац.
Бабушница	Од укупног броја од 52 села на територији општине Бабушница амбуланте постоје у 3 села и то у: Великом Боњицу, Звонцу и Стрелцу. Рад у руралном подручју ограничен је на одређене дане у недељи, због недовољног броја теренских возила и због велике разуђености насеља и лоше путне инфраструктуре која онемогућава долазак до корисника и корисница.
Блаце	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Горња Драгуша, Барбатовац и Међухана.
Бојник	На територији општине Бојник постоји 5 амбуланти у селима: Косанчић, Лапотинце, Горње Коњувце, Горњи Брестовац и Оране. Наведене амбуланте постоје од оснивања Дома здравља Бојник.
Бољевац	Амбуланте постоје у 14 села. Није било промене броја током испитиваног периода.
Босилеград	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Горња Лисина, Горња Љубата, Доња Љубата, Дукат, Бранковци, Доње Гламино, Назарица.
Брус	Основано је укупно 11 здравствених амбуланти и 2 здравствене станице на терену, односно по различитим насељеним местима – селима на територији Бруса. Међутим, тренутно су у функцији 2 здравствене станице и 2 здравствене амбуланте у насељима: Разбојна, Блажево, Брзеће и Батоте. Остале нису у функцији због неопходне реконструкције објекта и недостатка кадра.

Велика Плана	Укупно 13 здравствених амбуланти. У 2020 год. радило свих 12 амбуланти, у 2021. радило 10 амбуланти, у 2022. год. радило 11 амбуланти.
Велико Градиште	Дом здравља Велико Градиште има организован рад у две сеоске амбулante: Средњево и Мајиловац. Од 2020. године није дошло до промене броја амбуланти.
Владичин Хан	Амбуланта постоји у насељу Стубал Цеп. Није било промене у испитиваном периоду.
Власотинце	Здравствене амбулante постоје у насељима: Стајковце, Орашје, Доња Лопушња, Доња Ломница, Свође, Тегошница, Доњи Присјан, Састав Река и Градска.
Врање	Здравствене станице/ амбулante постоје у насељима: Дубница, Вртогош, Буштрање, Ратаје, Тибужде, Барелић, Власе, Корбевац и Крива Феја.
Вучје	Укупан број села је 29 у којима постоји 6 здравствених амбуланти.
Гацин Хан	Постоји једна здравствена установа Гацин Хан – Дом здравља, уз њега постоје и Доњи Душник и Топоница – Здравствене станице, као и Горњи Барбеш, Равна Дубрава, Личје, Гркиња и Велики Крчимир – Амбулante. Није било промене броја током три испитиване године.
Димитровград	Укупно 11 села у којима постоје амбулante. Од 2020. године до данас није било промена у броју сеоских амбуланти.
Жабари	Укупан број амбуланти је 7, у функцији су 3 амбулante.
Жагубица	Дом здравља Жагубица са седиштем у Жагубици у свом саставу има 1 Здравствену станицу у Крепољину и 5 амбуланти у: Лазници, Осаници, Сувом Долу, Вуковцу и Милановцу. Од овог броја раде само амбулante у Лазници (1 лекар и 2 медицинске сестре) и амбуланта у Осаници у којој ради само 1 медицинска сестра са непуним радним временом за давање терапије у кућним условима. Амбуланта Вуковац (Јошаничка задруга) 2012. године је адаптирана у Погон за третман медицинског отпада. Амбуланта у Сувом Долу не ради од 2020. године. Амбуланта у Милановцу не ради од 2020. године. До ових промена је дошло због кадровског норматива које одређује Министарство здравља, финансијских средстава од Републичког фонда за здравствено осигурање Београд и од броја становника у Жагубици.

