

# АНАЛИЗА УТИЦАЈА МЕРА ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ НА ДОСТУПНОСТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ РОМСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ У СРБИЈИ

Миросинка Динкић  
Косовка Огњеновић  
Siobhan McClelland



**АНАЛИЗА УТИЦАЈА МЕРА  
ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ  
НА ДОСТУПНОСТ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ  
РОМСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ У СРБИЈИ**

Миросинка Динкић, Институт за економска и социјална истраживања, Београд  
Косовка Огњеновић, Институт за економска и социјална истраживања, Београд  
Siobhan McClelland, Oxford Policy Management, Oxford U.K.

*Уредник:*

Јелена Марковић

*Коректура и лектура:*

Татјана Јованић

*Дизајн и припрема:*

Далибор Варга

*Издавач:*

Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва

*Тираж:*

500

*Штампа:*

Стандард 2, Пиносава

Влада Републике Србије  
Тим потпредседника Владе за имплементацију  
Стратегије за смањење сиромаштва

*Израда анализе омогућена је средствима Међународног одељења за развој (DFID) Владе Велике Британије у оквиру пројекта „Подршка имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији“. Ова публикација не представља званичан став Владе РС. Искључиву одговорност за садржај и информације које се налазе у публикацији носе аутори текста. Такође, текст није писан родно сензибилисаним језиком, јер га званична администрација и законодавство још увек не препознају.*

# Анализа утицаја јавних политика реализованих у периоду од 2003. до 2007. године

Свака одговорна влада своје јавне политике заснива на детаљним анализама и подацима. Примери добре праксе из света показују да успостављен систем и редован процес анализе утицаја мера јавних политика доприноси повећању транспарентности рада Владе, креирању ефикаснијих и ефективнијих мера, односно бољем распоређивању расположивих средстава и капацитета.

Тим за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва покренуо је Анализу утицаја јавних политика реализованих у периоду од 2003. до 2007. године како би утврдили колика је била ефикасност појединих спроведених мера. На овај начин покушали смо да идентификујемо оне мере које су омогућиле бољи живот људи у Србији, али и оне које нису исплативе па их треба или учинити ефикаснијим или укинути.

Мере које су биле предмет анализа идентификоване су у сарадњи са сарадницима из Владиних и невладиних организација.

Анализиран је непосредан утицај активних мера запошљавања као и њихов посредан утицај на смањење сиромаштва. Такође је анализирана веза између запошљавања и образовања одраслих односно запошљавања и спроведених доквалификација и преквалификација. Како је необразованост идентификована као један од главних узрочника сиромаштва у Србији, посебна пажња у анализи посвећена је образовним мерама спроведеним у периоду од 2003. до 2007. године и њиховом утицају на смањење сиромаштва у Србији. Анализиран је утицај увођења обавезног предшколског образовања, испитана је веза између квалитета образовања и сиромаштва, као и утицај и ефикасност мера афирмативне акције спроведених у протекле четири године. У области здравства испитан је и утицај мера које су намењене најсиромашнијем становништву са фокусом на ромској популацији. Како би комплетирали слику о томе колико су ефикасне мере које држава спроводи за оне најсиромашније, урађена је и детаљна анализа утицаја новчаних надокнада које становништво Србије добија (МОП и дечији додаци). Предмет анализе био је и ефекат материјалних субвенција на које су мала и средња предузећа имала право у протеклом периоду, као и ефекат мера које је Влада реализовала за подстицај развоја пољопривреде.

Резултати који су добијени у процесу анализе утицаја политика и мера, представљени су релевантним Владиним институцијама, цивилном друштву и заједнички су договорени даљи правци деловања. На овај начин, омогућено је да резултати анализа директно утичу на дефинисање мера за побољшање живота најсиромашнијих грађана Србије у наредном периоду. Сам процес утицаја на изградњу капацитета Владиних институција за редовно анализирање утицаја мера јавне политике и успостављање континуираног процеса, којим се истиче посвећеност стварању демократске и одговорне владе.

Финалне верзије поменутих анализа доступне су на сајту [www.prsp.sr.gov.yu](http://www.prsp.sr.gov.yu).

Тим потпредседника Владе за имплементацију  
Стратегије за смањење сиромаштва

## Садржај

Резиме .....	5
1. УВОД .....	7
1.1. Методологија анализе утицаја здравствених политика на побољшање доступности здравствених услуга Ромима у Србији .....	8
2. СТРАТЕШКИ ОКВИР ЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ ПОЛИТИКА .....	9
3. АНАЛИЗА ПОДАТАКА .....	13
3.1. Здравствено стање ромске популације у Србији .....	13
3.2. Приступачност здравствене заштите ромској популацији у Србији и коришћење услуга ..	17
3.3. Закључци .....	22
4. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПОЛИТИКА У ЗДРАВСТВУ .....	23
5. УТИЦАЈ ИМПЛЕМЕНТИРАНИХ ПОЛИТИКА НА ПРИСТУП ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ РОМА .....	35
5.1. Утицај имплементираних политика .....	40
5.2. Оцена утицаја улагања у програме за побољшање здравља ромске деце и младих .....	43
5.2.1 Оцена улагања (трошкова) .....	41
5.3. Закључци .....	43
6. ПРИСТУП УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА РОМЕ – ПРИМЕРИ ДОБРЕ ПРАКСЕ У ЕУ .....	45
6.1. Општи стратешки приступи .....	45
6.2. Анализа здравственог статуса и потреба ромског становништва .....	46
6.3. Приступачност здравствених услуга – практични пројекти .....	47
6.4. Закључци .....	48
7. ОСНОВНИ ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ .....	49
7.1. Закључци .....	49
7.2. Препоруке .....	49
ЛИТЕРАТУРА .....	51
Анекс 1. ....	53
Анекс 2. ....	57
Анекс 3. ....	60
Анекс 4. ....	62

## Резиме

Анализа утицаја мера здравствене политике на приступ здравственој заштити ромске популације у Србији, део је шире анализе утицаја политика које су имплементирани у периоду од 2003. до 2007. године и које чине скуп политика на којима се темељи *Стратегија за смањење сиромаштва у Србији*. Стога, стратешки оквир политика које се спроводе, а којима су посебно таргетирани Роми, као социјално угрожена категорија становништва, чини ова стратегија, али и стратешки документи Владе Републике Србије, као што су *Здравствена политика Србије, Боље здравље за све у трећем миленијуму, Декада инклузије Рома у периоду од 2005. до 2015. године* и *Акциони план заштите здравља Рома*. Такође од великог значаја су све друге усвојене стратегије и акциони планови у којима је наглашен интегрисани приступ здравственој заштити свих осетљивих група, укључујући и Роме.

С обзиром на то да је систем здравствене заштите у Србији тако дефинисан да је свим грађанима дата могућност да користе услуге здравствене заштите које пружају државне здравствене установе и да су у законима који регулишу област здравственог осигурања и здравствене заштите издвојене категорије становништва које по основу социјалне бриге остварују право на здравствено осигурање, у студији су посебно наглашена законска решења која социјално угроженим Ромима омогућавају остваривање права на приступ здравственој заштити и, такође, анализирани су ефекти њихове примене. Ово се посебно односи на Закон о здравственом осигурању и члан тог закона који осигураницима сматра и Роме, поред осталих група социјално угроженог становништва, који због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Србији. Међутим, анализа примене овог закона је показала да су његови ефекти ограничени, пре свега, услед кратког временског периода у којем се спроводи, будући да почетак имплементације одредби закона, које се односе на побољшање приступа здравственој заштити Рома, датира од јанура 2007. године.

Из свега до сада поменутог, назире се циљ ове анализе, који се препознаје у идентификовању резултата примене мера здравствене политике у области доступности услуга здравствене заштите ромској популацији, али и препрека које прате њихово спровођење. Наиме, на основу података Анкете о животном стандарду, у 2007. години је оцењено да 17% Рома у Србији нема здравствено осигурање, што је више него дупло у односу на стање у укупној популацији. Статистике које описују здравствени статус ромске популације су у далеко већој мери неповољније у односу на укупну популацију. Међутим, њихово поређење са ранијим периодом, уз сва ограничења која произлазе из недостатка ажурних података о ромској популацији у Србији, указује на благе позитивне помаке у побољшању приступа здравственој заштити.

Активности које у оквиру Декаде инклузије Рома спроводи Министарство здравља Републике Србије кроз партнерске пројекте јавног и цивилног сектора, такође имају за циљ побољшање приступа здравственој заштити ромске популације у Србији. И поред позитивних резултата, утицај имплементираних програма и пројеката није довољно изражен због малог обухвата таргетираних ромске популације. Примери добре праксе у Европској унији указују на препоруке Комитета министара Савета Европе које имају за циљ да се значајно унапреди приступ здравственој заштити Рома и номадског становништва у Европи. Међутим, не само Србија, већ и све друге земље потписнице Декаде инклузије Рома, у досадашњем периоду имплементације овог документа, имају скромне резултате, на шта указују извештаји групе ромских активиста *Decade Watch*.

Целокупна анализа, изложена у овој студији, резултује општим закључцима и препорукама које треба имати у виду како би спровођење досадашњих мера, у области приступа здравственој заштити ромске популације у Србији, дало боље резултате и отворило могућности њиховог унапређења и ревизије. Основне препоруке ове студије су:

*Прво*, постојеће здравствене политике које се спроводе су добре. Да би имале већи утицај на побољшање здравственог статуса таргетираних популације, неопходно је интензивирање њихове имплементације, са знатно већим ангажовањем Министарства здравља и других релевантних министарстава, као и локалних самоуправа и цивилног сектора који се бави проблемима Рома, кроз имплементацију програма и пројеката на партнерској основи.

*Друго*, активностима Министарства здравља, Министарства просвете, Министарства рада и социјалне политике, Министарства омладине и спорта, локалних самоуправа и невладиног сектора треба креирати програме усмерене ка ромској популацији који одговарају њиховим специфичним потребама, тако да дугорочно посматрано, постану део система укупне здравствене заштите становништва Србије.

*Треће*, изменама и допунама одговарајућих прописа треба отклонити административне баријере за брже добијање матичног броја грађана и здравствених легитимација за Рома који немају стално пребивалиште, односно боравиште. У том циљу потребно је, адекватним кампањама, обезбедити информисаност Рома о процедурама и могућностима за обезбеђивање здравствених легитимација ради већег укључивања у систем здравствених услуга.

*Четврто*, потребно је контурирано спроводити кампању информисања ромских породица „од врата до врата“ о њиховим правима у вези са здравственим осигурањем и начину остваривања тих права. Ово се посебно односи на права социјално угрожених Рома из члана 22. Закона о здравственом осигурању.

*Пето*, Министарство здравља и локалне самоуправе у сарадњи са невладиним сектором, а уз подршку медија, треба да покрене широку акцију везану за едуковање социјално угрожених Рома о одговорности за њихово здравље и за здравље њихових породица, са циљем да се промовишу здрави стилови живота, брига о сопственом здрављу и значај превенције.

*Шесто*, нужно је да Министарство здравља обезбеди расписивање тендера за учешће у пројектима на почетку календарске године, а на основу утврђених средстава у Закону о републичком буџету, да формира стручни тим који ће благовремено оцењивати приспеле понуде и одлучивати о учешћу у реализацији програма и пројеката који ће неизоставно бити реализовани у току текуће године. Тим Министарства здравља треба да осмисли формат извештавања учесника у пројектима и да евалуира резултате који ће представљати основу за наредни циклус пројеката.

*Седмо*, на основу извештаја у задатом формату који ће пристизати од реализатора пројеката, Министарство здравља треба да обезбеди успостављање електронских база података, како би се омогућила ваљана евалуација утицаја и смањили ризици који би могли да онемогуће ефективну реализацију, или завршетак пројеката.

*Осмо*, да би се за доносиоце одлука дале прецизне оцене утицаја имплементираних мера којима се посебно таргетира ромска популација, потребно је да државна статистичка институција, тј. Републички завод за статистику Републике Србије, преузме обавезу и одговорност за успостављање основних база података на основу којих ће се пратити и анализирати укљученост Рома у здравствени систем и коришћење здравствених услуга. При томе, треба имати у виду основне критеријуме евалуације здравствених политика које је влада усвојила кроз стратегије и законе из ове области.

*Девето*, у циљу продужења животног века ромске популације и смањења смртности одојчади и деце, неопходна је евиденција Рома из ромских насеља за које је процењено да живе у неповољним хигијенско-епидемиолошким условима, ради обезбеђивања имунизације и вакцинације деце и побољшања приступа здравственој заштити.

*Десето*, полазећи од чињенице да у Србији близу половине Рома живи испод линије сиромаштва, потребно је да се битно унапреди сарадња између локалних невладиних организација које се баве здравственим проблемима Рома и институција локалне заједнице (здравствене установе, јавна комунална предузећа, санитарне инспекције и сл.), како би се смањила изложеност Рома ризицима од обољевања од хроничних незаразних и заразних болести, посебно оних који живе у нехигијенским насељима, који су ангажовани на сакупљању секундарних сировина и који су принуђени да конзумирају једноличну храну.

## 1. УВОД

Тим за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва (ССС) у Србији иницирао је израду анализа утицаја политика које је Влада Републике Србије усвојила и имплементирала у периоду 2003–2007. године. Анкета о животном стандарду за 2002. годину показала је да угрожене групе имају више изгледа да оболе или умру од уобичајених узрочника, укључујући туберкулозу, сиду, малигна обољења. Активности у Стратегији за смањење сиромаштва су, првенствено, усмерене на економски раст и развој и веће запошљавање у циљу смањења постојећег и спречавања новог сиромаштва и ка ефикасној примени програма за најсиромашније и социјално угрожене групе међу којима су и Роми. У Стратегији се инсистира на развоју посебних националних програма у које се убрајају и посебни програми за бригу о здрављу Ромкиња. При томе, један од приоритета Стратегије, у области здравства, јесте обезбеђивање приступа здравственим услугама одговарајућег квалитета целокупном становништву, па самим тим и угроженим групама, укључујући и Роме. У Стратегији за смањење сиромаштва наглашено је да је веома важно побољшати информисаност ових група о постојећим програмима и услугама и о могућностима њиховог коришћења.

Иницијатива Тима за израду анализа утицаја усвојених политика у периоду 2003–2007. године на остварење резултате примене Стратегије за смањење сиромаштва (ССС) део је наведеног процеса и треба да омогући свеукупну оцену резултата процеса имплементације СССР-а.

У овој студији се анализира утицај мера политика из области здравства које омигућавају бољи приступ здравственој заштити Рома у Србији која је тесно повезана са нивоом сиромаштва ове осетљиве групе. Друштвена укљученост Рома представља важан аспект остваривања њихових права и у области здравствене политике. На основу анализе статуса Рома у земљама средње и источне Европе 2002. године<sup>1</sup> усвојена је иницијатива „Декада за укључење Рома“, тзв. Декада Рома. Националним акционим плановима су обухваћене четири кључне области: запошљавање, образовање, здравље и становање. Наведене области су међусобно повезане и директно утичу на повећање друштвеног укључивања Рома као основе за смањење сиромаштва и за побољшање здравља ове угрожене групе.

Акцент анализе утицаја политика биће на мерама које се спроводе у оквиру Акционог плана за здравствену заштиту Рома који је Влада Републике Србије усвојила 2005. године. Поред тога, Србија је усвојила и друге политике из области здравства које су садржане у неколико националних стратегија којима су обухваћене и осетљиве групе: Национална стратегија за развој здравља младих у Републици Србији, Стратегија развоја заштите менталног здравља, Национална стратегија за борбу против ХИВ-а/сиде. У оквиру Националне стратегије социјалне заштите, проблемима Рома се посвећује посебна пажња. Међутим, неопходно је истаћи да је, након доношења Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, започет и интензиван процес развоја стратешког планирања на локалном нивоу, у оквиру кога је осетљивим групама дато значајно место.

Циљ анализе утицаја донетих стратешких планова и законских решења, као и имплементираних мера здравствених политика у периоду 2003–2007. године, усмерених на побољшање доступности здравствених услуга Ромима као једној од најважнијих осетљивих група са аспекта социјалне укључености, јесте да се омогући:

- Побољшање процеса планирања и имплементације планских докумената у области здравствене политике усмерених на побољшање доступности здравствених услуга Ромима, а заснованих на чињеницама и конкретним подацима;
- Креирање бољих одлука од стране владе у оквиру здравствених политика којима би се обезбедило ефикасно алоцирање ресурса за спровођење програма за побољшање здравља Рома;
- Обезбеђивање повратних информација о ефикасности имплементираних политика везаних за здравље Рома у Србији и њиховом утицају на креирање будућих политика и програма.

---

<sup>1</sup> Регионални извештај о развоју људских права и социјалне укључености Рома у средњој и источној Европи је урађен 2002. године. У овом извештају анализиран је статус Рома у пет земаља (Бугарској, Чешкој, Мађарској, Словачкој и Румунији) и препоручено праћење сиромаштва Рома као угрожене групе. Видети: „Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији“, UNDP, 2006.



---

## 1.1. Методологија анализе утицаја здравствених политика на побољшање доступности здравствених услуга Ромима у Србији

---

Методологија анализе утицаја усвојених и имплементираних здравствених политика на повећање укључености Рома у Србији у систем здравствених услуга ради побољшања њиховог здравља базира се на:

- Усвојеним политикама у области здравства од стране владе Републике Србије, нарочито Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године у оквиру Декаде Рома
- Распољивим подацима из Анкете о животном стандарду становништва, за 2003. и 2007. годину, који се односе на укљученост Рома у здравствени систем и на коришћење здравствених услуга од стране Рома
- Распољивим подацима из других истраживања (УНИЦЕФ-а, UNDP-а, Института за јавно здравље Србије и других)
- Распољивим информацијама о реализацији пројеката у области здравствене заштите Рома у оквиру Министарства здравља Републике Србије.

Методологија евалуације имплементираних политика из области здравства код Рома је заснована на основним критеријумима евалуације политика идентификованих у пракси, као што су:

- Оцена приоритета који су усвојени у оквиру анализираних политика
- Оцена расположивости идентификованих средстава (буџет), опремљености установа, техничке помоћи и других фактора који доприносе остваривању приоритета
- Оцена контроле реализације пројеката везаних за имплементацију политика усмерених на побољшање здравља Рома
- Идентификација исходних резултата примене политика – бенефита
- Могућност идентификације будућих ефеката политика усмерених на повећање укључености Рома у систем здравствених услуга – квантитативних и квалитативних ефеката
- Могућност изоловања тешкоћа које се јављају при мерењу утицаја политика које ће бити имплементирани у будућности
- Оцена одрживости постојећих политика усмерених на побољшање здравља Рома на дужи рок.

У истраживању су коришћене следеће технике:

- Дубинска (квалитативна) анализа приоритета у оквиру усвојених и имплементираних политика.
- Квантитативна статистичка анализа података о сиромаштву, здравственом стању и укључености Рома у здравствени систем Србије, са свих аспеката релевантних за здравствену политику.
- Интервјуи са креаторима здравствених политика, експертима, менаџерима пројеката, представницима Рома и цивилног сектора. Интервјуи су спроведени путем директних разговора или телефонским путем. Они су вођени на основу упитника који садржи релевантна питања за спровођење анализе утицаја имплементираних здравствених политика, а које су аутори креирали за потребе ове анализе.
- Анализа резултата реализованих пројеката у 2006. и 2007. години везаних за спровођење Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године у оквиру Декаде Рома, а на основу годишњих извештаја Министарства здравља.
- *Cost-Benefit* анализа улагања у програме за побољшање здравља ромске деце и младих као групе чије је учешће у укупној ромској популацији у Србији највеће.
- Анализа примера добре праксе из земаља ЕУ.

На основу консултоване литературе дошли смо до закључка да је рад на анализама утицаја владиних политика на исходне резултате, посебно када је реч о политикама укључивања Рома, започет у скорије време у свету. Анализе утицаја политика на укљученост Рома су углавном концентрисане на ужа специфична питања у зависности од проблема који су битни за Роме у појединим земљама. Заједничка карактеристика је свуда да ромска популација нема стално пребивалиште и да се укључивање у друштвени живот решава на локалитетима где припадници ове популације имају пријављено боравиште. То је случај и са Ромима у Србији. Креирање методологије за израду анализе утицаја здравствених политика на приступачност здравствених услуга Ромима отежано је и због тешкоћа везаних за постављање поузданих и континуирано упоредивих података и информација које се користе за ову врсту анализе. У нашој земљи постоје истраживања чије смо резултате користили, али је тешко успоставити квалитетну везу између резултата тих истраживања, јер је свако од њих креирано према виђењу проблема од стране аутора.

## 2. СТРАТЕШКИ ОКВИР ЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ ПОЛИТИКА

Здравствена политика усмерена на побољшање здравља Рома представља утврђене стратешке, средњорочне и краткорочне циљеве чије је остваривање, у континуираном процесу, везано за унапређивање здравља ромске популације. На националном нивоу, циљеви, мере и активности се дефинишу унутар владиних институција као одговор на здравствене потребе Рома, при чему је водити рачуна и о расположивим финансијским ресурсима, расположивим знањима, као и о расположивим здравственим капацитетима. Остваривањем партнерстава између националних и локалних органа власти, као и између цивилног и јавног сектора, у имплементацији здравствене политике за Роме, долази се до повећања нивоа ефикасности у задовољавању њихових здравствених потреба. Заправо, долази се до већих остваривања што већих и квалитативно бољих користи за Роме у односу на уложена средства у имплементацији програма намењених решавању здравствених проблема ове популације.

Основни циљ у реформи система здравствене заштите, дефинисан у Стратегији за смањење сиромаштва, јесте да се обезбеди приступ здравственим услугама одговарајућег квалитета без финансијских баријера за целокупно становништво укључујући угрожене групе, тј. и Роме.<sup>2</sup> Овај циљ се остварује путем израде и имплементације националних стратегија из области здравства, а под окриљем законских решења. Дакле, два кључна стратешка документа која треба да побољшају приступ здравственим услугама и пружаоцима услуга здравствене заштите су Стратегија за смањење сиромаштва и Акциони план за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године у оквиру Декаде Рома.

Креатори здравствених политика, као и представници здравствених установа и цивилног сектора са којима смо обавили разговоре (листа од 23 учесника у Анексу 3), указали су на велики број докумената и закона који су усвојени на националном нивоу, а који представљају институционални оквир за имплементацију државних здравствених политика. Није било учесника у разговорима који нису поменули значај Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, Националних миленијумских циљева развоја, Декаде инклузије Рома и Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године, као и Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању. Координатори локалних пројеката Министарства здравља и локалне ромске невладине организације и удружења грађана, из општина које су усвојиле Локални план акције за децу, наглашавају значај остварења циљева из овог плана који се тичу омогућавања једнаких услова за здрав и безбедан почетак живота сваког детета и његовог каснијег развоја. Такође, указано је и на неколико примера усвојених локалних акционих планова за унапређење здравља Рома. На нивоу две локалне самоуправе у Војводини – Новом Саду и Кикинди – где велики број Рома, домицилних, интерно расељених и повратника, живи у нехигијенским насељима и сламовима, развијени су локални акциони планови за унапређење здравља ромског становништва. Треба додати и то да је одређена пажња посвећена здрављу Рома и кроз развијање и имплементацију локалних стратегија развоја социјалне заштите, а две локалне самоуправе – Крагујевац и Свилајнац – развиле су посебне акционе планове за осетљиве и угрожене групе, међу којима су и Роми.<sup>3</sup>

Основни циљ **Стратегије за смањење сиромаштва** у области здравства је унапређење здравља укупног становништва и смањење неједнакости у здрављу путем побољшања здравља угрожених група. Остваривање овог циља подразумева развијање здравствених програма прилагођених осетљивим групама и праведнију расподелу ресурса у здравству. При томе, наглашена је једнака приступачност основним здравственим услугама осетљивих група, што подразумева додатно издвајање средстава из Фонда за здравствено осигурање и из државног буџета.

---

<sup>2</sup> Први извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, Влада Републике Србије, 2005, стр. 64.

<sup>3</sup> ESPI (2008), *Анализа усаглашености националног и локалног стратешког оквира у Републици Србији*, студија припремљена за Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва.

