
**ПОСЕБАН ИЗВЕШТАЈ
ЗАШТИТНИКА ГРАЂАНА
О
РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДРАВЉУ РОМКИЊА
СА ПРЕПОРУКАМА**

Београд, април 2017.

САДРЖАЈ

I. УВОД.....	1
II. ГЛАВНИ НАЛАЗИ И ПРЕПОРУКЕ.....	3
III. РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ И РЕПРОДУКТИВНА ПРАВА РОМКИЊА.....	6
3.1. Економски и социјални положај Ромкиња	6
3.2. Репродуктивно здравље Ромкиња	7
3.3. Услуге и права у превенцији и заштити репродуктивног здравља Ромкиња	10
3.3.1. Здравствено осигурање	10
3.3.2. Здравствене медијаторке.....	11
3.3.3. Услуге здравствене заштите	15
3.3.4. Евиденције	16
3.3.5. Координатори за ромска питања.....	18
3.3.6. Услуге и активности јединица локалне самоуправе	18
3.3.7. Локални акциони планови.....	19
3.3.8. Саветници за заштиту права пацијената и савети за здравље.....	19
3.3.9. Образовање, подизање свести и информисање Ромкиња.....	20
АНЕКС I – ПОДАЦИ О ФОКУС ГРУПАМА.....	21
АНЕКС II – НОРМАТИВНОПРАВНИ ОКВИР.....	25

Сви термини којима су у тексту означени положаји, професије, односно занимања, изражени у граматичком мушком роду, подразумевају природни мушки и женски род лица на које се односе

I. УВОД

Здравље становништва је од општег друштвеног интереса и најзначајнији ресурс за развој друштва. Према дефиницији Светске здравствене организације, здравље није само одсуство болести већ и потпуно физичко, психичко и друштвено благостање.¹ Ова дефиниција обухвата и све репродуктивне процесе, функције и системе у свим животним добрима.² Репродуктивно здравље није само пуко саветовање и нега у вези са репродукцијом и сексуално преносивим болестима већ и: задовољавајући и безбедан сексуални живот и могућност репродукције; слобода људи да одлуче да ли ће, када и колико често то чинити; право мушкараца и жена да буду информисани и имају приступ безбедним, ефикасним, доступним и прихватљивим методама планирања породице по сопственом избору; њихово право на приступ и избор других метода регулације плодности, који нису противни закону; право на приступ одговарајућим здравственим услугама који обезбеђује жени безбедну трудноћу и порођај, а паровима најбоље шансе да имају здраво дете; сексуално здравље које унапређује квалитет живота и личне односе.³

Репродуктивна права неодвојив су део људских права и представљају право појединаца и парова да слободно, одговорно, без дискриминације, принуде и било ког облика насиља одлуче о рађању, броју деце и времену њиховог рођења, право да располажу информацијама и средствима потребним за одлучивање, као и право на највиши стандард сексуалног и репродуктивног здравља.⁴

Женско здравље укључује емоционалну, социјалну и физичку добробит и одређено је исто толико социјалним, политичким и економским контекстом у коме жене живе колико и биолошким својствима.

Ромкиње представљају једну од најугроженијих друштвених група и њима је врло често отежан приступ праву на здравствену заштиту у пуном, законом прописаном облику. Оне најчешће живе у лошим социјалним, економским и породичним условима, на маргинама друштва и друштвених токова, изложене су дискриминацији и искључивању и врло често су жртве насиља у породици и партнерским односима. Многе од њих живе са породицама у екстремном сиромаштву, у неусловним и за живот неодговарајућим просторима и без прихода. Ромкиње најчешће немају приступ образовању и тржишту рада, а њихови избори у потпуности су опредељени културолошким и друштвеним очекивањима њихове породице и заједнице. Оне најчешће немају више од основног образовања, неконкурентне су на све захтевнијем тржишту рада, а породица и заједница од њих очекују да рано заснивају брачне заједнице и рађају децу. Такође, недоступно им је неформално образовање, као и обиље информација које се у све већој мери шире путем електронских средстава комуникације – које су сиромашним и депривираним ромским породицама апсолутно изван домаћаја. Ромкиње не располажу са довољно информација о здрављу, превенцији, здравственим услугама и правима које, као грађанке Републике Србије, имају у области здравственог осигурања и здравствене заштите, нити о механизмима о начину на који своја права могу да остварују и штите. Из свих ових разлога, али и због одсуства системског приступа унапређењу здравствене заштите припадника ромске популације, превенција и заштита репродуктивног здравља Ромкиња је недовољно успостављена и развијена.