Кладово	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Подвршка, Текија, Корбово, Брза Паланка, Ртково, Мала Врбица, Велика Врбица, Вајуга, Купузиште, Љубичевац и Грабовица. Није било промене броја у испитиваном периоду.
Књажевац	Постоје 2 здравствене станице/амбуланте у Месној заједници Минићево и Месној заједници Кална.
Ковин	Села на територији општине Ковин у којима постоје амбуланте/здравствене станице су: Баваниште, Плочица, Скореновац, Мраморак, Делиблато, Гај и Дубовац. Није било промена у броја амбуланти на територији општине Ковин у испитиваном периоду.
Костолац	Иако су ранијих година сва четири села општине Костолац имала амбуланте, исте су престале са радом, па сходно томе мештани села своја здравствена права остварују у оквиру Дома здравља у Костолцу. Разлог за затварање сеоских амбуланти је недовољан број радника (доктора).
Кучево	Укупно 4 здравствене амбуланте/станице.
Лебане	Укупно 5 села имају здравствене амбуланте и 1 има здравствену станицу. Није било промене броја током испитиваног периода.
Лесковац	Укупно 2 здравствене станице и 27 амбуланти у насељима: Брестовац, Драшковац, Доње Бријање, Липовица, Печењевце, Доња Лакошница, Разгојна, Бабичко, Грделица Варош, Велика Сејаница, Губеревац, Велика Грабовница, Тулово, Велика Копашница, Предејане, Богојевце, Јашуња, Ораовица Црковничка, Мирошевце, Бунушки Чифлук, Барје, Оруглица, Турековац, Белановце, Орашац, Вучје, Стројковце, Накривањ, Манојловце.
Мало Црниће	Постоје 4 амбуланте и 2 здравствене станице. Од почетка пандемије заразне болести COVID-19 је активна 1 амбуланта, а 3 су неактивне због лоших услова за рад, док је 1 здравствена здравствених станица претворена у ковид амбуланту.
Медвеђа	Укупно 6 здравствених станица и амбуланти.
Мерошина	Амбуланте нису више у функцији.
Неготин	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Слатина, Мокрање, Јасеница, Плавна, Михајловац, Вељково, Уровица, Трњане, Црномасница, Речка, Кобишница, Смедовац, Чубра, Ковилово, Тамнич, Брестовац, Браћевац, Душановац

Петровац на Млави	Укупно је основано 11 здравствених станица и амбуланти, али ни једна не ради од 2019. године будући да нема довољно кадра који би се распоредили на рад у њима. Објекти постоје у насељима: Рашанац, Рановац, Манастирица, Орешковица, Велико Лаоле, Буровац, Шетоње, Ћовдин, Бусур, Бистрица, Мелница.
Пирот	Постоје укупно 4 здравствене станице: Здравствена станица Бело Поље, Здравствена станица Крупац, Здравствена станица Темска и здравствена станица Височка Ржана. Постоје и амбуланте у насељима: Петровац, Држина, Чиниглавци, Власи, Блато, Костур, Станичење, Камик, Дојкинци, Мали Суводол, Понор, Паклештица, Гостуша, Добри До, Покровеник, Јеловица, Рсовци, Црноклиште, Осмаково, Враниште, Топли До, Церова, Рудиње, Сопот и Ореовица.
Пожаревац	Укупно 8 сеоских амбуланти до пандемије. Ниједна није радила у том периоду. Планирано активирање 3 сеоске амбуланте.
Прокупље	Постој и 6 амбуланти у насељима: Велика Плана, Мала Плана, Доња Трнава, Белољин, Цугољ, Житни Поток. Током пандемије заразне болести COVID-19 радиле су само амбуланте у Малој Плани и Житном Поток.
Ражањ	Амбуланте постоје у насељима: Нови Брачин, Витошевац, Смиловац, Скорица и Браљина. Није било промене броја амбуланти на селима од 2020. године.
Смедерево	Постоји 21 сеоска амбуланта: Друговац, Колари, Кулич, Ландол, Липе, Липска рампа, Лугавчина, Луњевац, Мала Крсна, Мало Орашје, Михајловац, Осипарина, Петријево, Радианац, Раља, Сараорци, Скобаљ, Удовице, Враново, Брезовик, Вучак.
Сокобања	Здравствене станице/амбуланте постоје у насељима: Јошаница, Шарбановац, Језеро, Читлук.
Трговиште	Постоје 3 амбуланте у Новом селу, Радовници и у Доњем Стајевцу.