Најважније активности везане за побољшање здравља Рома у Стратегији за смањење сиромаштва усмерене су на:

- Доношење програма којима се Ромима олакшава приступ информацијама и могућност коришћења здравствених услуга;
- Препознавање посебних здравствених потреба Рома, њихова повезаност са социјалним потребама и синхронизовано деловање на свим нивоима заједнице;
- Оспособљавање здравствених служби за препознавање потреба Рома и за стварање услова за подмиривање тих потреба;
- Посебне програме који предвиђају бригу о здрављу Ромкиња;
- Интегрисање мера здравствене заштите Рома у регуларне програме здравствене заштите;
- Развој и имплементацију програма за заштиту од инфективних болести (које нарочито погађају Роме због услова у којима живе, посебно ако је реч о становању у нехигијенским насељима<sup>4</sup>) –ХИВ/сида, туберкулоза;
- Спровођење акција које промовишу здравље, одговорно понашање и здраве стилове живота;
- Повезивање институција примарне здравствене заштите – домова здравља, са институцијама социјалне заштите, образовно-васпитним и другим институцијама у циљу очувања, унапређења и превенције здравља Рома као осетљиве групе;
- Израду и имплементацију програма везаних за унапређење здравља младих и менталног здравља;
- Повећање ефикасности и ефективности у коришћењу ресурса;
- Учешће невладиног сектора у креирању и имплементацији програма везаних за побољшање здравља Рома;
- Увођење здравственог информационог система ради стварања стандардизованих и упоредивих база података о здравственом стању Рома као осетљиве групе и њихово стално ажурирање, како би се омогућило анализирање разболевања, умирања и коришћења здравствених услуга ове популације;
- Промене у законодавној сфери које би омогућиле укљученост Рома у укупан здравствени систем и обезбедиле адекватну здравствену заштиту ове осетљиве групе.

У Другом извештају о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва утврђени су следећи краткорочни и средњорочни приоритети:

- Израда подзаконских аката којима ће се омогућити приступ здравственој заштити лицима без пребивалишта;
- Израда програма здравствене заштите за осетљиве групе на нивоу локалних заједница;
- Дефинисање механизма за укључивање Рома у програме имплементације националних здравствених политика које су утврђене у другим стратегијама;
- Повећање обухвата осетљивих група здравственом заштитом и програмима промоције здравља;
- Развијање међусекторских програма који би подразумевали и партиципацију корисника тих програма;
- Евалуација трошковне ефикасности здравствених услуга за осетљиве групе успостављањем система националних здравствених рачуна.

У оквиру **Декаде Рома**, влада Републике Србије је, почетком 2005. године, усвојила **Акциони план за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године**. Наиме, АП се ослања на **Нацрт стратегије за интеграцију и давање нових овлашћења Ромима** која је тренутно у процесу ревизије. У здравственом АП Декаде Рома су разрађени циљеви и мере у области здравствене политике за Роме, првенствено у области истраживања ради идентификовања здравственог стања Рома и у области примарне здравствене заштите као најважније области за њихово ефективно укључивање у здравствени систем земље. Идентификована су четири стратешка циља и у оквиру сваког од њих мере којима се обезбеђује њихова реализација:

- Здравствено истраживање, са циљем дефинисања морбидитета и морталитета, као и основне базе података о здравственом стању популације Рома – 2005. године
  - База података о домаћинствима и члановима домаћинства
  - Минимална база индикатора и подаци о тренутном здравственом стању ромске популације

---

<sup>4</sup> Око 43,5% насеља у којима живе Роми се сматра нехигијенским јер немају одговарајућу инфраструктуру. – Јакшић (2002), цитирано из: „Роми и право на здравствену заштиту у Србији“, Петар Антић, Центар за права мањина, Београд 2005, стр. 6.

- Процена здравственог стања ромске популације, као и примарних узрока за морбидитет и mortalитет ове популације
- Осигурање примене постојећих системских закона о здравственој заштити, са циљем да се побољша остваривање права Рома, посебно ризичних група Рома, на здравствену заштиту – до 2010. године
  - Учествовање у јавној расправи о Нацрту новог Закона о здравственој заштити
  - Лобирање за повећано издвајање средстава за здравствену заштиту, очување здравља и превенцију болести ромске популације на локалном и/или на Републичком нивоу
  - Разрада механизма којима се олакшава регистрација ромског становништва ради остваривања свих права на здравствену заштиту по Закону
  - Едукација здравствених радника и Рома о правима Рома на здравствену заштиту
- Побољшање здравствене заштите за целу Ромску популацију – до 2015. године
  - Пројекти промоције јавног здравља и њихова имплементација
  - Израда програма везаних за репродуктивно здравље и здравље жена
  - Упознавање здравствених радника са специфичним потребама, културом и различитости популације Рома
  - Рад медијатора у здравственим тимовима
- Животно окружење у Ромској заједници – приоритетни случајеви до 2010, а примена генералне стратегије до 2015. године
  - Анализа хигијенско-епидемиолошких услова у насељима Рома
  - Побољшање услова становања у смислу снабдевености водом за пиће, санитарних уређаја и чувања домаћих животиња, кроз евалуацију постојећег стања од стране завода за заштиту здравља
  - Предлози завода за неопходна расељавања насеља, у којима су услови изузетно лоши и који не могу бити обухваћени процесом унапређења, после евалуације завода

Поједини сегменти здравствене политике разрађени су још у три националне стратегије:

- Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији
- Стратегија развоја заштите менталног здравља
- Национална стратегија за борбу против ХИВ-а/сиде.

У прве две наведене стратегије се не разматрају посебно проблеми везани за здравље Рома, већ се оне односе на укупну популацију. Дакле, у наведеним стратешким документима Роми нису препознати као посебно осетљива група. Будући да је међу Ромима у Србији највише младих, то значи да би у процесу имплементације **Стратегије развоја здравља младих у Републици Србији**<sup>5</sup> требало развити програме и пројекте који би се омогућила примена посебних мера које се односе на младе Роме. Као актуелни здравствени проблеми у популацији младих у Србији у Стратегији су наведени **развијно-психолошки проблеми**, проблеми репродуктивног здравља, проблеми везани за сексуално преносиве инфекције, болести зависности, злостављање и занемаривање, повреде, физичка неактивност, неправилна исхрана, фактори из окружења који утичу на развој и здравље младих, организација служби за младе, законодавство, евиденција и извештавање. Стратешки циљеви се у овом документу разрађују кроз опште и специфичне циљеве за које су дефинисани исходи и индикатори праћења.

У **Националној стратегији за борбу против ХИВ-а/сиде**<sup>6</sup> међу осетљивим групама становништва код којих треба примењивати превентивне мере ради заштите од инфекције су и Роми. Основни стратешки циљ је усмерен на смањење штете од ризичног понашања, пре свега, путем дефинисања програма и спровођења едукација о ХИВ-у/сиди, јачања мотивације за избегавање ризика, коришћења личног стерилног прибора, коришћења кондома, те путем повезивања државних и невладиних капацитета у реализацији програма смањивања штета.

У **Националној стратегији за младе**<sup>7</sup> која је усвојена у првој половини 2008. године и за чију имплементацију

<sup>5</sup> Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији, Службени гласник број 204/2006, страна 51.

<sup>6</sup> Извор: Министарство здравља Републике Србије.

<sup>7</sup> Влада Републике Србије, *Национална стратегија за младе*, мај 2008.

тацију се тек разрађује Акциони план, питањима здравствене заштите младих Рома се посвећује пажња кроз мере и активности намењене осетљивим групама.

У стратешком оквиру за имплементацију здравствених политика утврђени циљеви и приоритети усмерени на повећање укључености Рома у систем здравствене заштите Србије међусобно су усклађени и комплементарни. Међутим, стратегије и акциони планови који их прате нису предвиђени буџетом, па није било могуће оцењивати финансијску покривеност остваривања стратешких циљева и приоритета који су предмет ове анализе на дужи рок. Самим тим, тешко је било оценити дугорочну одрживост здравствених политика везаних за укључивање Рома у систем здравствених услуга које доприносе побољшању њиховог здравственог стања. Финансијски планови за реализацију одређених програма и пројеката се доносе годишње у оквиру буџетског система. Дугорочна одрживост здравствених политика везаних за повећање доступности здравствених услуга Ромима захтева издвајање из буџета за кључне циљеве и приоритете на дужи рок како би се обезбедила ефективност у процесу њихове имплементације. Такође, потребно је да се разраде и јасно дефинишу квантитативни и квалитативни индикатори за праћење имплементације усвојених стратегија, као и да се уведу међусобно усклађени информациони системи у здравственим установама који ће омогућити формирање основних база података за израчунавање индикатора на основу којих ће се ефикасно пратити и евалуирати остваривање утврђених стратешких циљева и приоритета који се односе на укљученост Рома у систем здравствене заштите. Информациони системи здравствених установа, на локалном и на националном нивоу, треба да буду повезани са Републичким заводом за статистику као матичном статистичком државном установом.

### 3. АНАЛИЗА ПОДАТАКА

У овом делу истраживања покушали смо да објединимо што више квантитативних показатеља и анализа који нам могу послужити у доношењу валидних закључака о томе да ли су политике које се спроводе, не само на националном нивоу већ и на локалном нивоу, кроз реализацију пројеката и програма, утицале на промене у здравственој слици ромске популације у Србији. Тешко је дати оцену здравственог стања Рома, а да се не укаже на проблеме који умањују доступност и обухват здравственим услугама ромске популације (Антић, 2005, 2006; Центар за права Рома, 2006, 2007, 2008; ESPI, 2007). Такође је неопходно, поред напора које чине релевантне државне институције кроз реализацију **Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године** у оквиру имплементације Декаде инклузије Рома 2005–2015. (Влада Републике Србије, 2005) и релевантних стратешких докумената који имају за циљ унапређење доступности здравствених услуга Ромима, поменути и настојања да се спровођење националног Акционог плана пренесе и на ниво локалне заједнице (Јовановић, 2005; Црвени крст Србије, 2008б).

Надаље, када говоримо о социоекономским факторима или о ризицима по здравље, не можемо, а да не поменемо сиромаштво као сталну латентну претњу нарушавању здравља сваког појединца (Грозданов, 2008; РЗС, 2008) или недостатак адекватног образовања (UNDP, 2006), услове становања ромске популације и сл. Проблеми у доступности здравствене заштите Ромима јављају се услед социјалних карактеристика ове популацијске групе, али и недовољно имплементираних институционалних решења и миграција ромског становништва. Ово су проблеми који не погађају само Роме у Србији већ и у осталим земљама које су се обавезале да ће у периоду од 2005. до 2015. године безусловно спроводити Декаду инклузије Рома кроз четири акциона плана, а овим озбиљним проблемом се бави и ЕУ.

У циљу оцене утицаја имплементираних политика на доступност здравствене заштите осетљивим групама, међу којима се налазе и Роми, у ЕУ је формирана Група за процену утицаја здравствених политика која се позива на четири групе фактора, односно на четири групе основних детерминанти здравственог статуса које ћемо овде само цитирати: индивидуални фактори који произлазе из разлика у стилевима живота, друштвени утицаји и утицаји заједнице, услови живота и рада и општи социоекономски и културолошки услови и окружење у којем појединац живи.<sup>8</sup>

---

#### 3.1. Здравствено стање ромске популације у Србији

---

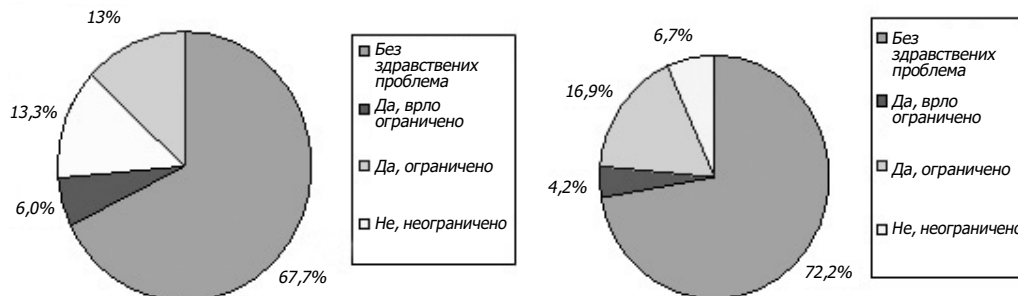
У укупној популацији у Србији је присутан тренд пораста броја оболелих од хроничних болести. Уколико се пореде резултати двеју Анкета о животном стандарду, уочава се прогрес ове врсте обољења, па је тако у 2003. години од хроничних болести боловало 27,1% укупне популације у Србији, да би се у 2007. тај проценат попео на 32,3%. Слична тенденција је присутна и у ромској популацији, премда је пријављен мањи број случајева оболелих од хроничних болести него у укупној популацији. Наиме, док је у 2003. години 19,9% Рома боловало од ових болести, у 2007. години удео оболелих Рома је повећан на 27,8%. Сличан резултат је добијен и у истраживању о обољевању од хроничних болести које је међу Ромима, избеглим и интерно расељеним лицима и домицилним неромима спровео UNDP, а где је, на основу анкете, утврђено да 19% Рома пати од високог притиска, од бронхитиса и емфизема пати 21% Рома, а од кардиоваскуларних болести болује 16% Рома. У групи нехроничних болести, ромска популација је највише патила од прехлада – 30% и грипа – 12%, а психолошке сметње је пријавило свега 2% анкетираних Рома.<sup>9</sup> Према анализи ESPI института која је обухватила ромску популацију у Јабланичком округу, у 27,9% анкетираних ромских домаћинстава живео је барем један члан који болује од неке хроничне болести, од чега доминирају кардиоваскуларна обољења – 38,7%, бронхитис и пнеумонија – 21,3% и дијабетес – 12,7% (ESPI, 2007).

---

<sup>8</sup> European Policy Health Impact Assessment Project Group (2004), European Policy Health Impact Assessment EPHIA – A Guide, стр. 4.

<sup>9</sup> UNDP (2006), *Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији*, стр. 24.

Слика 1: Процент грађана који су имали тешкоће у протеклих шест месеци због здравствених проблема: укупна популација (леви панел) у односу на Рома (десни панел)

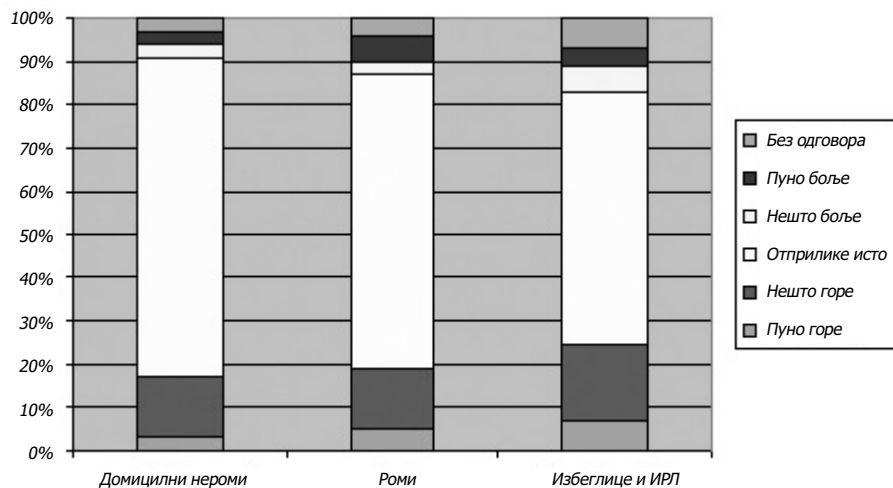


Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

Истраживање UNDP-а је показало да код самопроцене здравственог стања, кроз испитивања на основу анкете, појединци обично потцене значај одређених болести, пре свега хроничних, те се изјашњавају као да немају значајнијих здравствених проблема у односу на стварно стање (UNDP, 2006). У том духу бисмо могли тумачити и резултате истраживања РЗС које је показало да се у укупној популацији 67,7% становника изјаснило да нема здравствених тегоба, док је тај проценат код Рома још већи и износи 72,7%.

Горе истакнуте резултате, до којих су дошли истраживачи РЗС, поткрепићемо и резултатима истраживања UNDP-а из којих се назире да у поређењу са домицилним неромима – 74% и избеглим и интерно расељеним лицима – 58%, у ромској популацији 68% сматра своје здравствено стање непромењеним у односу на стање једну годину пре спроведеног истраживања. Међутим, 19% Рома је мишљења да се њихово здравствено стање током једне године променило нагоре, док исто мишљење дели 17% неромског становништва или чак 24% избеглица и интерно расељених лица. Најслабије перцепције о побољшању здравља има домицилно неромско становништво – 6%, док је 10% Рома осетило побољшање свог здравственог стања или 11% избеглих и расељених лица.

Слика 2: Субјективна процена здравственог стања у односу на претходну годину



Извор: UNDP (2006), стр. 24

Рома су једна од најмлађих популација у Србији. Најбројнија старосна група код Рома су деца до 14 година (40,7%), а једну петину Рома чини узраст од 15 до 24 године, више од половине ромског становништва у Србији је млађе од 25 година (62%), док удео старијег становништва износи само 4,1%.<sup>10</sup>

У оквиру ромске популације, нарочито рањиве групе чине деца, жене (посебно труднице) и стари.<sup>11</sup> Већ од самог рођења ромска деца имају много мању вероватноћу преживљавања у односу на укупну популацију. Према подацима МIСCС-а 2005, стопа смртности новорођенчади у ромским насељима износи 25 на 1.000 живорођених, а стопа смртности деце до 5 година старости се пење на 28 на 1.000 живорођених.<sup>12</sup> Стопе смртности новорођенчади и деце испод 5 година старости на нивоу Србије износе 8 и 9,2 на 1.000 живорођене деце, респективно.<sup>13</sup> Смртност новорођенчади је већа у градским нехигијенским насељима (28‰), међу мушком децом (32‰), у централној Србији (29‰) у поређењу са Београдом (26‰) и Војводином (16‰), међу децом чије мајке немају никакво образовање (29‰) и у прва два најсиромашнија квантила (30‰).

Табела 1: Стопа смртности деце и показатељи здравственог стања и исхране деце<sup>14</sup>

Индикатор	Општа популација		Роми у ромским насељима	
	2003.	2005.	Дечаци	Девојчице
			2005.	
Стопа смртности деце испод 5 година (на 1.000 живорођене деце)	10,4	9,2	36	23
Стопа смртности деце до годину дана (на 1.000 живорођене деце)	9,1	8,0	32	20
Удео новорођенчади са малом телесном тежином (<2.500г)	-	5,0%	9,3	

Извор: Влада Републике Србије (2007), Други извештао имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, стр. 102.

Обухват ромске деце имунизацијом, значајно је нижи у односу на укупну популацију, али су ромска деца која живе у нехигијенским насељима у далеко неповољнијем положају у односу на национални просек. Наиме, ромска деца старости између 18 и 29 месеци примила су све препоручене вакцине у 47,7% случајева, просек на националном нивоу за децу исте доби је 57,5%, а за децу из ромских насеља свега 26,6%. У истом узрасту, само 59,9% ромске деце из ромских насеља вакцинисано је против туберкулозе, док је на националном нивоу вакцинисано 74,5% деце. Ново истраживање би дало другачије показатеље, будући да је календар обавезне вакцинације деце у Србији промењен почетком 2006. године, при чему су уведене и нове вакцине. Будући да се имунизација деце обавља у породилиштима, домовима здравља и школама, инклузија ромске деце у здравствени и образовни систем је један од предуслова за побољшање здравственог статуса ове популацијске групе. Овоме, такође, треба додати и то да 40,8% ромске деце овог узраста укупно, односно 34,1% ромске деце из нехигијенских ромских насеља, нема здравствену књижицу.<sup>15</sup> На слаб обухват ромске деце имунизацијом, поред немања личних докумената утичу и други фактори. Поменућемо истраживање UNDP-а<sup>16</sup> у којем се наводи да је разлог за слабији обухват деце (посматрана су деца до 14 година старости) вакцинацијом у 23% случајева недостатак здравствених књижица, али да на овај феномен утичу и други фактори, као што су недостатак медицинске помоћи – 15%, неинформисаност родитеља – 8%, као и ставови ромских мајки (и родитеља) да вакцинација није важна – 12%, што само додатно потврђује да су напори усмерени ка едукацији Рома веома важни и актуелни.

<sup>10</sup> Влада Републике Србије (2003), Стратегија за смањење сиромаштва у Србији – Прилог, стр. 33.

<sup>11</sup> Веома мали број анализа указује на здравствено стање и уопште услове живота старих Рома. Међутим, услед свих оних разлога које смо помињали више пута, а који утичу на животне тешкоће Рома, незнатан је број припадника ове националне мањине чији је животни век дужи од 60 година и процењује се на свега 1% (Антић, 2005, стр. 8).

<sup>12</sup> UNICEF (2007), Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005, стр. 148–149.

<sup>13</sup> UNICEF (2007), Стање деце у Србији 2006: Сиромаштво и социјална искљученост деце, стр. 70.

<sup>14</sup> Влада Републике Србије (2007), Други извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији, стр. 102.

<sup>15</sup> UNICEF (2007), Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005, стр. 157.

<sup>16</sup> UNDP (2007), Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији, стр. 26.



Ромска деца старости од 0 до 59 месеци, пре свега, због услова у којима живе<sup>17</sup> и недостатка грејања у зимским месецима, далеко чешће болују од упале плућа у односу на укупну популацију деце исте старосне доби. Подаци МИКС-а из 2005. показују да чак 10,4% ромске деце која живе у ромским насељима болује од ове болести, док је просек за сву ромску децу 7,7%, а национални просек за децу старости од 0 до 59 месеци износи 3,4%.<sup>18</sup> Само 45,1% оболеле ромске деце од упале плућа која живе у ромским насељима третирано је антибиотикима, просек за сву ромску децу је 45%, а национални просек је 56,8%.<sup>19</sup> Такође, код ромске деце су учесталије кожно болести, као и астма.<sup>20</sup>

Ромске жене у репродуктивном периоду (од 15 до 49 година старости) изложене су здравственим проблемима, а нарочито у трудноћи, што је касније у корелацији и са високом смртношћу деце и побачајима. Ромска жена у просеку роди петоро деце. Међутим, ниво спознаје ромских жена о заштити од нежељених трудноћа, о полно преносивим болестима и о коришћењу контрацептивних средстава је веома низак. Чак 71,9% удатих Ромкиња које живе у ромским насељима не користи ниједан вид заштите од нежељене трудноће, а просек за Србију износи 58,8%.<sup>21</sup> Такође, нижи је проценат Ромкиња у репродуктивном добу које живе у ромским насељима, а које су за време трудноће биле под медицинским надзором – 88,9%, у односу на национални просек – 99%. Такође је значајно истаћи да је свега 26,7% Ромкиња урадило Папаниколау тест за време трудноће, али и на националном нивоу стопа жена које су се подвргле овом тесту је доста ниска – 50,9%. У погледу броја порођаја обављених код куће, како показују најновија истраживања међу младим ромским мајкама (од 15 до 25 година), ситуација се мења у позитивном правцу, а тиме се смањује и ризик од смртности новорођенчади. Наиме, око 98,4% младих Ромкиња које живе у Београду породило се болници, док су се све испитанице из Врања породиле у породилишту.<sup>22</sup>

Ромкиње ступају у брак веома рано, пре него што наврше 15 година живота, што њихове репродуктивне органе излаже додатном ризику. Наиме, 12,4% Ромкиња које живе у ромским насељима удаје се пре 15. године живота, а пре 18. удато их је чак 45,9%. Национални просек удатих девојчица млађих од 15 година износи 0,8%, а млађих од 18 година 8,4%.<sup>23</sup>

Такође, веома је низак и ниво спознаје ромских жена у репродуктивном периоду о преносивости ХИВ-а са мајке на дете. Наиме, 72,2% Ромкиња из ромских насеља има одређену спознају о ХИВ-у (на националном нивоу – 97,7% жена), а тек 13,9% их зна да се пренос ХИВ-а са мајке на дете може избећи превенцијом.<sup>24</sup> Свега 36% жена у Србији је упознато са превенцијом преноса ХИВ-а, тако да је едукација жена, пре свега младих, без обзира на националну припадност, пожељна и потребна. Утолико пре, што подаци показују да 16% младих Ромкиња из ромских насеља има сексуалне односе пре 15. године живота, а на нивоу Србије тај проценат износи 1,1%.<sup>25</sup> Међутим, испитивање ромске популације младих (од 15 до 25 година) указало је на још неповољније резултате о спознаји правих начина превенције сексуалне трансмисије ХИВ инфекције. Према том истраживању, свега 14,7% младих Рома у Београду односно 31,7% младих Рома у Врању упознато је са превенцијом преноса ХИВ-а.<sup>26</sup>

---

<sup>17</sup> На основу података МИКС-а из 2005, процењено је да у Србији 63,2% Рома из ромских насеља живи у тзв. сламовима без адекватне хигијене и опремљености настамби за живот (UNICEF, 2007, стр. 176).