Циљ овог Посебног извештаја је да идентификује недостатке у раду органа јавне власти који отежавају приступ Ромкињама услугама усмерених на очување, превенцију и заштиту њиховог репродуктивног здравља и да упућивањем препорука органима власти допринесе

¹ Устав Светске здравствене организације, усвојен 1946. године, доступно на, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

² World Health Organization, *Reproductive health*, доступно на: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

³ Дефиниција репродуктивног здравља усвојена на Међународној конференцији о становништву и развоју у Каиру 1994. године, доступно на: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>.

⁴ World Health Organization, *Sexual and reproductive health*, доступно на: <http://who.int/reproductivehealth/en/>.

бољем разумевању положаја Ромкиња у здравственом систему и унапређењу приступачности и доступности здравствених услуга за превенцију и заштиту сексуалног и репродуктивног здравља Ромкиња.

Посебан извештај сачињен је на основу података које је Заштитник грађана прибавио од Ромкиња и органа власти. Приликом прикупљања информација примарна циљна група биле су Ромкиње различитог узраста и нивоа образовања, интерно расељене са Косова и Метохије и депортоване из западноевропских земаља на основу споразума о реадмисији.

Прикупљање података је спроведено током августа и септембра 2016. године у Београду (градске општине Вождовац, Палилула и Чукарица), Врању, Нишу, Новом Бечеју и Пироту. Критеријуми за избор ових јединица локалне самоуправе су били: број Рома који су настањени у јединици локалне самоуправе/градској општини, број ромских насеља, постојање локалног стратешког документа за унапређење положаја Рома, посебно Ромкиња и постојање активне ромске женске организације. Организоване су фокус групе са Ромкињама које живе у неформалним насељима у поменутим локалним самоуправама, ромским женским организацијама које имају искуство у раду на унапређењу доступности и квалитета здравствене заштите Ромкиња, односно представницима надлежних органа власти. Поред тога, одржани су састанци са представницима Министарства здравља, које је доставило и писане информације. У прикупљању информација и изради овог извештаја Заштитник грађана сарађивао је са удружењем грађана „Ромски женски центар Бибија“ из Београда.

II. ГЛАВНИ НАЛАЗИ И ПРЕПОРУКЕ

Г Л А В Н И Н А Л А З И

- Законодавне активности у претходним годинама довеле су до унапређења правног оквира за остваривање права Ромкиња на пуну и квалитетну заштиту репродуктивног здравља.
- Рад здравствених медијаторки значајно је допринео повећању броја Ромкиња и ромске деце која су здравствено осигурана и користе услуге здравствене заштите, а потребу за очувањем и развијањем ове услуге препознају и Ромкиње и запослени у систему здравствене заштите на свим нивоима.
- Организације цивилног друштва имају значајну улогу у осмишљавању и имплементацији програма за решавање проблема здравствене заштите Рома
- Ромкиње су изложене сиромаштву, социјалној искључености и дискриминацији.
- Искљученост из образовања, рано напуштање школовања, удаја на раном узрасту, вишеструке трудноће са малим временским размаком између њих, недоступност информација и финансијска и друга зависност од старијих чланова породице и партнера и даље карактеришу живот великог броја Ромкиња.
- Ромкиње немају активну улогу у планирању породице и не препознају потребу за тим.
- Информације од значаја за превенцију и заштиту репродуктивног здравља, укључујући и информације о безбедним начинима контрацепције, нису доступне Ромкињама у довољној мери, што доприноси великом броју прекида трудноћа код Ромкиња и малом броју Ромкиња које обављају скрининг и друге превентивне прегледе и користе услуге саветовалишта.
- Ромкиње и даље не располажу довољним информацијама о правима у области здравствене заштите и здравственог осигурања и механизмима заштите права, нити ове механизме користе.
- Активности на превенцији репродуктивног здравља Ромкиња и њиховом образовању о репродуктивном здрављу не спроводе се системски, већ претежно преко пројеката организација цивилног друштва.
- И даље постоје случајеви правно невидљивих Рома и Ромкиња и оних којима није омогућено да пријаве пребивалиште на адресу центра за социјални рад, услед чега им је онемогућен приступ здравственој заштити.
- Министарство здравља није систематизовало радно место здравствене медијаторке и поред неспорног успеха ове услуге.
- Постојећи број здравствених медијаторки је недовољан.
- Здравствене медијаторке немају довољан број обука.
- Министарство здравља не препознаје потребу, не предузима активности, нити планира да уреди положај здравствених медијаторки у здравственом систему на одржив и трајан начин и њихов број прилагоди потребама грађана ромске припадности.