Табела 4: Укупан број корисника и корисница услуге помоћ у кући на селу

	2020.	2021.	2022.
Старије жене на селу	1273	1460	1479
Старији мушкарци на селу	500	615	608
УКУПНО	1761	2075	2087

Табела 5: Динамика пружања услуге помоћ у кући

	1-3 дана недељно	5 дана у недељи	7 дана у недељи	У зависности од потреба корисница и плана услуге
УКУПНО	15	12	1	1

Табела 6: Просечно трајање финансирања услуге помоћ у кући у Србији

	Од 1-7 месеци	10-12 месеци	Неограничено трајање (или до истека лиценце)	Друго (неодређено или различито у односу на општину с којом је потписан уговор)	Нису обезбеђена средства за текућу годину
Укупан број организација	3	14	2	2	1
Укупно организација (у %)	8	39	6	6	3

Табела 7: Начин доласка до установа и просечно време доласка (исказано у %)

	Пешице	Колима	Бициклом	Јавним превозом (аутобус, воз...)	Просечно време доласка до установе је мање од пола сата	Просечно време доласка до установе је од пола сата до сат
Апотека	7	7	4	11	19	15
Зубарска амбуланга	-	11	7	7	11	11

ПОСЕБАН ИЗВЕШТАЈ ЗАШТИТНИКА ГРАЂАНА О ЗАСТУПЉЕНОСТИ УСЛУГА
СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА СТАРИЈЕ ЖЕНЕ КОЈЕ ЖИВЕ НА СЕЛУ

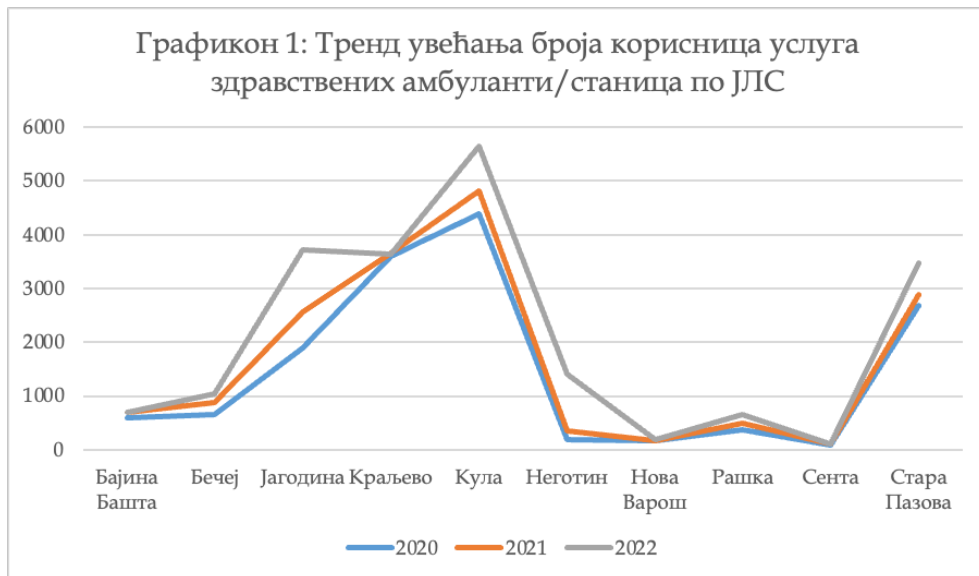
Материјална помоћ или оброк при верској заједници	-	7	-	4	7	4
Дом/установа за бригу о лицима са инвалидитетом	-	11	-	-	4	4
Дом/установа за старије особе	-	11	-	-	4	4
Амбуланта/ здравствена станица	11	7	4	4	15	22
Пијаца	7	7	7	7	15	15
Гинеколошка амбуланта	4	11	4	7	7	15
Удружење Рома	4	4	4	7	7	11
Удружење жена на селу	7	7	7	4	19	7
Основна школа	26	-	4	7	26	19
Полиција	-	11	4	7	7	19
Клуб за дружење за старије особе	15	7	4	-	15	11
Удружење које се бави унапређењем живота жена на селу	4	7	4	-	7	4
Пошта/банка	15	7	4	7	22	22
Удружење особа са инвалидитетом	-	15	-	4	7	7

Табела 8: Тешкоће старијих жена на селу у приступу информацијама ради остварења социјалних и економских права (изражено у %)