<sup>18</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 162.

<sup>19</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 163.

<sup>20</sup> Влада Републике Србије (2003), *Стратегија за смањење сиромаштва у Србији* – Прилог, стр. 33.

<sup>21</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 177.

<sup>22</sup> Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом*, стр. 142.

<sup>23</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 198.

<sup>24</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 202.

<sup>25</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*, стр. 209.

<sup>26</sup> Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом*, стр. 144.

---

### 3.2. Приступачност здравствене заштите ромској популацији у Србији и коришћење услуга

---

Да би се сагледали резултати активности које прате имплементацију Декаде инклузије Рома 2005–2015, у земљама које су потписнице овог споразума, на годишњем нивоу се прати прогрес социјалне инклузије Рома. У области унапређења здравствене заштите Рома у Србији, у документу ромских активиста „Decade Watch“ за 2007. годину,<sup>27</sup> напомиње се да Министарство здравља РС, кроз издвајање буџетских средстава за имплементацију пројеката, доприноси реализацији Акционог плана здравствене заштите Рома у најмање два правца. Први правац се огледа у спровођењу активности које доприносе побољшању здравља ромске популације у Србији, а тиме и доступности здравствених услуга, док се други правац активности тиче унапређења хигијенских услова у насељима у којима живе Роми. Међутим, утицаји имплементираних политика у оквиру Декаде инклузије Рома су скромни у свим земљама, према оценама „Decade Watch“ за 2007. годину.

И поред проблема које Роми имају при остваривању права на здравствену заштиту<sup>28</sup>, услед веће учесталости промене места сталног боравка и непоседовања одговарајућих личних докумената (Антић, 2005, 2006), ситуација око приступа здравственој заштити се мења у правцу побољшања. Наиме, последње истраживање РЗС, спроведено кроз Анкету о животном стандарду 2007. године, показало је да нема великих одступања између пропорције болесних који користе здравствене услуге у укупној популацији и у ромској популацији. У укупној популацији 66,5% болесних грађана је користило одређене болничке услуге, док је у ромској популацији тај број износио 60,8%. И поред тога што су ови резултати до одређене мере прецењени услед слабијег обухвата лица која живе у нехигијенским насељима, ови налази су веома слични резултатима UNDP-овог истраживања које је потврдило да је 57% Рома који су претходно боловали од неке болести потражило помоћ лекара.<sup>29</sup> Надаље, међу ромском популацијом је присутан тренд пораста броја лица која редовно примају терапију за хроничне болести (65,5% у 2007. у односу на 52,3% из 2003. године). Оваква тенденција је присутна и у укупној популацији, будући да је број редовних прималаца терапије за хроничне болести у 2007. години повећан на 80,2% у односу на 78,6% у 2003. години. Како за укупну, тако и за ромску популацију, проширење позитивне листе лекова које је могуће добити уз рецепт, допринело је повећању броја лица којима је омогућено редовно лечење, а резултат је побољшања целокупног здравственог система у Србији.

Болесни који нису користили здравствене услуге као најчешће разлоге за некоришћење наводе самопроцену сопственог стања, уз закључак да није било потребе за посетом стручном медицинском особљу, затим да се ради о мањим поремећајима које је могуће лечити код куће, као и да су здравствене услуге прескупе да би се адекватно лечили. Роми, у односу на укупну популацију, чешће наводе овај последњи разлог као један од пресудних за неодазак код лекара, 32,9% у односу на 6,2% у 2007. години. Роми су такође склони томе да потцене значај здравствених проблема и да, иако осећају сметње, не предузму корак који ће их одвести код лекара, али мање у односу на укупну популацију (47,5% наспрам 56,4%). Такође, истичемо да је само 5% Рома у 2007. години као препреку одласку лекару навело немање здравственог осигурања али и да је тај број утростручен у односу на 2003. када је то као разлог навело тек 1,6% Рома.

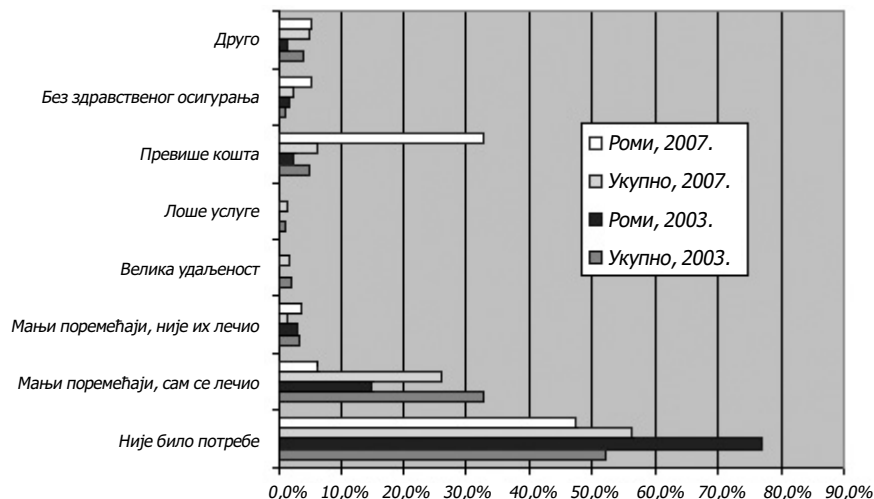
---

<sup>27</sup> Decade Watch (2008), *Roma Activists Assess the Progress of the Decade of Roma Inclusion, 2007 Update*, Savelina Danova (ed.).

<sup>28</sup> Процена UNDP-а је да је за 10% Рома приступ здравственој заштити био онемогућен због непоседовања личних исправа, али да су избегла и интерно расељена лица у још неповољнијем положају, будући да их 12% из истог разлога није било у могућности да добије потребне здравствене услуге (UNDP, 2006, стр. 24).

<sup>29</sup> UNDP (2006), *Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији*, стр. 24.

Слика 3: Процент болесних грађана који нису користили здравствене услуге, према најчешћем разлогу: укупна популација у односу на Рома

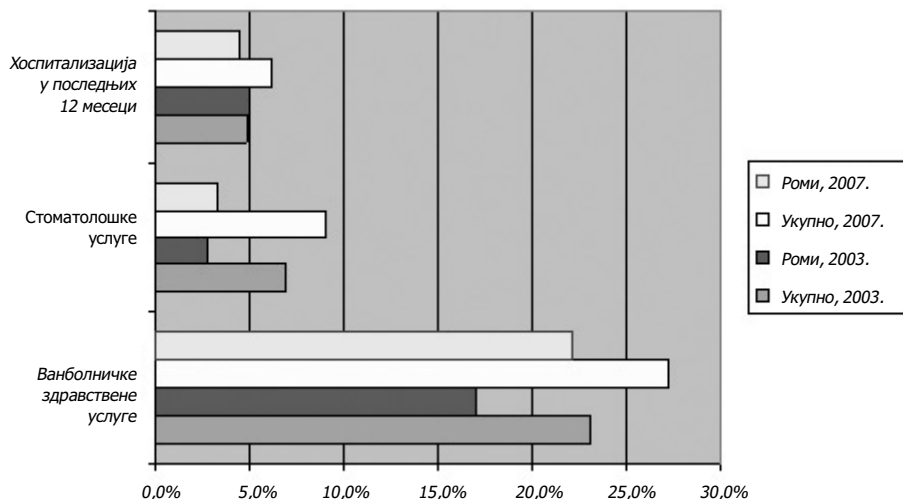


Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

С друге стране, уколико желимо сагледати бригу грађана за сопствено здравље, кроз редовност одласка код лекара, односно кроз коришћење здравствених услуга на месечном нивоу, разлике између укупне популације и ромске популације су продубљеније. Док у укупној популацији здравствене услуге на месечном нивоу користи 35% грађана, у ромској популацији то је само 1/4 грађана, што наравно не потврђује и боље здравствено стање ове популацијске групе, али присутан је одређени тренд побољшања, будући да је ситуација промењена у односу на 2003. годину када је тај број био мањи и износио 1/5 ромских грађана.

Роми, као и укупна популација, најчешће користе ванболничке услуге у домовима здравља које подразумевају одласке код лекара ради прегледа, добијања упута, спровођења лабораторијских анализа и сл. У погледу коришћења ових врста здравствених услуга, као и код болничког лечења, није толико изражена разлика између ромске и укупне популације. Међутим, при коришћењу стоматолошких услуга, разлика између ромске и укупне популације је више него дуплирана. Наиме, у укупној популацији 9% становништва одлази код стоматолога што је за два процентна поена више него 2003. године, док је међу Ромима било свега 3,3% корисника стоматолошких услуга. С обзиром на традиционално слабу денталну хигијену, стечене навике популације се и даље веома споро мењају, а овој ситуацији доприносе и цене стоматолошких услуга које се према Закону о здравственом осигурању не наплаћују из обавезног здравственог осигурања корисника, изузимајући децу, труднице, старе и хитне интервенције, као и то да већина сиромашних Рома себи не може да приушти приватне стоматолошке услуге.

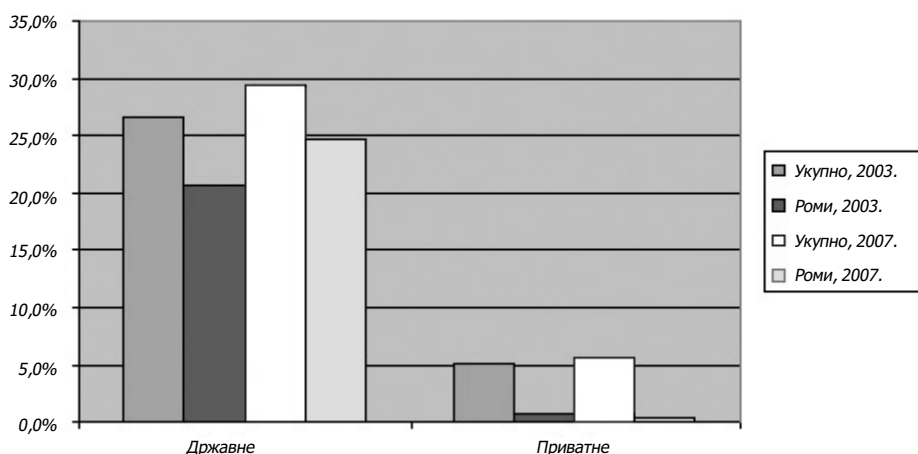
Слика 4: Процент корисника три врсте здравствених услуга: укупна популација у односу на Роме



Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

Због већег броја и боље доступности здравствених установа у власништву државе, као и због квалитета основних здравствених услуга које је могуће добити по основу здравственог осигурања, очекивано је да се здравствене услуге у јавним установама чешће користе у односу на услуге приватних установа. Још један важан елемент јесте и веће поверење у државне здравствене службе и већа извесност наплате здравственог осигурања у случају штете или нежељених последица. Међутим, и поред тога што постоји обавезно здравствено осигурање, корисници здравствених услуга у државним установама већ дуго додатно плаћају услуге здравствених служби, што кориснике не усмерава само ка приватном сектору – мада се у укупној популацији повећава број корисника услуга приватних здравствених установа (5,7% у 2007. у односу на 5,1% у 2003), а у ромској популацији се смањује (са 0,8% у 2003. на 0,4% у 2007. години) – него их све више усмерава ка само-заштити и алтернативним видовима лечења што, као што ћемо видети испод, није повољна тенденција.

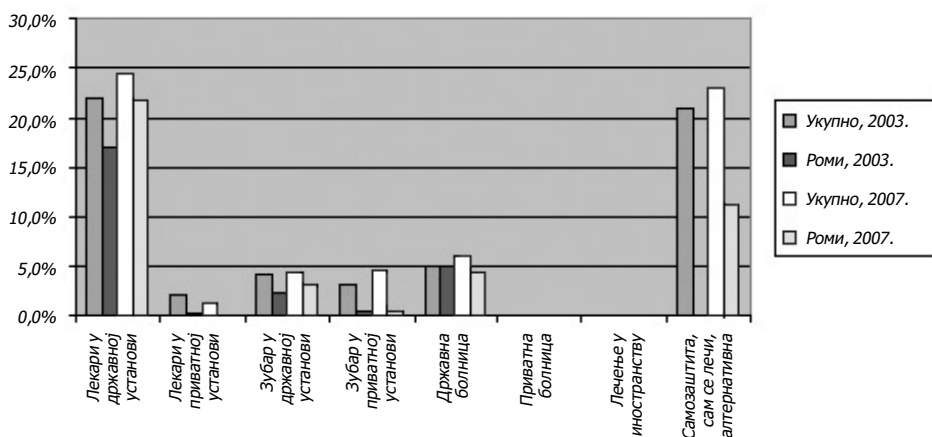
Слика 5: Процент корисника здравствених услуга према типу власништва здравствених установа: укупна популација у односу на Роме



Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

Роми најчешће користе услуге лекара у јавним здравственим установама, а присутан је и пораст броја корисника здравствених услуга лекара у државним установама, како у укупној популацији, тако и код Рома. У ромској популацији је повећан број корисника ових услуга у 2007. години на 21,8% са 17% колико је износио у 2003. години, а у укупној популацији на 24,5% са претходних 22%. Међутим, са стајалишта примања адекватне здравствене заштите, уочава се неповољан тренд пораста броја лица која прибегавају самозаштити и другим алтернативним облицима медицине, што потврђује закључак да је слабо развијена свест о значају превенције, како код Рома, тако и у укупној популацији. У 2007. години самолечењу је прибегавало 11,2% Рома у односу на 23,1% грађана у целој популацији.

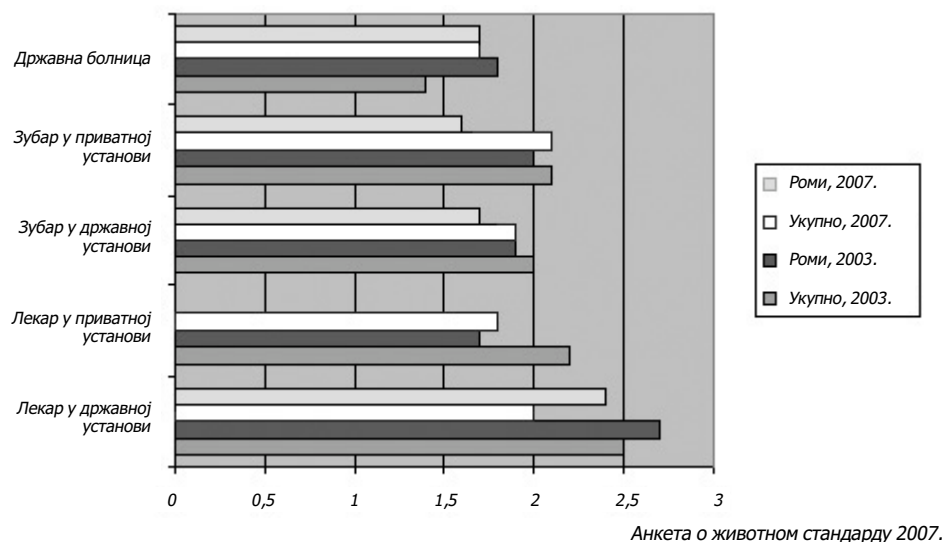
Слика 6: Процент корисника здравствених услуга: укупна популација у односу на Роме



Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

Просечан број месечних одлазака код лекара је већи код Рома него у укупној популацији, али се смањио у односу на 2003. годину (2,4 у 2007. наспрот 2,7 у 2003. години). Слична тенденција је присутна и у укупној популацији, а један од могућих разлога је плаћање здравствених услуга и у државним установама без обзира на поседовање здравственог осигурања, а такође нису забележени случајеви одлазака Рома на лечење у приватне здравствене установе, што је доведено у везу са ценом здравствене услуге. И када је реч о коришћењу стоматолошких услуга, међу Ромима је присутан пад броја корисника, како у приватним (1,6 одлазака просечно месечно у 2007. у односу на 2 пута у 2003. години), тако и у државним ординацијама (1,7 месечних посета зубару у 2007. у односу на 1,9 у 2003. години). Дакле, можемо закључити да се Роми најчешће јављају за здравствену помоћ у државне установе, и то не само због цена здравствених услуга, већ и због боље снабдевености и квалитета услуга у државним установама.

Слика 7: Учесталост коришћења посебних врста здравствених услуга на месечном нивоу



Трошкови лечења Рома у државним ванболничким установама су нижи од просека за укупну популацију. Међутим, у 2003. години уочљиви су значајно виши издаци Рома за лечење у приватним ванболничким установама и у државним болницама у поређењу са укупном популацијом, што такође може бити последица нужде у хитним случајевима, када је одређену здравствену услугу могуће добити само ако се плати, без обзира да ли лице поседује лична документа или не. У погледу болничког лечења, ситуација је промењена у 2007. години, будући да Роми издвајају нешто мање за лечење у државним болницама у односу на укупну популацију, што је повезано са бољом снабдевеношћу јавних здравствених служби и система здравствене заштите. Међутим, с обзиром на материјални статус већине Рома – подсетимо се да око 1/2 ромске популације живи испод линије сиромаштва – лечење у приватним ванболничким установама и приватним болницама недоступно је овој популацијској групи.

Табела 2: Просечни месечни укупни трошкови лечења у здравственим установама, у РСД<sup>1</sup>

	АЖС, 2003.		АЖС, 2007.	
	Укупно	Роми	Укупно	Роми
Државна ванболничка установа	1.033	429	1.040	867
Приватна ванболничка установа	2.998	4.014	4.831	-
Државни зубар	303	199	907	563
Приватни зубар	2.869	2.076	3.134	534
Државна болница	4.072	12.134	4.883	4.045
Приватна болница	19.785	-	24.956	-
Алтернативна медицина	471	409	657	369

Извор: РСЗ (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

<sup>1</sup> Укључујући и неформална плаћања медицинском особљу.

(-) Нема податка.

---

### 3.3. Закључци

---

Сажимајући закључке овог поглавља могли бисмо издвојити најважније чиниоце који унутар самог система здравствене заштите утичу на обухват лица здравственим осигурањем. Свакако, први чинилац је поседовање здравствене књижице и сходно томе фактор који лечење у систему јавног здравства чини могућим. Упоредјујући здравствено стање ромске популације у односу на укупну популацију, кроз присуство хроничних болести и самопроцену здравственог статуса, можемо закључити да основне трендове који су запажени у укупној популацији прати и здравствено стање Рома. Међутим, дубље анализе које узимају у обзир демографске и социјално-културолошке карактеристике указују на неповољнији положај Рома у здравственом систему у поређењу са укупном популацијом. Слабији обухват здравственом заштитом повезан је са проблемима миграната (у земљи и изван земље) и легализацијом њиховог статуса у земљи, односно са регулисањем пребивалишта у насељима где Роми неформално живе. Затим са недовољним обухватом деце имунизацијом и вакцинацијом, нарочито слабијом бригом о деци која нису рођена у болничком окружењу или су искључена из образовног система. Даље, повезан је и са недовољним сазнањима ромских жена о превенцији и заштити од нежељених трудноћа и инфекција, али и са ценама здравствених услуга (болничких, ванболничких и стоматолошких), посебно у приватном сектору, које већина сиромашних Рома себи не може да приушти. Стога, побољшање укупне здравствене слике ромске популације у Србији, посматрано средњорочно, али и дугорочно, треба да прати успешна инклузија социјално угрожених Рома у систем здравственог осигурања, али и виши степен информисаности о начинима на који се законски регулисана права могу остварити, као мера која би требало да даје резултате на кратак рок.

## 4. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПОЛИТИКА У ЗДРАВСТВУ

У оквиру Декаде Рома, Министарство здравља је у претходне две године реализовало 103 пројекта кроз партнерства здравствених установа и ромских невладиних организација. Пројектним активностима су обухваћене све групе социјално најугроженијих Рома – деца, жене, стари, житељи нехигијенских насеља и лица којима је онемогућен приступ јавним здравственим службама због тога што не поседују личне исправе. Уочљива тенденција обухвата Рома појединим активностима показује повећање броја лица која су учесници активности спровођених по пројектима. Појачано интересовање је управо за учешће у оним активностима којима се жели заштитити здравље ромских жена у репродуктивном добу, повећати обухват ромске деце имунизацијом, појачати сазнања Рома о превенцији заштите и лечењу од хроничних незаразних болести и ризицима које такве болести са собом носе, а пре свега, затим, избећи скраћење животног века и ниску продуктивност радно способне ромске популације.

Табела 3: Пројекти у оквиру Декаде Рома и обухваћена популација

	Обухват популације					
	2006.				2007.	Δ2007/2006. %
	Деца	Жене	Мушкарци	Укупно	Укупно	
Здравље деце и младих	1.267	372	184	1.823	1.777	-2,5
Репродуктивно здравље, планирање породице и превенција малигних обољења (карцином материце и дојке)	215	1.011	381	1.607	4.308	168,1
Имунизација	371	30	15	416	1.367	228,6
Стоматолошка здравствена заштита и орално здравље	507	117	33	657	360	-45,2
Превенција и фактори ризика за хронична незаразна обољења (ХНО)	584	709	460	1.753	3.484	98,7
Здравствена заштита и помоћ старима	-	151	82	233	244	4,7
Превенција болести зависности	-	15	53	68	-	-
Право на здравствену заштиту и здравствено осигурање	303	198	118	619	1.078	74,2
Здравствено стање, понашање и коришћење здравствене заштите	374	212	205	791	250	-68,4
Процена хигијенско-епидемиолошких услова у насељима Рома	80	-	-	80	2.300	2.775,0
<b>УКУПНО</b>	<b>3.701</b>	<b>2.815</b>	<b>1.531</b>	<b>8.047</b>	<b>15.168</b>	<b>88,5</b>

Извор: Министарство здравља (2008), стр. 39–40.  
(-) Нема податка



У периоду јануар–јун 2008. године, у оквиру имплементације Акционог плана за побољшање здравља Рома реализоване су следеће активности:

- Израда софтвера за израчунавање индикатора и параметара за праћење пројеката који се реализују у оквиру Акционог плана за побољшање здравља Рома
- Спровођење конкурса за избор и едукацију 15 ромских здравствених медијатора као посредника између здравствених институција и ромске заједнице у 15 општина у Републици Србији. Здравствени медијатори ће пружати помоћ и подршку Ромима да остварују и редовно користе своја права на здравствену заштиту, да их обучавају вештинама за здраве стилове живота и др. Министарство планира повећање броја медијатора у наредном периоду.
- Израда, публикавање и дистрибуција Водича кроз процедуру конкурса за подршку здравственим пројектима у оквиру Декаде Рома.
- Припрема конкурса за пројекте за унапређење здравља Рома који су усредсређени на:
  - Повећање степена имунизације, унапређење репродуктивног и сексуалног здравља, превенцију болести зависности, антенаталну заштиту Ромкиња, побољшање неге и исхране деце, превенцију и рано откривање фактора ризика за хронична незаразна обољења, превенцију, рано откривање и лечење цревних и других заразних болести;
  - Унапређење услова животног окружења у ромској заједници – процена хигијенско-епидемиолошких услова, стварање безбедног окружења, заштита здравља Рома сакупљача секундарних сировина;
- Праћење и евалуацију одобрених пројеката.
- Одржане су три радионице за здравствене институције и ромска невладине удружења о начину извештавања о реализацији пројеката у току, процедури израде пројеката и упознавање са Водичем.