- У Министарству здравља постоји неразумевање специфичног положаја Ромкиња, разлога због којих је потребно очувати и даље унапређивати услугу здравствене медијаторке и разлика између дискриминације и афирмативних мера.
- У здравственим установама и даље постоји дискриминација Ромкиња.
- Нису развијене услуге саветовалишта за младе Ромкиње и Роме.
- Здравствене установе нису предузимале активности усмерене на побољшање репродуктивног здравља Ромкиња и образовање здравствених радника и сарадника о раду са Ромима и Ромкињама и Закону о забрани дискриминације.
- Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј нису систематизовале радно место координатора за ромска питања.
- Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј нису планирали ни спроводили активности усмерене на унапређење здравља и здравствене заштите, елиминисање узрока неповољног положаја Рома и Ромкиња или системског превазилажења таквог стања.
- Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј и Београд нису донели локалне акционе планове за примену Стратегије за социјално укључивање Рома и Ромкиња.
- Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј не располажу евиденцијом о броју Рома и Ромкиња на својој територији.
- Савети за здравље имају пасиван однос према праву жена на квалитетну заштиту репродуктивног здравља.

Заштитник грађана, у складу са Уставним и законским овлашћењима, у циљу унапређења рада органа јавне власти и унапређења репродуктивног здравља Ромкиња, упућује следеће:

ПРЕПОРУКЕ

1. Министарство здравља ће сачинити план мера и активности у циљу трајног и континуираног информисања Ромкиња о превенцији и заштити репродуктивног здравља на начин који уважава специфичности ове групе жена. План мера и активности Министарство ће доставити Заштитнику грађана и на увид јавности.
2. Министарство здравља ће сачинити план мера и активности у циљу трајног и континуираног информисања Ромкиња о правима у области здравствене заштите и здравственог осигурања на начин који уважава специфичности ове групе жена. План мера и активности Министарство ће доставити Заштитнику грађана и на увид јавности.
3. Органи градова Београд, Врање, Ниш и општина Нови Бечеј и Пирот ће, у сарадњи са саветима за здравље, сачинити планове мера и активности у циљу трајног и континуираног информисања Ромкиња о правима у области здравствене заштите и здравственог осигурања на начин који уважава специфичности ове групе жена. Планове мера и активности органи градова Београд, Врање, Ниш и општина Нови Бечеј и Пирот ће доставити Заштитнику грађана и на увид јавности.
4. Министарство здравља ће без одлагања започети са активностима у циљу трајног радног ангажовања здравствених медијаторки у здравственом систему Републике Србије.
5. Министарство здравља ће без одлагања обезбедити недостајући број здравствених медијаторки.
6. Министарство здравља обезбедиће обуке за здравствене медијаторке.

7. Министарство здравља обезбедиће обуке за здравствене раднике и сараднике о положај Рома и Ромкиња, Закону о забрани дискриминације и облицима дискриминације.
8. Министарство здравља предузимаће мере према здравственим установама у којима је извршена дискриминација пацијената.
9. Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј ће без одлагања систематизовати радно место координатора за ромска питања и обезбедити запосленог који ће обављати те послове.
10. Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј ће, самостално или у сарадњи са Министарством здравља, здравственим установама, саветима за здравље и организацијама цивилног друштва, сачинити план активности и мера усмерених на унапређење здравља и здравствене заштите припадника ромске националне мањине.
11. Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј и Београд ће без одлагања донети локалне акционе планове за примену Стратегије за социјално укључивање Рома и Ромкиња.
12. Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј ће, на основу расположивих података и у складу са законом, устројити евиденцију за потребе планирања услуга за побољшање положаја припадника ромске националне мањине.
13. Министарство здравља обезбедиће додатне услуге саветодавног карактера за младе Роме и Ромкиње о репродуктивном и сексуалном здрављу, чије ће пружање бити прилагођено специфичностима ове популације младих.
14. Ниш, Пирот, Врање, Нови Бечеј и Београд ће обезбедити учешће Ромкиња у савету за здравље.
15. Министарство здравља ће, у складу са законом, укључити податке из евиденција здравствених медијаторки у своје евиденције.
16. Министарство здравља ће у сарадњи са другим релевантним органима јавне власти размотрити могућност да се, у складу са законима којима се уређују подаци о личности, права пацијената и евиденције, подаци које прикупљају здравствене медијаторке, а који су саставни део система праћења и извештавања система здравствене заштите, учине доступним и другим системима као релевантни подаци за сачињавање јединствене евиденције.
17. Министарство здравља ће, у сарадњи са Министарством просвете, науке и технолошког развоја, интензивирати активности на увођењу образовања о сексуалном и репродуктивном здрављу и правима, укључујући и питања родних односа, родне равноправности и одговорног сексуалног понашања, у наставне планове и програме на свим нивоима образовног система.