	Потпуна сагласност са наведеним ставом о старијим женама на селу	Не знам	Потпуно неслагање са наведеним ставом о старијим женама на селу	Без одговора	УКУПНО
Лако им је да добију потпуну информацију о услугама из области социјалних и економских права за којима имају потребу.	11	26	56	7	100
Лако им је да лично дођу до просторија у којима предају документа за одређене услуге социјалне заштите.	7	15	70	7	100
Лако им је да прикупе неопходна документа за остваривање услуга социјалне и здравствене заштите.	7	15	70	7	100
Углавном добијају потпуну информацију која им је потребна приликом првог контакта са институцијама које пружају услуге социјалне и здравствене заштите.	26	33	30	11	100
Службеници установа које нуде услуге из области социјалних и економских права старијих жена на селу поступају лошије према њима него према другим клијентима/клијенткињама.	7	30	52	11	100
Потребе у вези са траженом помоћи често нису задовољене старијим женама на селу (нпр. тражиле су једно, а добиле нешто друго).	22	44	22	11	100

Старије жене које живе на селу могу да попуне све тражене формуларе за одређену услугу без туђе помоћи.	7	-	74	19	100
Старије жене на селу углавном морају више пута да иду до служби да би завршиле процедуре за добијање здравствене помоћи/социјалне услуге.	59	15	11	15	100
Начин обраћања представника институција које пружају социјалне услуге је често увредљив према старијим женама на селу.	3	33	52	11	100
Особе које раде у институцијама социјалне и здравствене заштите су углавном брзе у испуњавању захтева старијих жена на селу.	22	52	18	7	100
Службеници установа које нуде услуге из области социјалних и економских права се труде око старијих жена на селу више него што то захтева њихов посао.	30	26	33	11	100
Процедуре за добијање социјалне и здравствене помоћи су компликоване и дуго трају за старије жене на селу.	52	22	19	7	100

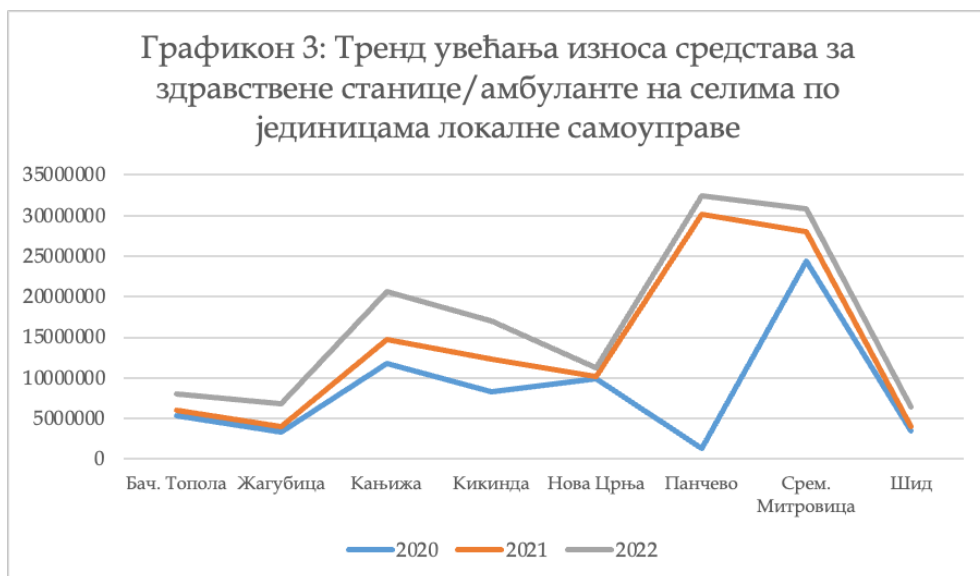
Графикон 1: Тренд увећања броја корисница услуга здравствених амбуланти/станица по ЈЛС