Табела 4: Пројекти у оквиру Програма за унапређење здравља Рома из Декаде Рома, број корисника, могући утицаји и ризици

Листа пројеката по областима	Број корисника, 2006.	Број корисника, 2007.	Планирани утицај <sup>1</sup>	Тренутно стање <sup>2</sup>	Ризици
Здравље деце и младих	1.823	1.777	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Унапређење здравља деце и младих Рома</li> <li>- Евиденција деце и оmlадине у ромским (неформалним) насељима</li> <li>- Повећање броја ромске деце и младих који редовно одржавају хигијену</li> <li>- Смањена потхрањеност међу ромском децом</li> <li>- Стопа смртности новорођенчади у ромским насељима износи 25‰</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Стопа смртности деце до 5 година у ромским насељима износи 28‰</li> <li>- 8% деце у ромским насељима је потхрањено</li> <li>- 12,4% Ромкиња које живе у ромским насељима се удаје пре 15. године живота, а пре 18. 45,9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Немање здравственог осигурања</li> <li>- Непоседовање личних докумената</li> <li>- Искљученост из образовног система</li> <li>- Недовољна информисаност о штетности пушења у раном узрасту, непуштеност родитеља и деце</li> <li>- Рано ступање у брак - Услови живота (опремљеност настамби и грејање, одржавање хигијене, вода за пиће, задовољавање нутриционистичких потреба за храном, потхрањеност)</li> </ul>
Репродуктивно здравље жена, планирање породице и превенција малигних обољења (карцином грлића материце и дојке)	1.607	4.308	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Едукација ромских жена о значају репродуктивног здравља, о заштити од нежељених трудноћа и превенцији малигних обољења</li> <li>- Израда програма намењених ромским женама у репродуктивном периоду (већи обухват Ромкиња гинеколошким прегледима)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 71,9% удатих Ромкиња које живе у ромским насељима не користе заштиту од нежељених трудноћа</li> <li>- 88,9% ромских жена је за време трудноће под медицинским надзором</li> <li>- 93% ромске деце се роди уз медицински надзор</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Немање здравственог осигурања</li> <li>- Недостатак медицинске помоћи (одбијање пружања помоћи лицима ромске националности)</li> <li>- Недовољна информисаност о контрацепцији и прекидима нежељених трудноћа</li> <li>- Недостатак едукације о значају превенције од</li> </ul>

			<p>ма, вршење неопходних лабораторијских анализа и упућивање на болничко лечење и предузимање операционих захвата, подстицање на рађање у болницама)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Израда социјалне карте за ромске жене</li> <li>- Смањење дискриминације према ромским женама која своје узроке има у националној и родној неравноправности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Студије случаја које указују на одбијање пружања помоћи ромским женама које немају здравствено осигурање, неоверавање здравствених књижица, наплата порођаја, насиље у кући и сл.</li> </ul>	<p>обољевања од малигних болести и откривања симптома болести</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дискриминација по основу националне припадности и социјалног статуса</li> </ul>
Имунизација	416	1.367	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Промоција јавног здравља и едукација родитеља</li> <li>- Повећан обухват деце, нарочито у ромским насељима имунизацијом, повећан обухват деце која нису рођена у болницама и деце која не похађају школе</li> <li>- Повећан обухват ромске деце која су примила све прописане вакцине</li> <li>- Евиденција ромске деце и праћење (календар обавезне вакцинације деце)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 47,7% ромске деце старости између 18 и 29 месеци примило је све препоручене вакцине</li> <li>- 59,9% ромске деце из ромских насеља је вакцинисано против туберкулозе</li> <li>- 2/5 све ромске деце, односно 1/3 ромске деце из нехигијенских ромских насеља нема здравствену књижицу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Неукљученост ромске деце у здравствени и образовни систем</li> <li>- Немање здравствене књижице</li> <li>- Недостатак медицинске помоћи (одбијање пружања помоћи лицима ромске националности)</li> <li>- Неинформисаност родитеља</li> <li>- Ставови ромских мајки о томе да вакцинација није важна</li> </ul>
Стоматолошка здравствена заштита и орално здравље	657	360	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Едукација ромског становништва, а нарочито деце која живе у ромским насељима о значају оралне хигијене и здравља у циљу повећања броја корисника стоматолошке здравствене заштите</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Свега 3,3% Рома користи стоматолошке услуге</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Немање здравственог осигурања</li> <li>- Неинформисаност родитеља</li> <li>- Неукљученост ромске деце у здравствени и образовни систем</li> <li>- Ниски приходи ромских породица и низак проценат издвајања за стоматолошке услуге</li> </ul>
Превенција и фактори ризика за хронична незаразна обољења	1.753	3.484	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Смањење броја оболелих од хроничних болести</li> <li>- Промоција јавног здравља и имплементација пројекта на локалном и националном нивоу о превенцији и факторима ризика</li> <li>- Едукације ромског становништва у ромским насељима</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Према подацима АЖС из 2007, 27,8% Рома болује од хроничних обољења</li> <li>- Према подацима UNDP-а, 19% Рома има висок притисак, бронхитис и емфизем 21% Рома, а од кардиоваскуларних болести болује 16% Рома</li> <li>- У укупној ромској популацији има 80% пушача</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Немање здравственог осигурања</li> <li>- Недостатак медицинске помоћи (одбијање пружања помоћи лицима ромске националности)</li> <li>- Неинформисаност</li> <li>- Начин живота и услови становања</li> <li>- Стигматизам</li> <li>- Дискриминација по основу националне припадности и социјалног статуса</li> </ul>

Здравствена заштита и помоћ старима	233	244	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Побољшање приступа здравственој заштити социјално угрожених слојева ромског становништва</li> <li>- Бесплатно лечење и набавка лекова за социјално угрожена стара лица</li> <li>- Регистрација становништва ради остваривања права на здравствену заштиту</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Према подацима АЖС из 2007. године 17% ромске популације нема здравствену књижицу, при чему није познат податак о непоседовању овог документа по старосним групама</li> <li>- Свега 1% Рома је старије од 60 година</li> <li>- Очекивано трајање живота Рома при рођењу процењује се на 58 година</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Немање здравственог осигурања</li> <li>- Недостатак новца за куповину лекова и медицинских средстава (помагала)</li> <li>- Тешки социокономски услови живота</li> <li>- Кратак животни век Рома</li> </ul>
Превенција болести зависности	68	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Едукација младих Рома и деце о штетности злоупотребе психоактивних супстанци на здравље ради смањења број наркомана међу Ромима</li> <li>- Кампање против пушења и алкохолизма, које нарочито таргетирају младе Роме и Роме који живе у ромским насељима</li> <li>- Едукације о заштити Рома од изложености полно преносивим болестима услед зависности од сталне употребе алкохола и опојних дрога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Не постоји прецизан податак о броју наркомана међу ромском популацијом, али истраживања невладиних организација показују да је велики број наркомана на улицама, један број се налази у затворима (нарко-дилери и препродавци дроге), а тек мањи број је на лечењу</li> <li>- Истраживање Министарства здравља је показало да је 44% младих Рома (од 15 до 24 године) у Београду користило неку од психоактивних супстанци, а у Врању 1/5</li> <li>- Међу младим Ромима, старости од 15 до 25 година има 55% односно 30,4% пушача, у Београду и Врању, респективно</li> <li>- Илустративно, само 14,7% младих Рома у Београду, односно 31,7% младих Рома у Врању упознато је са превенцијом преноса ХИВ-а</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Негативан утицај алкохолизма и пушења на развој малигних обољења</li> <li>- Олакшан приступ деце и младих јефтним наркотицима</li> <li>- Недовољна информисаност о штетности психоактивних супстанци на здравље</li> <li>- Повећан ризик од изложености инфекцији од ХИВ-а/сиде</li> <li>- Пораст криминала и девијантног понашања, насилије у породици</li> </ul>
Право на здравствену заштиту и здравствено осигурање	619	1.078	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Увођење ромских медијатора</li> <li>- Имплементација чл. 22, став 1, тачка 11,) Закона о здравственом осигурању кроз повећан број лица ромске националности која су остварила право на здравствену заштиту</li> <li>- Информативна кампања „од врата до врата“, подржана медијима, усмерена ка лицима ромске националности са циљем да се информишу о могућности остваривања права на здравствено осигурање</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Према подацима АЖС из 2007. године 17% ромске популације нема здравствену књижицу</li> <li>- У 2007. години уведено је 15 ромских здравствених медијатора у 15 општина, а планира се увођење још 120 медијатора у наредним годинама, до 2012.</li> <li>- У периоду од 1. јануара 2007. до јуна 2008. године, по основу чл. 22 Закона пријавило се 2.174 осигураника ромске националности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Непоседовање личних докумената</li> <li>- Неинформисаност лица ромске националности о законском основу за остваривање права на здравствено осигурање</li> <li>- Спора легализација ромских насеља и застоји у процесу измештања картонских насеља на нове локације са хуманим условима за становање</li> <li>- Административне препреке</li> <li>- Недоследност у спровођењу чл. 22, став 1, тачка 11, Закона о здравственом осигурању</li> </ul>

			<p>ње по основу чл. 22 Закона</p> <p>- Едукација здравствених радника о правима Рома на здравствену заштиту и основа по којем је могу остваривати</p>		<p>- Недостатак медицинске помоћи (одбијање пружања помоћи лицима ромске националности)</p>
Здравствено стање, понашање и коришћење здравствене заштите	791	250	<p>- Регистрација ромског становништва ради остваривања права на здравствену заштиту и креирање минималног скупа показатеља здравственог стања ромске популације како би се обезбедио континуитет у праћењу промена</p> <p>- Рад здравствених ромских медијатора на посредовању између Рома и здравствених служби</p> <p>- Организовање едукативних семинара у оквиру Програма контроле туберкулозе о превентивној здравственој заштити од туберкулозе и упућивање симптоматичних случајева у диспанзере ради даљег испитивања</p>	<p>- Према Попису из 2002. године у Србији је регистровано 108.193 Рома, али процењује се да се стваран број креће између 400.000 и 500.000</p> <p>- Здравствене услуге на месечном нивоу користи ¼ ромске популације, према подацима АЖС из 2007. године</p> <p>- Програмом контроле туберкулозе обухваћено је 181 ромско насеље, и прегледано 13.644 житеља сламова</p>	<p>- Непоседовање личних докумената и оверене здравствене књижице</p> <p>- Субјективна процена Рома о сопственом здравственом статусу</p> <p>- Недовољна информисаност о могућности остваривања законског права на здравствену заштиту</p> <p>- Неписменост и непознавање језика</p> <p>- Немање финансијских средстава за лечење</p>
Процена епидемиолошких услова у насељима Рома	80	2.300	<p>- Анализа хигијенско-епидемиолошких услова становања Рома у ромским насељима како би се утврдило стање и понудила решења за расељавање насеља са незадовољавајућим условима становања</p> <p>- Смањен број ромских породица које живе у нехигијенским и картонским ромским насељима (сламовима)</p>	<p>- Према подацима МИКС 2005, у Србији 63,2% Рома из ромских насеља живи у тзв. сламовима без адекватне хигијене и опремљености места за становање; при чему 38% ромских домаћинстава не поседује формалну документацију о власништву над објектом где живи - Близу 1/3 Рома нема приступ текућој пијаћој води у кући/стану, док 1/3 нема адекватне санитарне услове</p>	<p>- Спорост у реаговању локалне самоуправе и надлежних државних институција да би се решили проблеми становања Рома</p> <p>- Неспремност друштвене заједнице да прихвати Роме као своје суграђане</p>
Укупно	8.047	15.168	<p>- Побољшан приступ ромске популације здравственој заштити и унапређен здравствени статус Рома</p>	<p>- Креиране базе података са основним индикаторима за праћење показатеља здравственог статуса Рома</p>	<p>- Недовољна информисаност о остваривању права на здравствену заштиту</p> <p>- Социоекономски услови живота</p> <p>- Услови становања</p> <p>- Неразумеваче друштвене заједнице, дискриминација, стигматизам</p>

Извор: Министарство здравља (2008), стр. 39–40. Прорачун аутора.

<sup>1</sup> Колона приказује планирани утицај пројектних активности које су усклађене са Акционим планом заштите здравља Рома до 2015. године на побољшање приступа здравственој заштити и унапређење услова живота Рома.

<sup>2</sup> У овој колони су дати статистички подаци који изражавају индикаторе стања укупне ромске популације у Србији и не односе се нужно на кориснике пројеката у оквиру Програма за унапређење здравља Рома из Декаде Рома. Услед разноврсности извора података и одсуства континуитета у мерењу квантитативних показатеља здравственог статуса ромске популације, није могуће проценити у ком правцу ће се кретати вредности индикатора у наредном периоду.

(-) Нема податка

Конкурси за реализацију пројеката за побољшање здравља Рома се спровode на основу процедура које су детаљно описане у публикацији „Водич кроз процедуру конкурса за подршку здравственим пројектима у оквиру Декаде Рома“. Ту публикацију је Министарство здравља у сарадњи са Тимом за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва публиковало (јула 2008. године) и која је доступна свим заинтересованим учесницима у реализацији ових пројеката. Пројекте, на локалном нивоу, реализују здравствене установе у сарадњи са невладиним сектором.

*Бокс 1. Реализовани пројекти у области здравства у 2006. и 2007. години, у оквиру Декаде Рома*

Пројекти који се реализују на основу утврђених циљева у Акционом плану за здравље Рома који је усвојила Влада Републике Србије у оквиру Декаде Рома, треба да допринесу остваривању два циља:

- Први, побољшање здравствене заштите за целу ромску популацију, исказан у акционом плану за здравство, и
- Други, унапређење услова животног окружења у ромској заједници.

У 2006. години је реализовано укупно 64 пројекта кроз партнерство између домова здравља и НВО. За реализацију ових пројеката у 2006. години су утрошена средства у укупном износу од 36.312.669,00 динара, од којих је 35.071.179,00 динара обезбеђено из националног буџета и око 1.241.490,00 динара из средстава обезбеђених преко локалних НВО и спонзора.

У 2007. години реализовано је 39 пројеката кроз партнерство домова здравља и НВО за које су утрошена средства у укупном износу од 27.891.097,66 динара, од којих је 26.462.359,66 динара из националног буџета и око 1.428.738,00 динара из средстава обезбеђених преко локалних НВО и спонзора. Пројекти су преваходно усмерени на унапређење здравља и услова живота у ромским насељима, увођење ромских здравствених медијатора у систем здравствене заштите, подршку Националном савету ромске националне мањине за прикупљање података за издавање здравствених легитимација за Роме, сарадњу са цивилним сектором. Најчешће циљне групе су жене, деца и ромске породице које живе у нехиџијенским насељима. Министарство здравља Републике Србије у сарадњи са Тимом за имплементацију Стратегије започело је успостављање система за праћење и евалуацију пројеката који се реализују у оквиру Декаде Рома.

*Извор: Министарство здравља Републике Србије, Београд 2008.*

*Web-site: [www.zdravlje.sr.gov.yu](http://www.zdravlje.sr.gov.yu); Декада Рома, Водич кроз процедуру конкурса за подршку здравственим пројектима у оквиру декаде Рома, Министарство здравља Републике Србије, јул 2008.*

Средства за покривање трошкова здравствене заштите сиромашних Рома и Рома који немају стално боравиште у Србији издвајају се из буџета Републике Србије.

У буџету Републике Србије уведена је посебна буџетска линија за издвајање средстава за имплементацију Акционог плана за здравство у оквиру Декаде Рома.

*Бокс 2. Уведено програмско буџетирање за унапређење здравља Рома*

Министарство здравља (МЗ) је једино министарство које и у 2006, 2007. и 2008. години има јасно издвојена средства за имплементацију НАП-а за унапређивање положаја Рома.

*Извор: Годишњи извештај о имплементацији националних акционих планова Декаде укључења Рома за 2007. годину, ДЕКАДА РОМА, Информатор Центра за права мањина, јануар 2008.*

Вредно је поменути да је уз помоћ конкурса Министарства здравља Републике Србије, који се расписује за реализацију пројекта у области здравствене заштите Рома у 2008. години, запослено 15 ромских здравствених медијатора, који имају улогу посредника између ромске заједнице и здравственог система. Циљ увођења институције ромских медијатора је превазилажење баријера у остваривању здравствене заштите Рома. Међутим, потребно је обезбедити евалуацију пројекта који се реализују и анализирати комплементарност Акционог плана и реализованих пројеката. У наставку ћемо навести неколико примера успешно реализованих пројеката (Бокс 3 и 4).

*Бокс 3. Пројекат Унапређење здравља младих Рома, Дом здравља Вождовац и ромска НВО „Оаза“*

Пројекат **Унапређење здравља младих Рома** такође је реализован у оквиру конкурсом изабраних пројеката које одобрава Министарство здравља у циљу имплементације Акционог плана за Роме. Овај пројекат се спроводио у партнерству Дома здравља са општинe Вождовац у Београду и ромске НВО „Оаза“ у периоду од октобра 2006. до септембра 2007. године, а у пројектне активности су се укључили здравствени радници, ромски координатори, координатор пројекта из Дома здравља и представници Саветовалишта за младе. Циљна група којој су биле намењене активности овог пројекта су деца и млади старости од 10 до 18 година. Циљ овог пројекта је био да се млади Роми, углавном житељи нехигијенских насеља општине Вождовац, кроз радионице и едукативне семинаре упознају са значајем очувања здравља, као и да се разбију баријере које постоје између медицинског особља и ромске популације. За учешће у пројектним активностима се пријавило 220 младих Рома, али како је пројекат одмицао није постигнут потпун обухват пријављене деце. Скор овог пројекта је обилазак 37 породица у насељима у којима обитава 151 дете и 12 излазака у насеља. Приликом обилазака деце утврђено је да сва деца имају здравствене књижице, осим једне девојчице која се пријављивала на евиденцију незапослених, и да су редовно вакцинисана. Радионице за младе су организоване на два места, за децу која похађају наставу, у школама, а за оне који нису полазници школа, у Саветовалиштима за младе. Тематика којом су се бавиле радионице су лична и општа хигијена, исхрана, лично и опште здравље, репродуктивно здравље, планирање породице, болести зависности и насиље. Да би се постигли већи ефекти едукације, тј. да би се привукао већи број учесника, организована је по једна мешовита радионица у свим основним школама на територији општине Вождовац.

*Извор: Министарство здравља, Извештаји о пројектима за унапређење здравља Рома у 2007. години: Декада инклузије Рома 2005–2015, Извештај Дома здравља Вождовац и НВО „Оаза“, октобар 2007.*

Успешна имплементација здравствене политике усмерене на побољшање здравља Рома, у делу који се односи на спровођење истраживања везаних за идентификацију стања у области здравља Рома и увођење интегрисаног информационог система, омогућила је ефикасније сагледавање потреба Рома у области здравства. Тако, истраживање показатеља о здрављу ромске деце и жена (MICS)<sup>30</sup> упућује на чињеницу да је смртност жена Ромкиња у репродуктивном добу знатно већа од просечне популације жена. Такође, забележена је и велика разлика између порођаја уз стручну помоћ, са једне стране, код Ромкиња (66,6% у 2005. години), у поређењу са женама опште популације (99%), са друге стране.

<sup>30</sup> UNICEF (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*.

*Бокс 4. Пројекат За здраву ромску жену, Дом здравља Лозница и удружење Рома „Ромска срећа“*

У оквиру конкурса Министарства здравља из 2007. године за пројекте који имају за циљ унапређење здравља Рома у Србији, а у складу са Акционим планом здравља из Декаде Рома 2005–2015, издавамо пројекат **За здраву ромску жену** који су реализовали Дом здравља из Лознице и Удружење Рома „Ромска срећа“, Јошева. То је шестомесечни пројекат који се реализовао у првој половини 2008. године. Активности овог пројекта су биле веома конкретне и усмерене ка већем обухвату Ромкиња гинеколошким прегледима, вршењу неопходних лабораторијских анализа и упућивању на болничко лечење и ка предузимању операционих захвата у случајевима где је то било потребно. Затим, активности су биле усмерене и ка изради социјалних карти за ромске жене које су учествовале у пројекту, ка спровођењу индивидуалног здравствено-васпитног рада са ромским женама и организовању радионица ради спровођења групног здравствено-васпитног рада уз поделу едукативног материјала и медијску промоцију здравља ромских жена, као и ка утврђивању терапија за жене код којих су извршени прегледи. Обухват Ромкиња овим пројектом је био већи од планираног за 13%. Наиме, уместо 100, прегледима је било обухваћено 113 жена узраста од 15 до 76 година, а здравствене услуге су подразумевале преглед жена ради раног откривања рака грлића материце и рака дојке и планирања породице. За ове жене израђена је и социјална карта и формирана база података која садржи елементе образовања, старосну структуру, породични статус и услове живота, а на овако самоизабраном узорку утврђено је да 24,8% жена не поседује здравствену књижицу, док разлози за немање здравствене књижице нису утврђивани. У оквиру едукативних активности, за време трајања пројекта одржано је 14 радионица на којима су се жене информисале о факторима ризика који доприносе развоју малигних болести, нарочито репродуктивних органа, о томе како се превенцијом може спречити развој карцинома материце и рака дојке, и како препознати симптоме ових болести, као и о значају мера контрацепције.

*Извор: Министарство здравља, Извештаји о пројектима за унапређење здравља Рома у 2007. години: Декада инклузије Рома 2005–2015, Извештај Дома здравља Лозница и Удружења Рома „Ромска срећа“, јун 2008.*

Законима из области здравства је обезбеђена здравствена заштита социјално угрожених лица са ниским приходима. Према подацима Анкете о животном стандарду, у 2007. години око половине Рома (49,2%) је имало приходе испод националне линије сиромаштва обрачунате по еквивалентној јединици.<sup>31</sup> У Србији су изузетно неповољни услови живота Рома који живе у нехигијенским насељима у градовима.

*Бокс 5. Како утврдити својство осигураника лицу ромске националности из члана 22. став 1. тачка 11, Закона о здравственом осигурању Републике Србије – Инструкција Министарства здравља филијалама за здравствено осигурање*

Чланом 22. став 1. тачка 11, лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици, Законом о здравственом осигурању прописано је да се осигураницима, у смислу овог Закона, сматрају лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из чл. 17 Закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника.

<sup>31</sup> Анкета о животном стандарду 2007. Републички завод за статистику Републике Србије.

Под лицима напред наведене тачке 11 сматрају се грађани Републике Србије, а то су уједно и држављани Републике Србије. Наиме, на основу члана 22. став 1. тачка 11, Закона, страни држављани који као Роми прелазе преко територије Републике Србије или се задржавају у Републици Србији, не могу остварити права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом о здравственом осигурању, односно не могу остварити право на здравствену заштиту у складу са чланом 11. став 1. тачка 11, Закона о здравственој заштити.

Лица ромске националности, која су уједно и страни држављани, остварују здравствену заштиту у складу са чл. 238. до 242. Закона о здравственој заштити.

Лица ромске националности која су грађани Републике Србије, односно држављани Републике Србије, морају поднети доказе за утврђивање својства осигураника, односно за остваривање права на здравствену заштиту. Као доказ могу се приложити лична документа која поседују та лица (лична карта, извод из матичне књиге рођених, доказ о држављанству и др.). Поред тога, као доказ може се узети и изјава тог лица да је ромске националности, уз прибављање (па и службеним путем од стране надлежне филијале) других доказа који се воде код надлежних органа о статусу грађана Републике Србије.

Ова лица се сама пријављују надлежној филијали за остваривање права из обавезног здравственог осигурања (филијали на чијем подручју имају боравиште, односно пребивалиште). Уколико ова лица не изврше претходну одјаву из једне филијале здравственог осигурања, а поднесу пријаву на здравствено осигурање (односно затраже издавање здравствене исправе) у другој филијали, филијала здравственог осигурања, којој су се ова лица обратила, може службеним путем, у непосредном контакту са напред наведеном филијалом, доставити одјаву са здравственог осигурања претходној филијали.

Како се члан 22. Закона о здравственом осигурању примењује од 01. јануара 2007. године, ова лица су у току 2006. године могла остваривати право на здравствену заштиту сходно члану 11. став 1. тачка 11, Закона о здравственој заштити.

*Извор: Центар за права мањина, Декада Рома: Информатор Центра за права мањина, бр. 4, стр. 13, април 2006.*

Министарство здравља Републике Србије спроводи два национална програма уз подршку *Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије*, од којих се један тиче контроле туберкулозе, а други заштите од ХИВ-а/сиде. Програмима су обухваћене високо ризичне популационе групе, укључујући и ромску популацију.

#### **Бокс 6. Контрола туберкулозе у Србији**

Министарство здравља Републике Србије уз финансијску подршку *Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије* реализује национални пројекат „**Контрола туберкулозе у Србији кроз спровођење стратегије за директно опсервирање терапије и обухват ризичних популација**“. Пројекат се реализује у петогодишњем периоду, од децембра 2004. до новембра 2009. године, уз подршку гранта од 4.087.979 USD. Циљ пројекта је трострук: оснаживање система здравствене заштите за контролу туберкулозе, стопроцентна имплементација директно опсервиране терапије на територији целе Србије (ДОТС), побољшање контроле туберкулозе код високо ризичних популацијских група и превенција код појаве случајева резистентних на лекове. Од овог пројекта се очекује и да допринесе смањењу инциденције обољевања од туберкулозе у Србији са 36,8 на 25 новооболелих на 100.000 становника годишње.

Међу ризичним групама које су обухваћене програмом контроле туберкулозе, поред избе-



глих и интерно расељених лица са смештајем у избегличким камповима, као и лица смештених у установама за ментално оболеле, обухваћена је и ромска популација која живи у изолованим сламовима. Програмом контроле туберкулозе било је обухваћено 181 ромско насеље. Министарство здравља је Црвеном крсту Србије поверило активности процене потреба заштите од туберкулозе високо ризичних група, укључујући и ромску популацију (прегледано 13.644 житеља сламова), утврђивање броја оболелих (само 1 оболели) у опсервираним сламовима ради упућивања на даље праћење (338), као и организовање едукативних семинара за ромску популацију о превентивној здравственој заштити од туберкулозе (7.031 плус 12.843). Едукативни семинари и упућивање симптоматичних случајева у диспанзере ради даљег испитивања од 2008. године спадају у редовне активности Црвеног крста Србије.

Посебну циљну групу за тестирање осетљивости на туберкулозу чинила су ромска деца старости до 14 година која живе у ромским насељима. Након спроведених тестова на узорку од 7.999 ромске деце утврђено је да је око 4% деце подложно инфекцији туберкулозом, што је изједначено са укупном популацијом деце исте старосне доби. Овим је потврђен прилично добар обухват ромске деце која живе у ромским насељима имунизацијом, што је резултат вакцинације ромске деце која су рођена у породилишту, али и напора мобилних тимова медицинског особља који обилазе нека ромска насеља.

*Извор: Министарство здравља, Пројекат: Контрола туберкулозе у Србији кроз спровођење стратегије директно опсервиране терапије и обухват ризичних популација: [www.tbc.zdravlje.sr.gov.yu](http://www.tbc.zdravlje.sr.gov.yu)  
Годишњи извештаји за 2006. и 2007. годину.*

Након доношења Националне стратегије за борбу против ХИВ-а/сиде, Министарство здравља Републике Србије покренуло је истраживања о ХИВ-у/сиди код младих Рома, како би се идентификовала стварна ситуација у овој области, ради предузимања превентивних мера заштите од инфекције. Истраживање је спроведено путем анкетирања младих Рома у Београду и Врању.<sup>32</sup>

Остваривањем партнерских односа између градских, односно локалних власти и невладиног сектора, чине се покушаји да се проблеми здравља Рома решавају на најпогоднији начин.

#### *Бокс 7. Пројекат Заједнички развој заједнице, Црвени крст Србије*

Реализацијом пројекта „Заједнички развој заједнице“ Црвени крст Србије, угроженим групама становништва, међу којима су и Роми, пружа помоћ кроз њихово активно укључивање, било да је реч о фази обуке, о фази одлучивања, или о фази имплементације одређене активности. Како се наводи у извештају о имплементацији овог пројекта „основни циљ је да применом учесничког приступа угрожено становништво заједно са важним чиниоцима своје локалне заједнице дефинише и успостави механизме за одрживи развој и побољшање услова живота“. Црвени крст Србије овај пројекат реализује у 12 својих организација од априла 2002. године, а након предвиђених обука, у оквиру којих су формиран тимови за процену угрожености становништва локалне заједнице, организације Црвеног крста су водиле формиране тимове и реализовале програм у којем је укупно учествовало 2.330 Рома.

*Извор: Црвени крст Србије (2008),  
Извештај о реализацији пројекта Заједнички развој заједнице.*

<sup>32</sup> Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом.*

Када се посматрају показатељи здравственог стања Рома, нарочито оних који живе у ромским насељима, уочавају се неприхватљиве разлике које захтевају циљано фокусиране активности, упоредо са реформама општег типа.<sup>33</sup>

*Бокс 8. Промоција здравља Рома житеља нехигијенског насеља Јабучки рит „Сачувајмо здравље становника палилулске леве обале Дунава“*

Центар за превентивне здравствене услуге Дома здравља „Палилула“ је уз помоћ мобилне јединице за превенцију организовао промоцију здравља Рома који живе у нехигијенском насељу Јабучки рит. Активност коју је спровео овај центар, одвијала се под слоганом „Сачувајмо здравље становника палилулске леве обале Дунава“, а намењена је становницима овог насеља које броји око 120 Рома. Акцију су подржали Црвени крст општине Палилула, саветник за националне мањине и Центар за социјални рад у општини. Ова активност је свакако заслужила пажњу и оправдано се нашла у Информатору Центра за права мањина о имплементацији циљева из Декаде Рома. Посебно истичемо и сврху која се овом активношћу настојала остварити: „вакцинација, унапређење здравља оболелих од хроничних опструктивних болести плућа (ХОБП), информисање о начину остваривања права на социјалну помоћ и здравствену заштиту, унапређење оралног здравља деце, унапређење здравља одраслих становника, регистрација и прецизна евиденција здравствених проблема Рома“ који живе на територији ове општине.

*Извор: Центар за права мањина, Декада Рома: Информатор Центра за права мањина, бр. 5, стр. 23, август 2006.*

На основу претходно изложеног, као и бројних консултованих истраживачких студија и званичних докумената, може се констатовати да је Министарство здравља Републике Србије у сарадњи са свим надлежним локалним здравственим установама, ромским невладиним организацијама и невладиним организацијама које се баве проблемима здравља Рома, предузимало низ активности ради ефективне имплементације усвојених здравствених политика и законске регулативе у циљу повећања доступности здравствених услуга Ромима у Србији, а ради укупног побољшања њиховог здравственог стања. Међутим, недостаје систем евиденције који би обезбедио базе података за континуирано праћење остваривања усвојених здравствених политика и оцену утврђених циљева и приоритета за стварање услова ради обезбеђивања веће приступачности здравствених услуга Ромима, а који би био доступан свим заинтересованим институцијама, истраживачима и широј јавности. Стога је неопходно да се обезбеди повезаност постојећих информационих система у здравственим установама са Републичким заводом за статистику, као и да се омогући развој информационих система у здравственим установама тамо где не постоје, који би се, такође, повезали са Републичким заводом за статистику.

<sup>33</sup> Влада Републике Србије, *Други извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији*, август 2007, стр. 101.



## 5. УТИЦАЈ ИМПЛЕМЕНТИРАНИХ ПОЛИТИКА НА ПРИСТУП ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ РОМА

Анализа утицаја политика – циљева, мера и активности<sup>34</sup> – усмерених ка унапређењу приступа здравственој заштити Рома резултат је настојања да се изврши преглед свих политика и да се установе домети њиховог деловања у периоду од 2003. до 2007. године. У посматраном периоду, усвојене и имплементирани политике су могле да имају ефекте кроз побољшање здравствене заштите и унапређење здравља Рома. У процени утицаја здравствених политика праћене су и анализирани промене у квантитативним показатељима, односно индикаторима стања, али је урађена и анализа ефикасности (*Cost-Benefit* анализа) улагања у програме који преваходно таргетирају децу и младе Роме. Целокупну анализу утицаја политика на приступ здравственој заштити Рома поткрепили смо и квалитативним оценама, тј. ставовима учесника у процесу спровођења тих политика, али и ставовима независних експерата и представника ромских удружења и организација који су корисници бенефита ових политика. Списак питања која смо користили у интервјуима, као и листу од 23 учесника у разговорима, дали смо у прилогу истраживања (Анекси 3 и 4). Законодавни оквир који представља основ за остваривање права Рома на здравствену заштиту, а чије смо ефекте такође сагледавали, дат је у Анексу 1.

### 5.1. Утицај имплементираних политика

Пре процене утицаја имплементираних политика на приступ ромске популације здравственој заштити, треба указати на то да су одређени квантитативни показатељи мерења утицаја политика одраз субјективних ставова и перцепција припадника ромске националне мањине који су учествовали у репрезентативним истраживањима, а на основу којих су прикупљени подаци од националног значаја (РЗС, 2008; УНИЦЕФ, 2007). Објашњење утицаја политика на приступ здравственој заштити Рома ћемо дати само кроз смер деловања одређене политике – позитивна или негативна промена – без тумачења распона и обима утврђене промене. Такође, при тумачењу утицаја здравствених политика, треба имати у виду да се очекивани резултати од примене свих политика крећу од побољшања општег здравственог стања ромске популације до смањења неједнакости у приступу здравственој заштити Рома у односу на укупну популацију.

Треба нагласити и то да се на националном нивоу не располаже завидним скупом података о ромској популацији у Србији, пре свега и због тога што је величина те субпопулације потцењена и што одређени број Рома нема формалан статус држављана Републике Србије (Антић, 2005, 2006). Подаци Пописа из 2002. године показују да у Србији живи 108.193 Рома, али процене, пак, показују да је тај број далеко већи и да се креће између 400.000 и 500.000 (Антић, 2006). Основни извори података за процену утицаја здравствених политика на здравље ромске популације ће бити Анкета о животном стандарду (РЗС, 2008), низ здравствених показатеља о деци и женама из MICS 2005 истраживања (УНИЦЕФ, 2007), резултати истраживања о социјалној угрожености Рома, избеглица и интерно расељених лица које је спровео UNDP (UNDP, 2007) и подаци Министарства здравља о реализованим програмима и пројектима у оквиру Декаде Рома.

Број учесника обухваћених различитим пројектима у оквиру Декаде Рома је скоро дуплиран између 2006. и 2007. године, при чему треба имати у виду да је једно лице могло да буде обухваћено третманом у неколико активности истовремено (Табела 3). Међутим, ефекте спроведених мера преточених у реализацију пројектних активности на локалном нивоу је веома тешко оценити и предвидети без постојања упоредивих података о здравственом стању најугроженијих делова становништва. Последњи резултати MICS истраживања се односе на 2005. годину<sup>35</sup>, а то је година која представља средишњу тачку посматрања утицаја здравствених политика, тако да је до следећег истраживања и прикупљања релевантних статистичких показатеља о укупној ромској популацији, као и о социјално угроженим Ромима који живе у неформалним ромским насељима у не-

<sup>34</sup> Тим Потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва и ЦЛДС (2008), База усвојених политика и мера Владе Републике Србије 2003–2007: [http://www.prsp.sr.gov.yu/baza\\_usv\\_mera.jsp](http://www.prsp.sr.gov.yu/baza_usv_mera.jsp)

<sup>35</sup> База статистичких података DevInfo Републичког завода за статистику, у делу који се односи на виталне статистике ромске популације, такође је ажурирана закључно са 2005. годином.

повољним санитарним и хигијенским условима, тешко оценити и предвидети у ком правцу су се мењале вредности индикатора (ово се посебно односи на смртност деце, имунизацију, здравље жена у репродуктивном периоду и томе слично).

При остваривању права на здравствену заштиту, Роми се најчешће сусрећу са проблемом немања личних докумената и непознавањем основа по којем се остварује право на здравствену заштиту. О овоме говоре искуства интервјуисаних здравствених радника, али о томе сведоче и експертске оцене и ставови самих представника ромске популације у Србији. Велики број Рома, нарочито расељених са Косова и Метохије, није уписан у матичне књиге грађана Републике Србије, те им то ствара проблеме код издавања личних докумената.<sup>36</sup> Надаље, њихови проблеми настају и због немогућности комуникације због непознавања језика, што често може бити узрок баријерама у приступу здравственој заштити и разним другим видовима дискриминације. Стога, активности као што је запошљавање 15 ромских медијатора на посредовању између здравствених установа и ромске заједнице, схватање улоге ромских удружења као медијатора у здравству и информисању ромске заједнице, затим спровођење кампање „мој лекар“, имунизација деце и посете здравствених служби ромским насељима, допунска здравствена заштита Рома кроз имплементацију пројеката Декаде Рома које спроводи Министарство здравља, ипак показују да све мере, које се чине на укључивању Рома у систем здравствене заштите треба да допринесу, не само побољшању здравствене слике ове популацијске групе и одстрањивању стигматизације и промене перцепција о припадницима ромске националне мањине у локалној заједници већ и едуковању Рома о прихватању одређених норми које са собом носи формална припадност датог друштвеној средини.

Најчешћи облици повреде права Рома када је реч о праву на здравствену заштиту, како су показале студије случаја у Београду и Новом Саду, су неодрживање лекара на тражену помоћ Ромкиња породилја и недолазак хитне помоћи по позиву, сусретање са дискриминацијом при посетама здравственим центрима, стигматизам, повреде људских права и вређање на националној основи, наплаћивање порођаја Ромкињама које нису поседовале здравствену књижицу, неверовање лекарског упута за интерно расељена лица са Косова и Метохије која нису поседовала здравствену књижицу или потврду о праву на остваривање здравствене заштите за интерно расељена лица и сл. (Антић, 2005; Јовановић, 2005). Према мишљењу интервјуисаних представника ромских удружења, здравствених радника и креатора здравствених политика, повреда права Рома може најчешће да се јави услед дискриминације по основу националне припадности и социјалног статуса. Овакви примери из праксе су резултат неупућености и немарности ромске популације када је реч о нужности поседовања здравствених књижица у сврху остваривања права на здравствену заштиту у јавним здравственим службама, с једне стране, али и ригидности појединих представника здравствених служби када су у питању пацијенти ромске националности, с друге стране. Дobar пут да се део оваквих проблема превазиђе обезбеђен је тиме што Министарство здравља, кроз успостављање партнерстава здравствених установа и ромских невладиних организација, ради на едукацији ромске популације и на промоцији здравља, као и на превазилажењу баријера између корисника здравствених услуга и медицинског особља и отклањању дискриминације. Други извор ових проблема би могао да се реши кроз законски основ за пријаву пребивалишта.

Ефикасност здравствених политика, усмерених ка побољшању доступности здравствене заштите Ромима, оцењена је просечном оценом, према мишљењу већине интервјуисаних саговорника. Наиме, највишим правним актом Републике Србије и законима у области здравствене заштите грађана, право на здравствену заштиту је обезбеђено свима, без обзира на верску и етничку припадност. Да би се остварило право на здравствену заштиту у јавним здравственим службама, корисник тог права мора поседовати здравствену књижицу као доказ о основу здравственог осигурања. Уколико право на здравствено осигурање није могуће остварити по другом основу, а услед тога што су Роми препознати као осетљива група, чији припадници веома често имају проблеме са пребивалиштем и боравишним пријавама на територији Републике Србије, дата им је могућност да се изјасне о припадности ромској националности или да уз помоћ сведока обезбеде доказ о пребивалишту или да приложе одговарајуће документе, како би према Закону о здравственом осигурању остварили право на здравствено осигурање. Дакле, Законом о здравственом осигурању, у оквиру члана 22, став 1, тач-

<sup>36</sup> Указујући на проблеме социјално угрожених Рома, Антић (2006) у ову популацију Рома сврстава четири подгрупе: интерно расељена лица са Косова и Метохије, лица која живе у нелегалним насељима, лица рођена на територији бивших југословенских република и лица повратници у процесу реадмисије.

ка 11, предвиђено је да социјално угрожена лица ромске националности, која по другом основу не могу да остваре право на здравствено осигурање, исто право остварују давањем изјаве о припадности ромској националности. Овим законским решењем је омогућено свим Ромима, који немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији, боље таргетирање мерама здравствене заштите.

Ромске невладине организације и удружења грађана као учесници у реализацији пројеката Декаде Рома имају веома позитивна искуства, а посебно уколико су били укључени у неколико узастопних пројеката. Наиме, дужи временски период реализације пројеката, код највећег броја циљних група које су овим пројектима таргетиране, довео је до стицања навике редовне контроле здравља. Ова искуства деле и координатори пројеката у здравственим установама који имплементирају здравствене политике на локалном нивоу, додајући томе улогу и значај децентрализоване здравственог система и користи које би од децентрализоване имало локално становништво. Међутим, међу експертима има и мишљења да, када је реч о најсиромашнијем делу ромске популације, програми и пројекти који се реализују у циљу унапређења здравствене заштите Рома имају тренутно веома слаб утицај због малог обухвата ромске популације, а такође се јавља и јаз између правних норми и њихове примене у пракси, као што је већ елаборирано кроз студију.

Према подацима Министарства здравља, а на основу евиденције Републичког завода за здравствено осигурање, у јуну 2008. године, по основу члана 22. Закона о здравственом осигурању, било је пријављено 2.174 осигураника ромске националности. Укупан број осигураника код Републичког завода за здравствено осигурање који су по основу члана 22. стекли право на здравствено осигурање и за које ће бити обезбеђена средства у републичком буџету за наредну годину износи 1.167.601 лице. Имајући у виду чињеницу да је примена ове одредбе Закона о здравственом осигурању на снази од првог јануара 2007. године, затим динамику остварења права на здравствено осигурање, као и проценат ромске популације у Србији који нема здравствену књижицу (17%, АЖС 2008), можемо закључити да ће бити потребно неколико година да сва она лица ромске националности која желе да остваре право за здравствену заштиту то заиста и учине.

Но и поред тога, на основу разговора са учесницима у интервјуима, долази се до општег закључка да је утицај здравствених политика на здравствено стање укупне популације у Србији позитиван.

Табела 5: Промене у утицају имплементираних политика на приступ здравственој заштити Рома у Србији

ПОТЕНЦИЈАЛНИ УТИЦАЈ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ НА:	Промена (+/-) <sup>1</sup>
<b>I. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ РОМСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ</b>	
Субјективна процена здравственог стања	+
Спознаја о преносивости ХИВ-а са мајке на дете	+
Процент оболелих од хроничних болести	-
Стопа смртности новорођенчади	+
Стопа смртности деце до 5 година старости	+
Процент деце са пнеумонијом	n/a <sup>2</sup>
Процент трудница под медицинским надзором	n/a <sup>2</sup>
Процент младих Ромкиња које ступају у брак пре 15-те године живота	n/a <sup>2</sup>

<b>II. ПРИСТУП ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ</b>	
Обухват лица здравственим осигурањем	+
Обухват деце имунизацијом – примљене све препоручене вакцине	+
VCG вакцинација деце	+
Процент корисника здравствених услуга	+
Редовни примаоци терапије за хроничне болести	+
Процент корисника ванболничких услуга	+
Процент корисника болничких услуга	+
Процент корисника услуга стоматолога	-
Процент лица која су се сама лечила или су користила алтернативну медицину	-
<b>УТИЦАЈ ЕКОНОМСКИХ ФАКТОРА</b>	
Стопа сиромаштва	+
Процент издатака за здравствене услуге у укупној потрошњи ромских домаћинстава	+
Учешће јавних издатака за здравство у бруто домаћем производу	Конст.

<sup>1</sup> + означава позитивну промену, а (-) негативну промену

<sup>2</sup> податак није расположив

Извор: Прорачун аутора.

Општи закључак који се може извести на основу праћења промена у показатељима приказаним у горњој табели јесте да је утицај мера здравствене политике на доступност здравствене заштите ромској популацији у Србији позитиван. Праћењем промена у индикаторима који одражавају здравствено стање ромске популације, дато кроз анализу података у трећем делу ове студије, може се сагледати правац деловања предузетих политика на здравље Рома. Здравствено стање Рома, а посебно најугроженијих делова ове популације, благо се опоравља чиме се иде у сусрет остваривању Миленијумских циљева развоја. Изузетак је пораст броја оболелих од хроничних болести, што је такође и тенденција која је својствена укупној популацији у Србији.

Приступ здравственој заштити се поправља, тако да се умереном динамиком остварује стратешки циљ којим се жели постићи смањење неједнакости у доступности примарне здравствене заштите социјално најугроженијим деловима становништва. Порастом броја хроничних обољења учесталије су и посете здравственим службама и болницама, не само укупне већ и ромске популације. Међутим, денталном здрављу деце и одраслих, посвећује се све мања пажња у ромској популацији, тако да је број одлазака код зубара у негативној корелацији са ценама стоматолошких услуга. Здравствене политике или економски услови могу се индиректно одразити и на пораст броја корисника алтернативне медицине или оних који се ослањају на „кућну медицину“. Не постоји само један узрок за овакву појаву, али једно од могућих објашњења сигурно лежи у неједнакости у доступности здравствених услуга. У сваком случају, мере здравствене политике треба усмерити ка сузбијању ове појаве, пошто је карактеристична за ромску, али и за укупну популацију.

Такође, желимо указати и на одређене проблеме које узрокују културолошке и демографске разлике. Представници ромских удружења и имплементатори локалних здравствених политика сматрају да постигнућа здравствених политика у одређеним случајевима могу бити умањена услед разлика које постоје и које су дубоко укоренење у традицији Рома. Желело се указати на разлике које су потврђене спровођењем родно осетљивих анализа<sup>37</sup>, а које показују да неравноправност полова – у смислу неравноправно распоређене моћи између мушкараца и жена – нарочито изражене у ромској популацији, има утицај на живот, здравље и добробит људи. При томе, ромске жене су посебно угрожене, јер трпе терет двоструке дискриминације – по расној и по родној основи – па им је здравствена заштита мање доступна. Ромска жена веома често нема право гласа, будући да мушкарац одлучује о њеном животу, о броју деце, о абортусима, одласку код лекара, контрацепцији, школовању и томе слично.

Потенцијални утицај економских фактора на здравље становништва, нарочито међу сиромашнима, јесте висок. Ромска домаћинства издвајају мање за здравствене услуге од просека, али и далеко мање уколико бисмо узели у обзир да ромско домаћинство броји дупло већи број чланова од просечног домаћинства у Србији. И на крају, треба нагласити да доступност примарне здравствене заштите најсиромашнијим слојевима становништва зависи од пропорције јавних издатака за здравство према бруто домаћем производу. Ови издаци се не мењају у релативном изразу већ дужи време и крећу се на нивоу од око 7% бруто домаћег производа.

Утицај који на здравље ромске популације производи примена националних програма контроле туберкулозе и ХИВ-а/сиде могуће је сагледати кроз годишње извештаје о њиховој реализацији. При томе треба истаћи да у првим годинама имплементације програма заштите од ХИВ-а/сиде нису приређивани извештаји који би дали преглед спроведених активности и остварене ефекте у односу на таргетиране циљеве. Први свеобухватни извештај о спровођењу овог програма расположив је тек ове године<sup>38</sup>, а поред информација о спроведеним кампањама међу циљним групама о заштити од ХИВ-а/сиде, о едукацијама становништва, о успостављању партнерских односа међу кључним организацијама у борби против ХИВ-а/сиде, садржи и део истраживања о младим Ромима. Они су као једна од седам осетљивих група, посебно таргетирани кроз истраживање које је спроведено у Београду и Врању, а које је показало да је 3,9% испитаника у Београду и 11,6% младих Рома у Врању боловало од полно преносивих инфекција, укључујући и ХИВ/сиду.<sup>39</sup> УНИЦЕФ-ова студија, која уједно представља прву и једину економску евалуацију ефеката имплементације превентивних мера код преноса ХИВ-а/сиде са мајке на дете, потврдила је економску исплативост имплементације таргетиране здравствене политике. Резултати економске анализе су потврдили да дијагностиковањем једне ХИВ позитивне труднице уштеда државе по основу старања о деци износи између 34.977 EUR и 39.881 EUR, у зависности од тога да ли се процењује минималан или максималан број трудница, при чему се добија и 25,3 година децијих живота.<sup>40</sup>

Ефекти имплементације програма заштите од туберкулозе, већ у првим годинама реализације пројектних активности, указивали су на смањење инциденције обољевања од туберкулозе. На основу података о броју новооболелих у укупној популацији на 100.000 становника, уочава се да се број новооболелих смањивао брже у периоду од 2004. до 2006. (са 35 на 29 новооболелих годишње на 100.000 становника), него у периоду од 2002. до 2004. године (од 38 на 35 новооболелих на 100.000 становника).<sup>41</sup> Нажалост, подацима за оболеле међу ромском популацијом се не располаже, тако да не можемо са сигурношћу закључити да ли је и колики пад новооболелих остварен, тј. да ли су пројектне активности (едукације ромског становништва и откривање случајева оболелих од туберкулозе у ромским насељима и њихово упућивање на даље лечење) утицале на пад инциденције обољевања од туберкулозе ромске популације. Свакако треба нагласити да је повећан обухват Рома код којих је тестирано присуство болести са планираних 11.500 на 13.644.