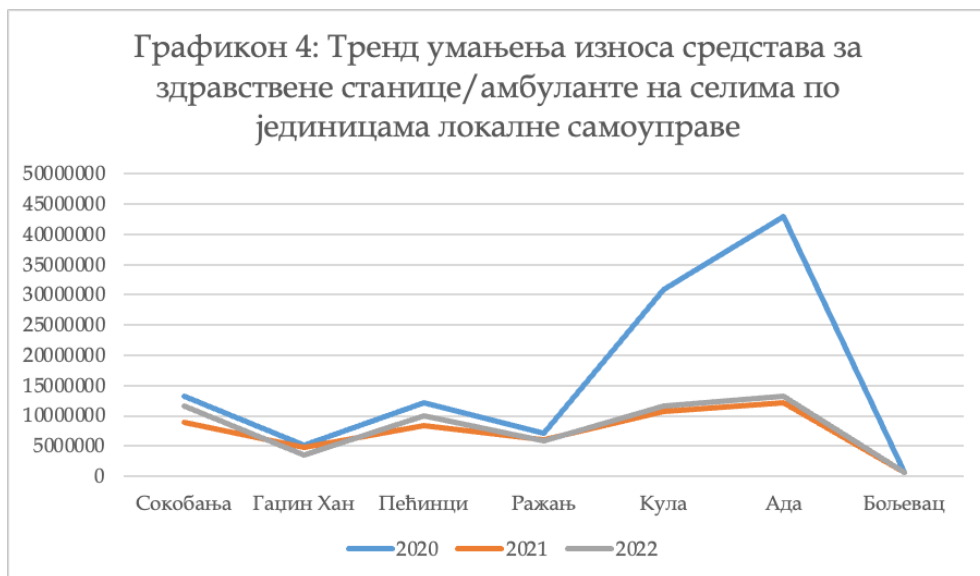
Графикон 2: Тренд умањења броја корисница услуга здравствених амбуланти/станица по јединицама локалне самоуправе



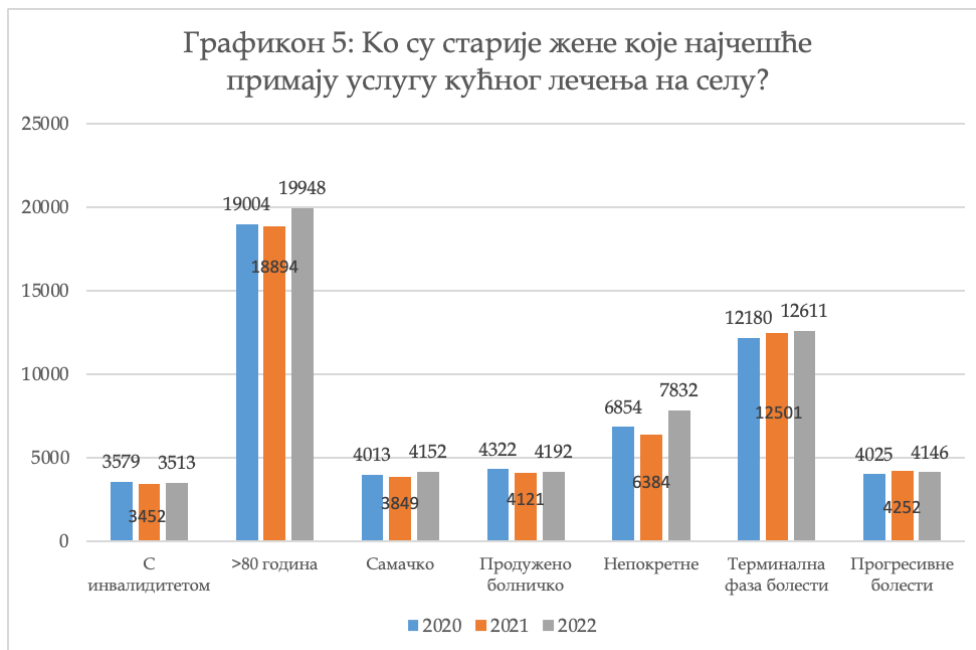
Графикон 3: Тренд увећања износа средстава за здравствене станице/амбуланте на селима по јединицама локалне самоуправе



Графикон 4: Тренд умањења износа средстава за здравствене станице/амбуланте на селима по јединицама локалне самоуправе



Графикон 5: Ко су старије жене које најчешће примају услугу кућног лечења на селу?



Графикон 6: Најчешће пружене услуге старијим женама на селу (у %)



Графикон 7: Начин подношења жалби на пружене услуге (у %)



Графикон 8: Најчешће категорије старијих жена корисница услуге помоћи у кући на селима у Србији



Графикон 9. Ко се бави културном понудом у селима?



Графикон 10: Ко се бави пружањем социјалне заштите на селима?



Графикон 11: Ко се бави пружањем здравствене заштите на селима?



Графикон 12: Ко се бави образовањем и додатним усавршавањем на селима?



Графикон 13: Ко се бави побољшањем инфраструктуре на селима?



Графикон 14: Категорије старијих жена на селу којима је потребна додатна социјална подршка



Графикон 15: Коришћене услуге на селима (у %)