---

<sup>37</sup> Асоцијација за женску иницијативу (2006), *Родни Барометар: друштвени положај и квалитет живота жена и мушкараца у Србији, Сажетак истраживања*, <http://www.awin.org.yu/images/pdf/RodniBarometar.pdf>.

<sup>38</sup> Ministry of Health of the Republic of Serbia (2008), *Annual Report: Scaling up the National HIV/AIDS Response by Decentralizing the Delivery of Key Services*, September 2008.

<sup>39</sup> Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом*, стр. 143.

<sup>40</sup> UNICEF (2004), *Процена исплативости програма превенције преношења ХИВ инфекције са мајке на дете*, стр. 16.

<sup>41</sup> Министарство здравља, *Пројекат: Контрола туберкулозе у Србији кроз спровођење стратегије директно опсервиране терапије и обухват ризичних популација*, Годишњи извештај за 2007. годину, март 2008.



Међутим, када је у питању партиципативност представника ромске популације у спровођењу програма који посебно таргетирају ову циљну групу, потребно је обезбедити бољу координацију између званичних тела и ромских удружења. Овакве ставове можемо поткрепити и закључцима извештаја о активностима *Глобалног фонда* на плану подршке програмима контроле туберкулозе и ХИВ-а/сиде у земљама потписницама Декаде Рома. Наиме, у извештају се наводи да су цивилни сектор и ромске невладине организације остале слабо заступљене у реализовању активности тих програма у Србији.<sup>42</sup>

## 5.2. Оцена утицаја улагања у програме за побољшање здравља ромске деце и младих

*Cost-Benefit* анализа је веома погодан метод за мерење утицаја здравствених политика и законске регулативе на побољшање здравља Рома. Међутим, примена *Cost-Benefit* анализе у Србији у овој области је данас веома отежана због тога што се не располаже потребним подацима, како за идентификацију укупних трошкова, тако и за оцену бенефита који су резултат улагања. Пре свега, здравствене политике усмерене на повећање укључености Рома у здравствени систем у циљу побољшања њиховог здравља и укупних услова живота су, као што смо раније истакли, дефинисане у неколико планских докумената. Али, планиране активности везане за имплементацију тих стратешких докумената не финансирају се из буџета, што отежава праћење њихове имплементације са становишта уложених средстава и остварених ефеката. Уз то, државни буџети (национални и локални) нису у потребној мери транспарентни, јер су буџетске линије за појединачне програме невидљиве, тј. у Закону о буџету се утврђују обједињење буџетске линије које садрже средства за више намена. То онемогућава идентификацију буџетских улагања по свим основама у побољшање здравља Рома (исто се односи и на укупну популацију). Изузетак чини увођење посебне буџетске линије „Имплементација плана о здравственој заштити Рома“, што је велики напредак у праћењу издвајања средстава из државног буџета у ове сврхе. Међутим, не располаже се подацима о укупним улагањима у побољшање здравља Рома преко невладиних организација које подржавају и учествују у имплементацији појединих здравствених програма у оквиру **Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године** из Декаде Рома.

Министарство здравља Републике Србије је учинило напоре да у приличној мери идентификује улагања за реализацију пројеката везаних за имплементацију Акционог плана здравства у оквиру Декаде Рома за 2006. и 2007. годину.<sup>43</sup> Наиме, идентификована су укупна утрошена буџетска средства, док су подаци о улагањима преко невладиних организација непотпуни, односно Министарство здравља наводи да су идентификовани износи најмањи, те се стиче утисак да су то средства која су НВО добиле на име донација из националног и локалних буџета, а да средства која су обезбедили други донатори највероватније нису укључена у дате износе.

Табела 6: Трошкови имплементације Акционог плана здравства у оквиру Декаде Рома

Извори средстава/година	2006.	2007.	2008. (План)
Укупна средства	36.312.669	27.891.098	21.646.968
Средства из буџета Републике Србије – буџетска линија „Имплементација плана о здравственој заштити Рома“	35.071.179	26.462.360	20.000.000
Локалне НВО – по свим основама (процена)	1.241.490	1.428.738	1.646.968
% средстава обезбеђених преко НВО од средстава буџетске линије „Имплементација плана о здравственој заштити Рома“	3,54	5,40	8,23

<sup>42</sup> Open Society Institute (2007), *How the Global Fund Can Improve Roma Health: An assessment of HIV and TBC programs in Bulgaria, Macedonia, Romania and Serbia*, стр. 25.

<sup>43</sup> Декада Рома, *Водич кроз процедуру конкурса за подршку здравственим пројектима у оквиру Декаде Рома*, Министарство здравља Републике Србије, јул 2008, стр. 9.

У 2007. у односу на претходну годину, забележено је смањење средстава из буџета Републике Србије која су утрошена за финансирање активности у процесу имплементације Акционог плана здравства у оквиру Декаде Рома. На основу обављених разговора дошли смо до сазнања да је смањење буџетских средстава резултат чињенице да одобрена средства (која су била знатно већа од утрошених) у првој години имплементације АП нису била утрошена и да је у републичком буџету за наредну годину било планирано мање средстава. Вероватно је из истих разлога планирано још мање средстава у републичком буџету за 2008. у поређењу са претходном годином. Ово упућује на потребу повећања ефикасности процеса имплементације **Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године** у оквиру Декаде Рома. Томе је допринио незадовољавајући квалитет предлога пројеката. Због тога је Министарство здравља организовало радионице о писању пројеката. Министарство здравља, у сарадњи са Тимом за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва, публиковало је средином 2008. године Водич у коме су објашњене процедуре које прате конкурсе за подршку здравственим пројектима у оквиру Декаде Рома.

Структура реализованих програма по областима које су, у суштини, у вези са утврђеним стратешким циљевима, како у АП за здравство у оквиру Декаде Рома, тако и у Стратегији за смањење сиромаштва и другим стратегијама из области здравства, упућује да би било веома добро да се уради *Cost-Benefit* анализа за све програме, за период до 2015. године на који се овај Акциони план односи. Међутим, то би захтевало знатно више времена и рада на припреми података, нарочито за оцену користи за сваки поједини програм.

Полазећи од претходно наведеног, одлучили смо се да урадимо *Cost-Benefit* анализу за програм „Здравље деце и младих“ који се имплементира у оквиру **Акционог плана за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године**. Разлог томе је чињеница што је данас животни век Рома у Србији знатно краћи од животног века укупне популације и да је више од половине Рома у Србији млађе од 25 година. Мишљења смо да, и поред тога што су деца и млади обухваћени и другим специфичним програмима, акценат улагања треба да буде на укључивању што већег броја деце и младих у здравствени програм Декаде Рома. То би, по нашој оцени, допринело битном побољшању здравља деце и младих Рома, а самим тим имало утицај и на продужење животног века у наредним годинама укупне ромске популације која живи у Србији.

---

### 5.2.1 Оцена улагања (трошкова)

---

Један од приоритета АП за здравствену заштиту Рома су деца и млади. Стога смо се одлучили за процену улагања у програм „Здравље деце и младих“ за 2006. и 2007. годину. Процену смо извршили на основу података Министарства здравља о (1) укупним улагањима (датих у претходној табели) и о (2) обухвату броја деце и младих овим Програмом у наведеним годинама. Висину уложених средстава у овај Програм смо проценили на основу процентуалног учешћа деце и младих обухваћених овим програмом у укупном броју обухваћене популације свим имплементираним здравственим програмима из Декаде Рома. У 2006. години, обухват популације у оквиру анализираних програма је износио 1.823 учесника (22,7% од укупног броја учесника свих програма АП здравства из Декаде Рома), а у 2007. години 1.777 учесника (11,7%). Проценили смо да је у 2008. години у наведеном програму било око 1.800 учесника (просек учесника у 2006. и у 2007. години), односно 18,1%.

Примењујући израчунате процене учесника на укупна уложена средства за сваку посматрану годину, дошли смо до података да су улагања у анализираним програмима износила:

- у 2006. години 8.226.419 динара;
- у 2007. години 3.267.569 динара;
- у 2008. години 3.929.468 динара.

Процена номиналних улагања за период од 2009. до 2015. године, по годинама, извршена је на основу података о:

- пројектованом реалном расту бруто домаћег производа у посматраном периоду. За обрачун су коришћени званични подаци из „Меморандума о буџету и економској и фискалној политици за 2009. годину са пројекцијама за 2010. и 2011. годину“<sup>44</sup>, као и пројекције из развојних националних стратегија

---

<sup>44</sup> Министарство финансија Републике Србије, Београд, мај 2008. године.

које је Влада усвојила. Пројектована просечна годишња стопа реалног раста бруто домаћег производа у периоду 2009–2015. године износи око 6,1%;

- пројектованој стопи инфлације, такође, из „Меморандума о буџету и економској и фискалној политици за 2009. годину са пројекцијама за 2010. и 2011. годину. Пројектована просечна годишња стопа раста инфлације у периоду 2009–2015. године износи око 4,8%;
- пројектованом броју корисника анализираних програма. Пројекције смо извршили на основу оцењених потреба укључивања ромске деце и младих у здравствени програм за децу и младе из Декаде Рома, које пак, полазе од оцене утицаја овог програма на битно побољшање здравља ромске деце и младих које би омогућило континуирано продужење животног века ромске популације која живи у Србији. С обзиром на велико заостајање у стању здравља Рома и укупне популације, оценили смо да би укључивање ромске деце и омладине у наведени здравствени програм требало да буде веома динамично, тј. да се повећава по стопи од око 20% просечно годишње, с тим што би ова динамика била спорија у прве четири године, а знатно бржа у преостале три године. Планираном динамиком у току целокупног посматраног периода било би укључено у анализирани програм, тј. прошло би кроз овај програм, нешто мање од 30.000 ромске деце и младих. Ако имамо у виду да у Србији, према последњим подацима званичне статистике (попис становништва из 2002. године) живи 108.000 Рома и да је 62% њих млађе од 25 година, долазимо до закључка да би укључивање што већег броја ромске деце и младих у анализирани здравствени програм, уз реализацију и програма вршњачке едукације у области здравства, могло да обезбеди значајније ефекте кроз продужење њиховог животног века тек у наредним деценијама.

Да би смо оценили колика би била потребна укупна улагања у овај програм у целокупном периоду имплементације Акционог плана за здравство из Декаде Рома, тј. у периоду од 2006. до 2015. године, извршили смо дисконтовање пројектованих номиналних улагања. Имајући у виду домаћа искуства<sup>45</sup> која су утемељена на међународним искуствима, проценили смо да би дисконтна стопа у овом случају требало да буде нешто нижа од стопе инфлације. Тако смо проценили да би дисконтна стопа на нивоу од просечно 3% годишње у посматраном периоду за Србију била реална.

Основни резултат, односно ефекат улагања у претходно наведени програм би био продужење животног века Рома у Србији. То би се одразило на правилнију демографску дистрибуцију ромске популације из чега би произашли индиректни ефекти као што су: повећање укључености у друштво, продужење радног века код запослених Рома, повећање продуктивности и благостања итд.

Србија нема базе података на основу којих би се могли квантитативно оцењивати различити ефекти улагања у здравствене програме намењене Ромима. Због тога смо се определили за квантификавање ефекта улагања у програм „Здравље деце и омладине“ из Декаде Рома, односно на оцену утицаја процењених улагања на продужење животног века Рома. При томе, неопходно је истаћи да смо били суочени са великим ограничењима у погледу недостајућих података за Роме. Стога смо били принуђени да, коришћењем расположивих података за укупну популацију и увођењем искуствених претпоставки, проценимо потребне податке за израчунавање ефекта улагања на продужење животног века Рома. Основне претпоставке су:

- укључивање у обрачун вероватноће да се доживе године очекиваног трајања живота израчунаних за Србију за укупну популацију<sup>46</sup>
- да Роми у суседним земљама имају приближно очекивано трајање живота краће за око 15 година од укупне популације<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Миросинка Динкић (1990), *Cost-Benefit анализа*, Економски институт; UNICEF (2004), *Процена исплативости програма превенције преношења ХИВ инфекције са мајке на дете*; Центар за самостални живот инвалида (2005), *Анализа оправданости улагања у организовање сервиса персоналних асистената за помоћ особама са инвалидитетом у Србији*. Health Challenge Wales (2005), Health ASERT Programme Wales: *Enhancing the Health Promotion evidence base on Minority Ethnic, Groups Refugees/Asylum seekers, and Gypsy Travellers*. Morag M. Macneil, Robert N. Stradling, Alison Clark, Sarah R. Minty (2005), *Promoting the Health and Wellbeing of Gypsy/Travellers in Highland, An Evaluation of the initiative*. European Policy, Health Impact – A Guide, ISBN 1 874038 75 9 (May 2004). Patrice Van Cleemput (2007), *Health Impact of Gypsy Sites Policy in the UK*, Cambridge University Press. Teresa Janević, *Disparities in Health in Serbia: A focus on Malnutrition in Roma Children*, Mailman School of Public Health, Columbia University.

<sup>46</sup> Таблице морталитета 2001–2003, Републички завод за статистику Србије.

<sup>47</sup> Подаци Европске комисије за Мађарску из 2002. године.

- очекивано трајање живота при рођењу за укупну популацију у Србији износи 73 године. Проценили смо да Роми у Србији имају очекивано трајање живота 58 година
- да ће у оцењивани програм бити укључивано, у периоду од 2006. до 2015. године (табела 7) просечно годишње 2.918 корисника ромске популације млађих од 24 године.

Табела 7: Оцена улагања и ефеката у програм здравља деце и омладине из Декаде Рома

Година	Учесници у програму (број)	Номинална вредност улагања (динара)	Садашња вредност улагања (динара)	Дисконтни фактор	Ефекти
2006.	1.823	8.226.419	7.754.189	94,26	1. Продужење животног века по кориснику програма годишње износи 0,18 година;  2. Укупан број добијених година живота у периоду примене програма износи 518 година
2007.	1.777	3.267.569	3.172.397	97,09	
2008.	1.800	3.929.468	3.929.468	100,00	
2009.	1.980	4.858.125	4.716.626	103,00	
2010.	2.178	5.458.467	5.145.129	106,09	
2011.	2.505	6.410.629	5.866.633	109,27	
2012.	2.880	7.101.054	5.765.806	112,55	
2013.	3.456	8.207.830	7.080.146	115,93	
2014.	4.493	9.709.863	8.131.857	119,41	
2015.	6.291	11.418.799	9.284.528	122,99	
Тотал	29.184	68.588.221	60.846.780		

Код оцене ефекта везаног за продужење животног века Рома узели смо у обзир популацију која је, према расположивим подацима Министарства здравља, укључена у овај релативно широк програм (обухвата услуге примарне здравствене заштите, стоматолошке прегледе и услуге, лабораторијске анализе, имунизацију) старости 0–24 године живота. Примена овог програма у десетогодишњем периоду подразумева продужење животног века претходно наведене популације са 58 на 63 године. Разлика између примене и непримене програма представља нето ефекат, а који се огледа у продужењу животног века корисника програма (табела 7).

Полазећи од висине почетног улагања у овај програм, оцењује се да су укупна улагања у целокупном посматраном периоду прихватљива. Са оцењеним улагањима би се постигли оцењени ефекти везани за укључивање Рома у систем здравствене заштите, а то би резултирало продужењем њиховог животног века, укључујући и све наведене индиректне ефекте који из тога произлазе.

### 5.3. Закључци

Дакле, не може се очекивати да ће значајнији ефекти спровођења активности кроз имплементацију пројеката намењених побољшању приступа здравственој заштити у оквиру Декаде Рома, бити одмах видљиви, али ће у томе помоћи њихово праћење кроз успостављање система мониторинга и евалуације утицаја мера. Како показују статистички подаци, извесно је да ће ове активности, поред осталих мера здравствене политике,

дати одређени допринос побољшању показатеља здравственог стања Рома. То се пре свега односи на смањење смртности деце и продужење животног века ромске популације (како продужење очекиваног трајања живота при рођењу, тако и трајања здравог живота), побољшање репродуктивног здравља жена, повећан обухват деце имунизацијом, смањење броја оболелих од хроничних болести и томе слично. Брига о здрављу ромских породица које живе у нехигијенским насељима постаје очигледна, будући да све већи број локалних самоуправа препознаје процену хигијенско-епидемиолошких услова у насељима у којима живе Роми као важан и приоритетан фактор заштите здравља својих грађана, као што је то и предвиђено Акционим планом заштите здравља Рома. Међутим, конкретне активности око легализације насеља у којима живе Роми и измештање картонских насеља, одвијају се још увек веома споро, како због неспремности заједнице да прихвати Рома као своје суграђане, тако и због инерције или недовољних финансијских средстава код неких локалних самоуправа. Такође, законска решења која ће довести до формализације статуса грађана ромске националности у Републици Србији и омогућити остваривање права социјално угрожених слојева становништва на здравствену заштиту, уз отклањање административних препрека њиховој бржој имплементацији, засигурно су још једна од мера која би требало да резултује смањењем неједнакости у доступности здравствене заштите лицима ромске националности. Израчунати ефекти од примене програма „Здравље деце и омладине“ у десетогодишњем периоду износе 518 добијених година по основу продужења животног века корисника програма.

## 6. ПРИСТУП УСЛУГАМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА РОМЕ – ПРИМЕРИ ДОБРЕ ПРАКСЕ У ЕУ

Процењује се да у Европи живи између осам и десет милиона Рома, односно најмање пет милиона Рома у земљама чланицама ЕУ, иако су Роми и номадско становништво присутни у готово свим земљама чланицама Савета Европе. Извештај ЕК под називом „Положај Рома у проширеној ЕУ“ описује однос према Ромима као „један од најургентнијих питања политичког и друштвеног карактера и у области људских права са којима се Европа суочава“. Ово питање спада међу три најважнија приоритета Савета Европе од 1993. године, а то су заштита мањинских права, борба против расизма и искорењивање социјалне искључености. У току 1995. године основана је Стручна радна група за питања Рома, Цигана и номадског становништва. Основни циљ ове групе јесте подстицање земаља чланица да усвоје свеобухватни приступ решавању питања Рома и номадског становништва. У оквиру ЕК основана је међусекторска група која окупља 14 разнородних одељења и чијим радом председава Одељење за запошљавање, социјална питања и једнаке могућности, које координира различите политике и програме од утицаја за питање Рома.

„Препорука Комитета министара Савета Европе о унапређењу приступа здравственој заштити за Роме и номадско становништво у Европи“ (2006) даје посебан осврт на питање здравља. Ова препорука дефинише модел који може помоћи земљама чланицама да развију одговарајуће здравствене политике за Роме и номадско становништво у складу са својим уставним структурама и законодавством, укључујући делотворан приступ услугама (недискриминација, физичка и информациона приступачност), планирање, едукација о здрављу, сексуално и репродуктивно здравље, учешће (нарочито Ромкиња) и обучавање запослених.

Године, 2005. започела је примена Декаде инклузије Рома, која првенствено укључује земље централне Европе, док је Шпанија прва земља западне Европе која је изразила жељу да се придружи декади. На врху саме агенде налази се здравствено стање Рома, са следећим циљевима:

- омогућити приступ здравственој заштити,
- побољшати ниво информација о здрављу Рома,
- повећати инклузивност здравствених система,
- побољшати здравље осељивих подзаједница, а нарочито жена и деце

*Decade Watch* – група ромских активиста – спроводи процену тока Декаде Рома и до сада је дошла до закључка да иако постоје примери добре праксе увођења приступа системских политика у већини земаља, видљиви су тек скромни конкретни резултати у овој области.

У светлу овог закључка, у овом документу шира пажња је посвећена питањима приступа здравственој заштити укључујући стратешке приступе, процену здравствених потреба и приступа, пројекте унапређења приступа услугама и побољшању здравља, образовању и информацијама. Приликом израде документа намера није била да се датим примерима пружи свеобухватна или општа процена политика.

---

### 6.1. Општи стратешки приступи

---

Као што је већ наведено, а у контексту обавеза ЕУ у погледу социјалне инклузије, многе земље, чланице ЕУ, развиле су стратешка документа којима се дефинишу политике намењене Ромима и приступу читавом низу услуга, које укључују и здравствену заштиту. Након започињања Декаде Рома, у Чешкој Републици основано је Одељење за социјалну инклузију искључених ромских заједница, које промовише партнерске односе на високом нивоу, као и иновативне и сложене политике социјалне инклузије у маргинализованим ромским подручјима. Мађарска спроводи прву фазу Националног плана развоја, кроз који су обезбеђена средства за финансирање медијатора у здравственој заштити.

Влада Шкотске предузела је вишеструки стратешки приступ који укључује спровођење истраживања о здрављу и потребама у овој области, обучавање запослених у здравству, развијање нових услуга кроз консул-

тације са ромским номадским становништвом. Национална мрежа ромског номадског становништва успоставила је акциони план који се заснива на четири кључне области:

1. проширење примене модела добре праксе на националном нивоу, односно ручно вођени здравствени картони,
2. процена националних потреба у области здравства спроведена на нивоу заједнице,
3. израда промотивних здравствених материјала у приступачним форматима, нпр. видео/ТВ,
4. запошљавање истраживача на нивоу заједница који развијају истраживање засновано на активностима.

У Републици Ирској развијена је Национална стратегија здравља номадског становништва 2003–2005, на основу извештаја Радне групе за питања номадских заједница. Стратегија наглашава важност међусекторске координације којом се решавају многи фактори који имају утицаја на здравствени статус номадског становништва. Влада Велса такође примењује вишесекторски приступ и развија стратешки оквир за пружање услуга ромском номадском становништву. Циљеви ове политике јесу да се изврши процена потреба ромског номадског становништва, планирање и примена активности на више стратешких начина. Препознавањем утицаја различитих фактора на здравље, нагласак је стављен на пружање смештаја, а за ту сврху је намењено 1,5 милиона фунти за изградњу нових објеката. Међутим, још увек постоји веома мало информација о утицају развијених политика.

## 6.2. Анализа здравственог статуса и потреба ромског становништва

Спровођење анализе потреба ромског номадског становништва једна је од кључних активности које су спровеле поједине државе ЕУ и истраживачи, укључујући Мађарску, Словачку, Ирску, Велс и Енглеску. Преглед здравља код ирског номадског становништва, који је припремио познати *Pavee Point Project* у Даблину, износи закључак да је здравље код номадског становништва знатно лошије него код других социоекономских група становништва. Ово се огледа у већем броју побачаја, мртворођенчади, смрти деце по порођају и у току детињства. У каснијем периоду живота, приметне су дуготрајне болести, лоше здравствено стање и инвалидитети. Више су присутне респираторне болести, болести срца, хронични болови и сензорне болести. Виша је и стопа анксиозности и депресије. Студија је изнела закључак да оваквом стању доприноси комплексне социоекономске одреднице, као и културни фактори.

Министарство здравља Енглеске ангажовало је Универзитет из Шефилда да спроведе анализу здравственог статуса ромског номадског становништва у Енглеској, и објавило је ову анализу 2004. године. Ова студија указала је на драстично лошији здравствени статус и израженије симптоме лошег здравственог стања него што је то случај са другим мањинама, које говоре енглески језик и живе у Уједињеном Краљевству, или што је то случај са угроженим белачким становништвом Уједињеног Краљевства. Коришћењем стандардизованих мера као здравствених индикатора, ромско номадско становништво бележи лошије здравље у односу на друго становништво истог годишта и пола. Они који ретко путују имају лошије здравље, што је случај и са женским ромским номадским становништвом. Већина примећених неједнакости, што се поклапа и са налазима ирске студије, подразумевају анксиозност, респираторне проблеме, астму, бронхитис и болове у плућима. Приметни су и велики број побачаја, мртворођенчади, смрти по порођају и преурањена смрт старије деце.

Постоје показатељи обрнуто пропорционалног односа између здравствених потреба и коришћења здравствених и других услуга, и мањег броја услуга и терапија које се користе. Примећени су и проблеми са регистрацијом код лекара опште праксе (корак између корисника и здравствених служби у Енглеској) и одсуство шире комуникације између здравствених радника и ромског номадског становништва, уз одбрамбено очекивање расизма и предрасуда. Приметне су препреке приступа здравственој заштити, укључујући недостатак воље да се региструје или посети ромско номадско становништво, практичне проблеме приступа при путовању и неусклађена очекивања и ставови. Међутим, постоје и позитивна искуства, нарочито са здравственим радницима из локалне заједнице. Примери добре праксе у Кембриџу, Њуарку и Лидсу укључују рад ромског номадског становништва на развоју заједнице и у блиској сарадњи са здравственим радницима. Здравствени радници посвећени номадском становништву веома су цењени и играју значајну улогу у омогућавању приступа другим здравственим службама.

Извештај из 2004. године бави се и здравственим веровањима и ставовима код ромског номадског становништва, која указују на културни понос у ослањању на сопствене ресурсе. Стоицизам и толеранција хроничних болести засновани су на дубоко укорененом страху од рака или других дијагноза које се сматрају смртним болестима, због чега се избегава провера здравственог стања. Изражени су и фаталистички и нихилистички ставови – болест је сматрана нечим неизбежним, а медицинска помоћ сматра се непотребном, односно веће поверење полаже се у породичну него у професионалну негу. Услови становања важан су фактор у контексту здравствених ефеката као део приступа решавању лошег здравственог стања.

Здравствени програм ASERT Владе Велса (2003) указује на мали број постојећих информација по питању ромског номадског становништва. Он, такође, указује на допринос лоших услова становања и санитарних услова лошем здравственом статусу. Проблеми су присутни у приступу здравству, као последица недовољне културне свести при развијању услуга и ресурса и примени културно и лингвистички прилагођених здравствених информација и савета. У овом случају постоје и примери добре праксе, у погледу примене програма *NHS Direct*, пројеката на нивоу заједнице, увођења образовања о здрављу у школе, спровођења кампања против пушења и о безбедности у саобраћају, као и праксе посете здравствених радника и бабице. Жене су се показале отворенијим за унапређење здравља и изразиле су жељу да учествују у изради и примени ових активности.

### 6.3. Приступачност здравствених услуга – практични пројекти

Читав низ пројеката усмерен је на унапређење здравственог статуса, приступа услугама и унапређење здравља на територији ЕУ. Ови пројекти често су уско локализовани и примењивани су *ad hoc*, у извесном броју случајева уз подршку НВО, и о њима постоје ограничени евалуациони подаци. Већина пројеката усмерена је на успостављање радника на нивоу заједнице (нарочито развој здравствених медијатора на територији централне Европе), као и приступе колаборативних партнерских односа.

Од 1994. године, пројекат *Pavee Point Project* у Ирској спроводи програм примарне здравствене заштите номадског становништва. Шеснаест жена припадница номадских група обучене су да раде као здравствене раднице на нивоу заједнице, а њихова улога укључује обучавање за стручни рад, рад умрежавања на нивоу заједнице, здравствено обучавање на терену, координирање посета различитим болницама, припрему материјала за унапређење здравља номадског становништва, истраживачки рад, семинаре и конференције. Овај модел су преузеле бројне организације номадског становништва и Здравствени одбори широм Ирске, а *Pavee Point* преузео је на себе спровођење универзитетски акредитованог курса за обуку тренера.

У оквиру пројекта „Унапређење здравља Рома у Румунији“ (2004–2005), 18 чланова локалне ромске заједнице обучено је за рад као здравствени и санитарни медијатори, чији је посао информисање становништва о туберкулози (болест која је идентификована као конкретан приоритет).

Поред учешћа у информативним кампањама, медијатори су помогли докторима и медицинским сестрама у анимирању већег броја особа. Они су такође помогли са идентификовањем и проналажењем особа са којима су пацијенти оболели од туберкулозе ступали у контакт, као и у промени погледа на ову болест кроз активности информисања. У току 2007. године, Министарство здравља запослило је већи број здравствених медијатора, чији је број достигао 600. Развијени су професионални стандарди у области овог ангажовања, као званично препознавање професије здравственог медијатора. Такође, спроведено је професионално усавршавање тренера за спровођење тренинга здравствених медијатора.

Као што је већ поменуто, улога здравствених медијатора уведена је у извесном броју земаља централне Европе, укључујући Чешку и Словачку Републику, Мађарску, Бугарску и Румунију. *EPHA* је спровела студију 2006. године на тему делотворности модела здравствених медијатора у Бугарској, Финској и Румунији. Ова студија дошла је до општих повољних резултата у погледу ефикасности рада Ромских здравствених медијатора (РЗМ) у контексту индивидуалних ромских пацијената. На вишим нивоима структурне неједнакости које спречавају побољшања здравствене заштите код Рома нису биле тема активности РЗМ, због чега у овој области није било значајнијих промена. Конкретније говорећи, неки програми РЗМ нису подржани кроз законодавне промене, нити су интегрисани у општи јавни здравствени систем, због чега нису успели да се позабаве дубљим препрекама у побољшању здравља код Рома, за шта је потребна политичка подршка. На индивидуал-



ном нивоу, програми РЗМ делотворно утичу на неколико аспеката здравља код Рома и утицали су на смањење бирократских препрека и препрека на нивоу заједница са којима се суочава ромска популација. Ова студија даје препоруке већег оснаживања појединца и заједнице, као и унапређене законодавне реформе.

Влада Шкотске и Здравствени одбор за Шкотске планинске регије финансирани су пројекат у планинским регијама за унапређење здравства и добробити ромског номадског становништва у периоду 2002–2005. године. Ангажована су два радника за рад на терену у оквиру следећа два конкретна пројекта – један је служба примарне заштите која има за циљ прилагођавање услуга примарне заштите потребама ромског номадског становништва, док други пројекат има за циљ истраживање на тему развоја здравствених услуга у складу са потребама ромског номадског становништва на ефикасан и економичан начин. Ангажовани су и специјалиста лекар за рад на терену и локални лекар опште праксе.

Евалуацијом овог пројекта дошло се до закључка да је пројекат одиграо важну улогу у унапређењу потенцијала за свеобухватније и ефикасније пружање услуга и већу приступачност. Пројекат је омогућио разговор између ромског номадског становништва и пружалаца услуга. Циљ једнаког приступа услугама који би довео до бољег здравља и добробити није могао бити постигнут у року од три године, и са тако малим бројем особља. Међутим, пројекат је успео да успостави шире разумевање и подигне очекивања, услед чега је закључено да пројекат треба увести у главне токове. Такође, евалуацијом пројекта здравствених медијатора идентификовано је да постоји потреба за вишом позицијом на нивоу доносилаца одлука како би промене биле и спроведене. У међувремену, пре него што се значајне промене и уведу, било је неопходно и даље ангажовати раднике на терену, иако је било могуће унапредити ефикасност спровођења политике у праксу уколико би се повезале позиције на терену са вишим инстанцама и прескочиле структуре за пружање услуга. Други слични пројекти указују на то да су медијатори првенствено жене, и док је то имало предности у случају здравља мајке и детета, указала се потреба да се обучи већи број мушкараца који би ефикасније изашли у сусрет здравственим потребама Рома мушкараца.

У Шкотској, пројекат здравствених радника *Angus* указао је на континуирани отежани приступ ромског номадског становништва здравственим услугама. Пројекат је указао на недостатак знања о службама, непостојање информација о начину контактирања са пружаоцима услуга, здравствене информације тешко су разумљиве, тешко је одржати заказане прегледе, сматра се да су службе предалеко смештене и да им је тешко приступити, а јавили су се и случајеви дискриминације.

У погледу приступа унапређењу здравља и едукације, НВО *Ромска мисија* из Хелсинкија у Финској, развила је програме едукације о здрављу за адолесценткиње. У оквиру те едукације пружена је могућност Ромкињама и неромским Финкињама да поставе питања која нису могле да питају своје мајке. У Бугарској, Фондација за унапређење здравља Рома такође је организовала дебату о превенцији сексуално преносивих болести и ХИВ-а/сиде, као и рада са наркоманима међу Ромима. У Енглеској, Пројекат здравља номадског становништва у Сасексу основао је модел учешћа номадског становништва у унапређењу здравља.

---

## 6.4. Закључци

---

Унапређење приступа здравственим услугама и унапређење здравственог статуса ромског номадског становништва идентификовани су као кључне приоритетне области у оквиру Европске уније. Ово је довело до развијања стратешких оквира у многим земљама, иако је тешко видети конкретне ефекте ових политика. Напори су уложени у процену здравствених потреба, анализу здравственог статуса и сагледавање препрека у приступу услугама, иако постоји мало података о томе на који начин се ови напори преносе у активности. Постоји ограничена евалуација утицаја развијених политика и њихове примене. Конкретни пројекти усмерени су првенствено на ангажовање заједнице кроз успостављање радника на нивоу заједнице ромског номадског становништва или здравствених медијатора. Ови пројекти имају видљиве резултате, али њих треба подупрети увођењем виших позиција на нивоу доносилаца одлука како би се успоставила веза између праксе и политике.

## 7. ОСНОВНИ ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

---

### 7.1. Закључци

---

1. У периоду имплементације ССС Влада је усвојила низ стратешких докумената и измењени су прописи из области здравства у којима је дефинисана здравствена политика према Ромима у Србији, пре свега, у циљу смањења неједнакости у приступу здравственој заштити.
2. Чланом 22. Закона о здравственом осигурању који се примењује од јануара 2007. године омогућено је остваривање права на здравствену заштиту свим Ромима који по другом основу не могу та права да остварују. Међутим, мали број Рома је до сада користио ово право, тј. само 2.174 лица ромске националности је, у претходних годину и по дана, остварило ово право. Око 17% Рома, према подацима Анкете о животном стандарду, нема здравствену књижицу, што указује на споро укључивање Рома у систем здравственог осигурања након стеченог права. Очигледно је да су Роми неинформисани о правима која имају у систему здравственог осигурања.
3. Министарство здравља кроз партнерски однос здравствених установа и цивилног сектора, подржава реализацију пројеката у оквиру Програма за унапређење здравља Рома из Декаде Рома. Овим програмом су посебно таргетиране најосетљивије групе у оквиру ромске популације – жене, деца, становници нехигијенских насеља. Током 2006. и 2007. године реализована су 103 пројекта у које је било укључено 23.215 корисника, с тим што је једно лице могло да учествује у више пројеката. Међутим, због скромног обухвата најсиромашнијих, програми и пројекти тренутно имају слабији утицај на унапређење здравствене заштите Рома.
4. У протекле три године забележена је динамика смањивања расположивих буџетских средстава за финансирање програма и пројеката из Декаде Рома. Основни разлог томе је временска неприлагођеност објављивања тендера за учешће у пројектима, а самим тим и немогућност реализације пројеката у одређеној години, као и неискоришћеност одобрених средстава, што повлачи немогућност добијања већих буџетских средстава у наредној години.
5. Праћење реализације пројеката није резултирало у формирању база и систематизацији података према важним обележјима, што би сада требало да представља почетно стање и да омогући континуитет у оцењивању и евалуацији примене политика и законских прописа.
6. Такође, државна статистика још увек не обезбеђује базе података за израчунавање основних индикатора за праћење утицаја здравствених политика на доступност здравствених услуга ромској популацији и другим осетљивим групама.
7. Укљученост ромске популације у коришћење здравствених услуга има тенденцију повећања. На месечном нивоу, у просеку, једна четвртина ромске популације користи различите услуге из система здравствене заштите, док у укупној популацији здравствене услуге користи 35% грађана.
8. На побољшање доступности здравствених услуга Ромима највећи утицај имају расположивост здравствених услуга у локалној заједници, проширење позитивне листе лекова и у целини побољшан систем здравствене заштите у Србији.

### 7.2. Препоруке

---

1. Постојеће здравствене политике које се спроводе су добре. Да би имале већи утицај на побољшање здравственог статуса таргетиране популације, неопходно је интензивирање њихове имплементације, са знатно већим ангажовањем Министарства здравља и других релевантних министарстава. Такође, потребно је и веће ангажовање локалних самоуправа и цивилног сектора који се бави проблемима Рома, кроз имплементацију програма и пројеката на партнерској основи.
2. Активностима Министарства здравља, Министарства просвете, Министарства рада и социјалне политике, Министарства омладине и спорта, локалних самоуправа и невладиног сектора треба креирати програме усмерене ка ромској популацији који одговарају њиховим специфичним потребама, тако да дугорочно посматрано, постану део система укупне здравствене заштите становништва Србије.
3. Изменама и допунама одговарајућих прописа треба отклонити административне баријере за брже добијање матичног броја грађана и здравствених легитимација од стране Рома који немају стално пре-

бивалиште, односно боравиште. У том циљу потребно је, адекватним кампањама, обезбедити информисаност Рома о процедурама и могућностима за обезбеђивање здравствених легитимација ради већег укључивања у систем здравствених услуга.

4. Потребно је континуирано спроводити кампању информисања ромских породица „од врата до врата“ о њиховим правима из здравственог осигурања и начину остваривања тих права. Ово се посебно односи на права социјално угрожених Рома из члана 22. Закона о здравственом осигурању.
5. Министарство здравља и локалне самоуправе у сарадњи са невладиним сектором, а уз подршку медија, треба да покрене широку акцију везану за едуковање социјално угрожених Рома о одговорности за сопствено здравље и за здравље својих породица, са циљем да се промовишу здрави стилови живота, брига о сопственом здрављу и значај превенције.
6. Нужно је да Министарство здравља обезбеди расписивање тендера за учешће у пројектима на почетку календарске године, а на основу утврђених средстава у Закону о републичком буџету, да формира стручни тим који ће благовремено оцењивати приспеле понуде и одлучивати о учешћу у реализацији програма и пројеката који ће неизоставно бити реализовани у току текуће године. Тим Министарства здравља треба да осмисли формат извештавања учесника у пројектима, да евалуира резултате који ће представљати основу за наредни циклус пројеката.
7. На основу извештаја у задатом формату који ће пристизати од реализатора пројеката, Министарство здравља треба да обезбеди успостављање електронских база података, како би се омогућила ваљана евалуација утицаја и минимизирали ризици који би могли да онемогуће ефективну реализацију, или завршетак пројеката.
8. Да би се за доносиоце одлука дале прецизне оцене утицаја имплементираних мера којима се посебно таргетира ромска популација, потребно је да државна статистичка институција, тј. Републички завод за статистику Републике Србије, преузме обавезу и одговорност за успостављање основних база података на основу којих ће се пратити и анализирати укљученост Рома у здравствени систем и коришћење здравствених услуга, имајући у виду основне критеријуме евалуације здравствених политика које је влада усвојила кроз стратегије и законе из ове области.
9. У циљу продужења животног века ромске популације и смањења смртности одојчади и деце, неопходна је евиденција Рома из ромских насеља за које је процењено да живе у неповољним хигијенско-епидемиолошким условима, ради обезбеђивања имунизације и вакцинације деце и побољшања приступа здравственој заштити.
10. Полазећи од чињенице да у Србији близу половине Рома живи испод линије сиромаштва, потребно је да се битно унапреди сарадња између локалних невладиних организација које се баве здравственим проблемима Рома и институција локалне заједнице (здравствене установе, јавна комунална предузећа, санитарне инспекције и сл.), како би се смањила изложеност ризицима Рома од обољевања од хроничних незаразних и заразних болести, посебно оних који живе у нехигијенским насељима, који су ангажовани на сакупљању секундарних сировина и који су принуђени на конзумирање једноличне хране.

## ЛИТЕРАТУРА

- Антић, П.** (2006), *Роми и право на правни субјективитет у Србији*, Центар за права мањина;
- Антић, П.** (2005), *Роми и право на здравствену заштиту у Србији*, Центар за права мањина;
- Асоцијација за женску иницијативу** (2006), *Родни Барометар: друштвени положај и квалитет живота жена и мушкараца у Србији*, Сажетак истраживања: <http://www.awin.org.yu/images/pdf/RodniBarometar.pdf>;
- Центар за права мањина**, *Годишњи извештај Лиге за Декаду Рома 2007*, „Декада Рома: Информатор Центра за права мањина“, бр. 8, јануар 2008;
- Центар за права мањина**, *Повреде права Рома у Србији*, „Декада Рома: Информатор Центра за права мањина“, бр. 7, септембар 2007;
- Центар за права мањина**, „Декада Рома: Информатор Центра за права мањина“, бр. 5, август 2006;
- Центар за права мањина**, „Декада Рома: Информатор Центра за права мањина“, бр. 4, април 2006;
- Центар за самостални живот инвалида** (2005), *Цена самосталности: Анализа оправданости улагања у организовање сервиса персоналних асистената за помоћ особама са инвалидитетом у Србији*;
- Црвени крст Србије** (2008 а), *Извештај о реализацији пројекта „Отворени вртић за ромску децу и децу из социоекономски угрожених породица“*, неодштампани материјал;
- Црвени крст Србије** (2008 б), *Извештај о реализацији пројекта „Заједнички развој заједнице“*, неодштампани материјал;
- Decade Watch** (2008), *Roma Activists Assess the Progress of the Decade of Roma Inclusion, 2007 Update*, Savelina Danova (ed.) [http://demo.itent.hu/roma/portal/downloads/DecadeWatch/DecadeWatch%202007%20Update%20-%20Final%20\(30-07-08\).pdf](http://demo.itent.hu/roma/portal/downloads/DecadeWatch/DecadeWatch%202007%20Update%20-%20Final%20(30-07-08).pdf);
- Динкић, Миросинка** (1990), *Cost-Benefit анализа*, Економски институт;
- ESPI** (2008), *Анализа усаглашености националног и локалног стратешког оквира у Републици Србији*, студија припремљена за Тим Потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва;
- ESPI** (2007), *Employment Challenge for the Roma Population in the Jablanica District*, Нацрт студије припремљен за ILO, децембар, 2007;
- European Policy Health Impact Assessment Project Group**, *European Policy Health Impact Assessment EPHIA – A Guide*, May 2004: <http://chetre.med.unsw.edu.au/files/ephia.pdf>;
- Грозданов, Ј.** (2008), *О здравственој заштити у Студија о животном стандарду 2002–2007*, Републички завод за статистику, стр. 87–97;
- Health Challenge Wales** (2005), *Health ASERT Programme Wales: Enhancing the Health Promotion evidence base on Minority Ethnic Groups Refugees/Asylum seekers, and Gypsy Travellers*;
- Janevic, T.**, *Disparities in Health in Serbia: A focus on Malnutrition in Roma Children*, Mailman School of Public Health, Columbia University;
- Јовановић, Т.** (2005), *Роми и право на здравствену заштиту у Новом Саду*, Центар за права мањина;
- Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије** (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом*;
- Ministry of Health of the Republic of Serbia** (2008), *Annual Report: Scaling up the National HIV/AIDS Response by Decentralizing the Delivery of Key Services*, September 2008;

**Министарство здравља** (2008), *Конкурс Министарства здравља Декада Рома: Водич кроз процедуру конкурса за подршку здравственим пројектима у оквиру Декаде Рома*, јул 2008;

**Министарство здравља**, *Извештаји о пројектима за унапређење здравља Рома у 2007. години: Декада инклузије Рома 2005–2015*, Извештај Дома здравља Лозница и Удружења Рома „Ромска срећа“ за пројекат „За здраву ромску жену“, јун 2008;

**Министарство здравља**, *Извештаји о пројектима за унапређење здравља Рома у 2007. години: Декада инклузије Рома 2005–2015*, Извештај Дома здравља Вождовац и НВО „Оаза“ за пројекат „Унапређење здравља младих Рома“, октобар 2007;

**Министарство здравља**, *Пројекат: Контрола туберкулозе у Србији кроз спровођење стратегије директно опсервиране терапије и обухват ризичних популација*, Годишњи извештај за 2007. годину, март 2008;

**Министарство здравља**, *Пројекат: Контрола туберкулозе у Србији кроз спровођење стратегије директно опсервиране терапије и обухват ризичних популација*, Годишњи извештај за 2006. годину, април 2007;

**Morag M. Macneil, Robert N. Stradling, Alison Clark, Sarah R. Minty** (2005), *Promoting the Health and Wellbeing of Gypsy/Travellers in Highland, An Evaluation of the Initiative*;

**Open Society Institute** (2007), *How the Global Fund Can Improve Roma Health: An assessment of HIV and TBC programs in Bulgaria, Macedonia, Romania and Serbia*;

**Patrice Van Cleemput** (2007), *Health Impact of Gypsy Sites Policy in the UK*, Cambridge University Press;

**Републички завод за статистику** (2008), *Студија о животном стандарду 2002–2007*;

**Тим Потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва и ЦЛДС** (2008), *База усвојених политика и мера Владе Републике Србије 2003–2007*  
[http://www.prsp.sr.gov.yu/baza\\_usv\\_mera.jsp](http://www.prsp.sr.gov.yu/baza_usv_mera.jsp);

**UNDP** (2006), *Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији*;

**УНИЦЕФ** (2007), *Стање деце у Србији 2006: Сиромаштво и социјална искљученост деце*;

**UNICEF** (2007), *Multiple Indicator Cluster Survey MICS 2005*;

**УНИЦЕФ** (2004), *Процена исплативости програма превенције преношења ХИВ инфекције са мајке на дете: уз примену рутинског (универзалног) добровољног тестирања на ХИВ код трудница по „ОПТ-ОУТ“ моделу*;

**Влада Републике Србије** (2008), *Национална стратегија за младе*, мај 2008;

**Влада Републике Србије** (2007), *Други извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији*;

**Влада Републике Србије** (2006), *Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији*;

**Влада Републике Србије** (2006), *Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији*, „Службени гласник РС“ бр. 204/06;

**Влада Републике Србије** (2005), *Декада инклузије Рома 2005–2015: Акциони планови за здравље, образовање, запошљавање и становање Рома*;

**Влада Републике Србије** (2005), *Први извештај о имплементацији Стратегије за смањење сиромаштва у Србији*;

**Влада Републике Србије** (2003), *Стратегија за смањење сиромаштва*.

## Анекс 1.

---

### ЗАКОНОДАВНИ ОКВИР

---

Регулатива којом се обезбеђује ефективна имплементација здравствених политика везаних за здравље Рома у Србији садржана је у два кључна закона:

- Закон о здравственој заштити, и
- Закон о здравственом осигурању.

У **Закону о здравственој заштити**,<sup>48</sup> у оквиру основних одредби, здравствена заштита грађана Србије се дефинише као организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Она обухвата спровођење мера за очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију. Сваки грађанин Републике Србије, као и друго лице које има пребивалиште или боравиште у Србији, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине.

Даље се наводи да у спровођењу и обезбеђивању здравствене заштите грађана Србије учествују: грађани, породица, послодавци, образовне и друге установе, хуманитарне, верске, спортске и друге организације, удружења, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, као и општине, градови, аутономне покрајине и Република. То су, дакле, субјекти и институције преко којих се обезбеђују средства за финансирање здравствених услуга и спроводи здравствена заштита грађана путем пружања здравствених услуга.

У другом делу овог Закона су регулисана питања везана за друштвену бригу за здравље становништва. У члану 11. Закона, утврђена је друштвена брига за здравље грађана Србије под једнаким условима, што подразумева здравствену заштиту социјално угроженог становништва. Када је реч о Ромима као осетљивој групи, њихова здравствена заштита у Србији је наведеним Законом гарантована кроз примену свих одредби којима се регулише здравствена заштита социјално угроженог становништва, од којих наводимо најважније:

- деца до навршених 15 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до 26 године живота, у складу са законом;
- жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;
- лица старија од 65 година живота;
- особе са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица;
- лица која имају ХИВ инфекцију или друге заразне болести које су утврђене посебним законом којим се уређује област заштите становништва од заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, психозе, епилепсије, мултипле склерозе, лица у терминалној фази хроничне бубрежне инсуфицијенције, цистичне фиброзе, системске аутоимуне болести, реуматске грознице, болести зависности, оболела односно повређена лица у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, као и здравствена заштита у вези са давањем и примањем ткива и органа;
- незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;
- лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији.

Да би лица ромске националности могла да остваре права у области здравствене заштите по претходно наведеном ставу члана 11. Закона о здравственој заштити и члана 22. Закона о здравственом осигурању потребно је (1) да обезбеде изјаву два сведока оверену у општини на којој имају боравиште о адреси боравишта и (2) да дају потписану изјаву да су лица ромске националности, како не би дошло до злоупотребе коришћења права по претходно наведеним члановима оба закона, а што би се могло тумачити као позитивна дискрими-

---

<sup>48</sup> Народна скупштина Републике Србије.

нација. Овим је обезбеђена правна форма по којој лица ромске националности у Републици Србији стичу статус обавезно осигураних лица и право на здравствену заштиту, на основу добијене и оверене здравствене легитимације.

Ако законом није друкчије уређено, средства за остваривање здравствене заштите претходно наведених лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђују се у буџету Републике и преносе се организацији за обавезно здравствено осигурање.

Друштвена брига за здравље Рома на нижим нивоима (покрајина, град, општина) обезбеђује се и спроводи од стране локалних власти у сарадњи са невладиним сектором и здравственим установама – пружаоцима здравствених услуга. Локални органи власти имају законску обавезу да прате здравствено стање становништва и рада здравствених служби на својој територији, као и да се, нарочито, старају о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити и стварању услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији. Локалне власти обезбеђују средства за рад здравствених установа на својој територији у складу са законом и Планом мреже здравствених установа. Ова улагања се одnose на изградњу, одржавање и опремање здравствених установа, затим, на опремање и одржавање интегрисаног здравственог информационог система<sup>49</sup>, као и на друге обавезе одређене законом и актом о оснивању здравствених установа на својој територији.

У Закону о здравственој заштити утврђено је начело континуираности здравствене заштите (члан 22. овог Закона). Континуираност се остварује укупном организацијом система здравствене заштите која мора бити функционално повезана и усклађена по нивоима, од примарног преко секундарног до терцијарног нивоа здравствене заштите и која пружа непрекидну здравствену заштиту грађанима Србије у сваком животном добу. Ово законско начело омогућава пружање здравствене заштите и Ромима који живе у Србији на свим нивоима, од примарног преко секундарног до терцијарног нивоа здравствене заштите, уколико поседују оверену здравствену легитимацију добијену по претходно описаној процедури на основу члана 22. Закона о здравственом осигурању. Према подацима Министарства здравља, у јуну 2008. године укупан број лица ромске националности која су имала оверену здравствену легитимацију на основу члана 22. Закона о здравственом осигурању је износио 2.174, од којих су 1.170 лица били носиоци осигурања, а 969 лица чланови њихових породица.

У **Закону о здравственом осигурању**<sup>50</sup> уређена су питања везана за финансирање обавезног и добровољног здравственог осигурања и права грађана из обавезног и добровољног здравственог осигурања. Обавезно здравствено осигурање је у директној вези са статусом грађана на тржишту рада, тј. са запосленосту, јер се финансира из доприноса на бруто зараде запослених. Систем обавезног здравственог осигурања у Србији се базира на начелима солидарности и узајамности. Ово осигурање обухвата осигурање за случај болести и повреде ван рада и осигурање за случај повреде на раду или професионалне болести. Начело обавезности подразумева обавезно плаћање доприноса за здравствено осигурање чиме осигураници за себе и чланове својих породица обезбеђују право на здравствену заштиту. Начело солидарности и узајамности се остварује успостављањем међугенерациске солидарности и узајамности, солидарности и узајамности између полова, између болесних и здравих, као и између лица различитог материјалног статуса, укључујући и лица из осетљивих група.

Полазећи од претходно наведеног, запослени Роми и незапослени Роми који активно траже посао су осигураници у систему обавезног здравственог осигурања и имају сва права у области здравства као и сви други грађани и њихове породице са истим статусом на тржишту рада.

Осигураницима по овом Закону сматрају се и лица која су социјално угрожена. То значи да лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално боравиште у Србији, имају по овом Закону (члан 22.) својство осигураника и право на коришћење услуга здравствене заштите.

---

<sup>49</sup> Ради планирања и ефикасног управљања системом здравствене заштите, као и прикупљања и обраде података у вези са здравственим стањем становништва и функционисањем здравствене службе, односно прикупљања и обраде здравствених информација, организује се и развија интегрисани здравствени информациони систем у Републици. Програм рада, развоја и организације интегрисаног здравственог информационог система, као и садржај здравствених информација, у складу са законом, доноси Влада.

<sup>50</sup> Народна скупштина Републике Србије.

Ради очувања и унапређења здравља осигураника, укључујући и Роме који тај статус имају на основу члана 22, у Закону су утврђене мере превенције које обухватају:

- здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравствених радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика;
- систематске и остале прегледе деце, школске омладине, студената до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година живота, жена у вези са трудноћом и одраслих особа у складу са републичким програмом превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја и утврђеним стандардима;
- превентивне стоматолошке и профилактичке мере за превенцију болести уста и зуба код трудница и деце до навршених 18 година живота, као и старијих лица која су тешко душевно или телесно ометена у развоју;
- здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;
- вакцинацију, имунопрофилаксу и хемопрофилаксу која је обавезна према републичком програму имунизације становништва против одређених заразних болести;
- хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем њиховог ширења.

Влада доноси републички програм превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја, републички програм стоматолошке здравствене заштите деце до навршених 18 година живота и трудница, као и републички програм имунизације становништва против одређених заразних болести, као и медицинске стандарде мера и поступака који проистичу из програма.

Право осигураног лица на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања утврђује се на основу плана здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања који се доноси на основу:

- здравствених потреба осигураних лица;
- обезбеђених финансијских средстава за спровођење обавезног здравственог осигурања;
- утврђених приоритета за спровођење здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу;
- расположивих капацитета здравствене службе.

План здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања доноси Републички завод за здравствено осигурање за сваку календарску годину, најкасније до 31. децембра претходне године. Надлежни Министар даје сагласност на овај план који се затим, објављује у "Службеном гласнику Републике Србије". На тај начин се обезбеђује транспарентност здравствене заштите, јер сви грађани Србије, а пре свега осигураници по овом Закону, тј. и лица ромске националности, могу имати информације о планираним мерама здравствене заштите које ће се реализовати преко система обавезног здравственог осигурања, и могу се укључивати као корисници одређених програма од значаја за побољшање њиховог здравственог стања и здравственог стања чланова њихових породица који се, такође, сматрају осигураницима обавезног здравственог осигурања по овом Закону.

Држава је гарант за извршење обавеза Републичког завода за здравствено осигурање у остваривању права из обавезног здравственог осигурања (државна гаранција), за хитну медицинску помоћ и здравствену заштиту која се пружа лицима која имају статус осигураника у здравственим установама, без обзира на њихов статус у систему финансирања. Ово је од изузетне важности за Роме и друге социјално угрожене групе.

Републички завод за здравствено осигурање општим актом уређује начин и поступак, као и потребне доказе, за утврђивање својства осигураника из члана 22. овог закона. Осигураницима из члана 22. овог закона, на



пример, лицима ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално боравиште у Србији, права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се у филијали на чијој територији су та лица пријавила своје боравиште према претходно описаној процедури.

Неопходно је истаћи да су два претходно анализирана закона са становишта креирања и имплементације здравствене политике усмерене на повећање приступачности услугама здравствене заштите Ромима у Србији ради побољшања њиховог здравља, међусобно комплементарна. Наиме, првим законом се обезбеђују права на здравствену заштиту и средства из националног буџета за финансирање здравствених услуга које користе Роми као угрожена група (уколико нису запослени и уколико имају статус незапослених лица на тржишту рада за које се уплаћује допринос за обавезно здравствено осигурање). Та средства уплаћена као допринос преносе се Републичком фонду за здравствену заштиту за реализацију здравствених програма намењених овој популацији. Другим анализираним законом обезбеђује се статус осигураника Ромима и члановима њихових породица у оквиру система обавезног здравственог осигурања на основу примене начела солидарности и узајамности.

Резултати претходне анализе указују да су Роми обухваћени здравственом политиком и здравственим системом, односно законском регулативом. Резултати анализе утицаја здравствене политике и здравственог система на укљученост Рома у систем здравствене заштите у Србији (одељак 5 у тексту) показују колико су утврђени циљеви и законска решења били ефективни у пракси у периоду њихове досадашње примене.

## Анекс 2.

### Сиромаштво Рома

Пратећи тренд општег смањења сиромаштва популације у Србији и сиромаштво Рома се благо смањивало у периоду од 2003. до 2007. године. Наиме, број сиромашних Рома у 2007. години је опао на нешто мање од половине укупне ромске популације – 49,2% (РЗС, 2008).<sup>51</sup> У истом том периоду, број сиромашних на нивоу укупне популације опао је са 14% на 6,6% (РЗС, 2008). Међутим, екстремним сиромаштвом погођено је 6,4% Рома, иако се сматра да би општа стопа сиромаштва ромске популације била и виша да је Анкетом о животном стандарду било значајније обухваћено и становништво које живи у нехигијенским ромским насељима и сламовима (РЗС, 2008). Сиромаштвом су приближно слично погођене и жене (51,8%) и мушкарци (46,6%), али је сиромаштво далеко више изражено међу ромском децом (стопа сиромаштва деце старости до 14 година износи 56,3% и она се линеарно смањује до популације чија старост превазилази 60 година живота – 40,9%), као и међу становништвом које живи у руралним и осталим срединама (62,1%).

Потрошња просечног домаћинства у Србији у 2007. години износила је 52.843 РСД у просеку месечно, док је потрошња просечног ромског домаћинства износила 39.117 РСД.<sup>52</sup> Како су Роми социјално угрожена популацијска група, то су и њихове потрошачке навике чешће усмерене ка издацима за храну, становање, алкохол и дуван<sup>53</sup> у односу на укупну популацију. Према подацима Анкете о животном стандарду, у 2007. години издаци за ове три категорије потрошње су чинили 76,3% укупних издатака ромских породица, у односу на 56,2%, колико за поменуте групе потрошње издвајају сва домаћинства у Србији. Укупни издаци за здравствену заштиту (болничку и ванболничку) код Рома (3% укупне потрошње домаћинства), тек су нешто нижи у односу на целу популацију (4,1% укупне потрошње домаћинства). При томе треба имати у виду да готово ¼ ромске популације која живи у Београду<sup>54</sup> нема здравствену књижицу<sup>55</sup> и да по основу тога не може да оствари право на здравствену заштиту, већ јој као једна од алтернатива остаје да плати одређену здравствену услугу или да одустане од одласка код лекара зато што себи не може да приушти лечење.<sup>56</sup> Међутим, одређени прогрес је учињен у погледу обухвата здравственим осигурањем, посебно за млађе кохорте ромске популације. Иако је на основу података Анкете о животном стандарду, оцењено да у Србији у 2007. години 17% Рома нема здравствено осигурање, што је више него дупло у односу на целу популацију – 6% (Грозданов, 2008), према истраживању које је спроведено у групи младих Рома старости од 15 до 25 година, показало се

<sup>51</sup> У 2003. години испод линије сиромаштва живело је 57% Рома према подацима Анкете о животном стандарду (UNDP, стр. 5, 2006). Међутим, због разлика у методологији мерења сиромаштва није могуће једноставно поређење броја сиромашних Рома у 2003. и 2007. години. О методологији мерења сиромаштва на основу Анкете о животном стандарду 2007, погледати Smith-Govoni, R. i Krstić, G. (2008) у *Студија о животном стандарду*, РЗС, стр. 167–186.

<sup>52</sup> У средњем квантилу потрошње налази се само 1/10 Рома, док је у прва два квантила, са најсиромашнијим становништвом, распоређено 86,8% Рома, а остатак се налази у преостала два квантила која чини најбогатије становништво (РЗС, 2008).

<sup>53</sup> Није изненађујући, али је забрињавајући податак да ромска домаћинства на алкохол и дуван издвајају 7,9% своје укупне потрошње, за разлику од свих домаћинстава која издвајају упола мање, тј. 3,9% (РЗС, 2008). Наиме, ромска деца веома рано стичу навике пушења, а ромска популација, због тешких социоекономских услова живота, чешће је оптерећена психолошким проблемима (UNDP, 2006). Међу младим Ромима, старости од 15 до 25 година, 55% односно 30,4% се изјаснило као пушачи, у Београду и Врању, респективно (Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије, 2008, стр. 139). Такође, наводи се и податак да међу укупном ромском популацијом има 80% пушача (Антић, 2005, стр. 8).

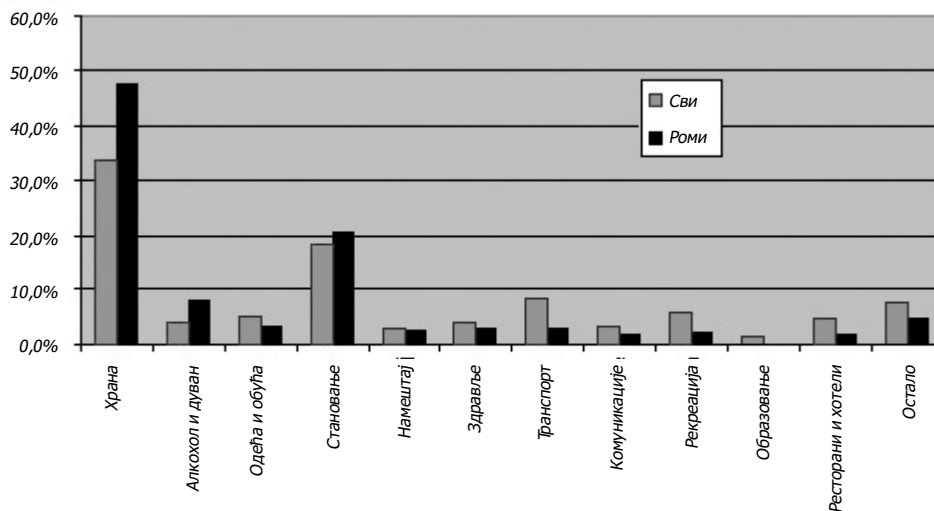
<sup>54</sup> Центар за права мањина (2006), *Роми и право на правни субјективитет у Србији*, стр. 19.

<sup>55</sup> Да бисмо указали на озбиљност проблема непоседовања личних исправа, а у овом случају немања здравствене књижице, навешћемо још један извор који то потврђује. Наиме, према подацима које је саопштила Ђурђица Зорић из Женског ромског удружења Бибија, а који су објављени у Информатору Центра за права мањина, бр. 5, стр. 22, 2006. година, 65% Рома, укључујући и оне који живе у нехигијенским насељима и сламовима, нема здравствену књижицу, односно 40% жена. Ситуација је нарочито тешка код избеглих и интерно расељених лица, као и код повратника у процесу реадмисије, од којих 85% (од чега 70% жена) односно чак 95% нема регулисан статус нити здравствену књижицу, респективно.

<sup>56</sup> Према истраживању UNDP-а, око 55% ромских домаћинстава због финансијске скучености није у могућности да купи преписане лекове (UNDP, 2006, стр. 25).

да 77,6% испитаника у Београду има здравствено осигурање, док је тај проценат у Врању значајно виши и износи 97,5%.<sup>57</sup>

Слика А2.1: Структура потрошње у Србији – сва домаћинства у односу на ромска домаћинства



Извор: РЗС (2008), Анкета о животном стандарду 2007.

Такође, треба поменути да је образовање незаобилазна детерминанта изласка из сиромаштва уопште, па тако и смањења сиромаштва ромске популације. Нажалост, издаци за образовање су у Србији још увек мање битни од издатака за нпр. алкохол и дуван, премда је присутан опадајући тренд у броју пушача у Србији,<sup>58</sup> па

**Бокс А2.1. Пројекат Црвеног крста Србије: „Отворени вртић за ромску децу из социјално угрожених породица“**

Реализација овог пројекта је започела 2002. године у оквиру програмских активности Црвеног крста Србије, тј. пре усвајања Акционог плана образовања Рома, а у 2008. години овај пројекат се спроводи у 33 вртића кроз 30 организација Црвеног крста Србије. Његовом имплементацијом се желела обезбедити већа инклузија ромске деце у систем предшколског образовања и васпитања. Од 2002. године скор овог пројекта чине 2.030 ромске деце која су ишла у вртиће и 1.325 родитеља који су својом активношћу допринели реализацији различитих садржаја у вртићима. Додатно ћемо поменути да се пропорција деце која похађају вртиће и која касније уписују редовно основно образовање повећава, али да још увек није постигнут потпун ефекат.<sup>59</sup> Општа опаска на метод реализације овог пројекта је то што је његова примена довела до сегрегације ромске деце у изоловане групе, које су и физички одвојене од вртића за осталу децу. Такав метод рада са ромском децом не помаже у савладавању баријера, од којих је прва језик, а чије би им савладавање омогућило да своје школовање започну у редовним школама.<sup>60</sup>

Извор: Црвени крст Србије (2008), Извештај о реализацији пројекта „Отворени вртић за ромску децу и децу из социоекономски угрожених породица“.

<sup>57</sup> Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије (2008), *Истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од ХИВ-а и међу особама које живе са ХИВ-ом*, стр. 139.

<sup>58</sup> У 2006. години у поређењу са 2000. годином оцењени број пушача у укупној популацији опао је са 41% на 34% (Грозданов, 2008).

је тако за укупну популацију учешће издатака за образовање у укупним буџетима домаћинстава процењено на свега 1,4%, а за ромску популацију тај проценат није видљив. И поред тога што је предшколско образовање у Србији обавезно од 2006. године, укључивање ромске деце често не прати препоруке на којима се заснива државна политика интегрисаног приступа образовању.

---

<sup>59</sup> Према подацима Црвеног крста Србије, школску 2005/6. годину уписало је 62,1% деце која су похађала припремни предшколски програм у вртићима, док је наредну школску годину 2006/7. уписало 85,7% ромске деце која су била обухваћена припремним програмима (Црвени крст Србије, 2008 а).

<sup>60</sup> Тим Потпредседника Владе за имплементацију ССС, *Коментари на имплементацију Пројекта у контексту спровођења АП за образовање у оквиру Декаде инклузије Рома*, интерни материјал.

### Анекс 3.

#### УПИТНИК ЗА ИНТЕРВЈУЕ<sup>61</sup> СА ДОНОСИОЦИМА ОДЛУКА, ЕКСПЕРТИМА, УЧЕСНИЦИМА У СПРОВОЂЕЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ ПОЛИТИКА НАМЕЊЕНИХ ЗАШТИТИ ЗДРАВЉА РОМА

Име и презиме, функција:.....

Институција/организација/установа:.....

Телефон:.....e-mail:.....

1. Оцените утицај здравствених политика на укупну здравствену слику и благостање становништва у Србији и коментаришите своју оцену:...  
/-2 веома неповољан утицај; -1 неповољан утицај; 0 немају никакав утицај; 1 позитиван утицај; 2 веома позитиван утицај/  
.....

2. Према вашем сазнању, које здравствене политике се спроводе и који званични документи су усвојени, а тичу се заштите здравља ромске популације у Србији:  
(1).....  
(2).....  
(3).....

3. На скали од 1 до 5 оцените ефикасност здравствених политика намењених заштити здравља Рома и коментаришите своју оцену:...  
/1–недовољан,... 5–одличан/  
.....

4. Према вашем мишљењу, да ли постоји разлика у утицају здравствених политика у зависности од пола, старости или других демографских карактеристика Рома и шта предлагете да се превазиђу неповољни утицаји:  
.....

5. Наведите детерминанте које највише утичу на здравље Рома, а које се налазе унутар и/или изван система услуга здравствене заштите:  
Унутар: (1).....  
Изван: (1).....

6. Оцените утицај следећих група фактора на здравствено стање Рома и образложите дате оцене:  
/-2 веома неповољан утицај; -1 неповољан утицај; 0 немају никакав утицај; 1 позитиван утицај; 2 веома позитиван утицај/  
.....

6.1. Начин (стил) живота:.....

6.2. Друштвени утицај и утицај заједнице:.....

6.3. Услови живота и рада:.....

6.4. Општи социоекономски и културолошки услови и окружење:.....

<sup>61</sup> Попуњавањем овог упитника помажете реализацију дела истраживања „Анализа утицаја политика“ које спроводи Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва.

7. Оцените утицај здравствених политика на целокупно здравље Рома у Србији и образложите дату оцену:  
*/-2 веома неповољан утицај; -1 неповољан утицај; 0 немају никакав утицај; 1 позитиван утицај; 2 веома позитиван утицај/*

8. Наведите најмање један пример добре праксе о утицају здравствених политика на здравље Рома:

9. Који су, према вашем мишљењу, најчешћи проблеми са којима се сусрећу Роми у остваривању права на здравствену заштиту:

10. Који су, према вашем сазнању, најчешћи случајеви повреде права Рома на здравствену заштиту:

11. Који је, према вашем мишљењу, најефикаснији начин да се реше проблеми са којима се сусрећу Роми при остварењу права на здравствену заштиту:

12. Које здравствене политике усмерене ка Ромима треба мењати и у ком правцу, у чијој надлежности је спровођење тих измена и када се могу очекивати ефекти утицаја тих политика:

13. Наведите неколико фактора, почевши од најзначајнијег, који највише утичу на неједнакост у доступности здравствене заштите Ромској популацији:

14. Које мере бисте предложили да се реши проблем неједнакости у доступности здравствене заштите Ромима:

15. Да ли је потребно извршити измене у законодавном и институционалном оквиру, и, ако треба, у ком правцу, да би се смањила неједнакост у доступности здравствене заштите и повећала ефикасност мера здравствених политика намењених Ромима:

16. На скали од 1–недовољан до 5–одличан оцените укупне напоре у промоцији и едукацији о здрављу код Рома:

16.1 Држава:.....

16.2 Локална самоуправа:.....

16.3 Невладин сектор:.....

16.4 Остали (наведите) \_\_\_\_\_:.....

*Хвала на учешћу у интервјуу!*

## Анекс 4.

Списак лица са којима је обављен интервју:

I. Ромске НВО укључене у пројекте Министарства здравља у оквиру Декаде Рома:

1. Ана Сађиповић, Удружење Ромкиња „Освит“, Ниш
2. Нелица Атанасковић, Удружење за демократизацију и образовање Рома, Трстеник
3. Петар Думитру, Друштво Рома „Мали рит–Лондон“ Панчево, Панчево
4. Радмила Гачевић, Удружење грађана „Ромски цветови“, Београд
5. Владимир Петровић, Друштво „Ром“ Браничевски округ, Пожаревац
6. Зоран Петровић, НВО „Руке пријатељства“, Краљево

II. Координатори пројеката Министарства здравља у здравственим установама:

7. Часлав Недељковић, Дом здравља, Лесковац
8. Јелена Брцански, Завод за јавно здравље, Кикинда
9. Милка Бурлица, Завод за јавно здравље, Сремска Митровица
10. Мирјана Аврамовић, Завод за јавно здравље, Крушевац
11. Нада Ђурић, Дом здравља, Лозница
12. Снежана Матић, Градски завод за јавно здравље, Београд

III. Креатори здравствених политика, експерти и међународне организације:

13. Александар Бојовић, Министарство здравља РС
14. Дубравка Шарановић, Министарство здравља РС, саветник у Сектору за програмску здравствену заштиту
15. Гордана Радосављевић-Ашић, председница Републичке комисије за туберкулозу Министарства здравља РС
16. Гордана Тамбурковски, Министарство здравља РС
17. Farida Bassioni Stamenić, Министарство здравља РС, Пројекат: „Унапређење националног одговора на ХИВ/сиду децентрализацијом кључних здравствених услуга“
18. Ивана Мишић, Министарство здравља РС, помоћник Министра у Сектору за организацију здравствене службе
19. Јелена Ђурчић, Канадска агенција за развој (СІДА)
20. Наташа Лазаревић, Министарство здравља РС, Пројекат: „Контрола туберкулозе у Србији“
21. Петар Антић, Центар за права мањина, Београд
22. Сања Дрежгић-Остојић, Црвени крст Србије
23. Тања Кнежевић, Институт за јавно здравље Србије Милан Јовановић „Батут“, Београд



Влада Републике Србије



Тим потпредседника Владе  
за имплементацију Стратегије  
за смањење сиромаштва

Влада Републике Србије  
Палата Србије, канцеларија 115  
11 070 Београд, Србија

тел: 011/311 46 05, 311 47 98

факс: 011/213 97 54

[prs.ifp@gov.rs](mailto:prs.ifp@gov.rs)

[www.prsp.gov.rs](http://www.prsp.gov.rs)

[www.srbija.gov.rs](http://www.srbija.gov.rs)