Заштитник грађана позива надлежне органе да му, у складу са законском обавезом и у духу добре сарадње, доставе информације о поступању по упућеним препорукама, у року од шест месеци од дана пријема овог Извештаја.

III. РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ И РЕПРОДУКТИВНА ПРАВА РОМКИЊА

3.1. Економски и социјални положај Ромкиња

У Републици Србији живи 72.562 Ромкиње, што је 49% од укупног броја становника ромске националности.⁵ Већина Ромкиња се суочава са друштвеном искљученошћу, сиромаштвом и дискриминацијом.⁶ Број издржаваних Ромкиња расте, а број Ромкиња са личним приходом се смањује. Чак 59% радно способних и активних припадника ромске националне мањине није запослено, а међу радно активним Ромима Ромкиње чине свега једну петину.⁷ Више од једне четвртине од укупног броја ромских домаћинстава своје приходе остварује преко социјалних примања.⁸ Процењена стопа смртности одојчади међу децом у ромским насељима износи 13 на хиљаду живорођене деце, што је дупло већа стопа од националног просека; 10% деце у ромским насељима је потхрањено, а 19% заостаје у расту, што је за око пет пута већа стопа у односу на децу из осталих етничких група⁹; 13% ромске деце је примило све вакцине на време, односно до краја прве године, а код деце из опште популације тај обухват је 71%.¹⁰ Скоро трећина од укупног броја Рома и Ромкиња су корисници услуга социјалне заштите.¹¹ Само 64% деце ромске националности заврши основну школу (код опште популације је 93%), и свега 22% деце ромског порекла похађа средњу школу (код опште популације је 89%). Чак 43% девојчица ромске националности у овом узрасту прекида школовање ради удаје.¹² Удео неписмених у укупној ромској популацији старијој од девет година је 15,1%. Више од једне трећине припадника ромске популације нема завршену осмогодишњу школу, једна трећина има основно образовање, средње образовање има 11,5%, а високо свега 0,7% ромске популације.¹³ Једна трећина од свих пописаних бескућника су припадници ромске националне мањине а 1.553 домаћинстава живи у неусловним просторијама.¹⁴ Дискриминација је, заједно са сиромаштвом, основна препрека социјалном укључивању Рома и Ромкиња.¹⁵

Ромкиње најчешће немају довољно неопходних информација о контроли рабања, нити учествују у одлучивању о рабању и планирању породице. Ромкиње су ретко у ситуацији да доносе потпуно слободну одлуку о репродукцији, јер су њихови избори најчешће наметнути или ограничени, непосредним или посредним друштвеним, економским и културним факторима. Оне обично не могу да одлучују о томе шта желе, већ се од њих очекује како да одлуче о рабању, броју деце и размаку између порођаја. Традиционално васпитање и схватање да је мушкарац доминантна личност у свим сегментима породичног живота, па и код одлучивања о броју деце, абортуса и контрацепцији, директно условљава инфериоран однос Ромкиња према сопственом здрављу.

⁵ Према попису становништва из 2011. године, укупан број грађана ромске националности је 147.604 и чини 2,1% становништва на територији Републике Србије без Косова и Метохије. Попис становништва, домаћинстава и станова 2011, Књига 1: Национална припадност, Републички завод за статистику, Београд, 2012, доступно на:

<http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/Popis2011/Nacionalna%20pripadnost-Ethnicity.pdf>

⁶ United Nations, Economic and Social Council, Concluding observations on the second periodic report of Serbia (E/C.12/SRB/CO/2), 2014, доступно на: <http://www.refworld.org/docid/53fdbbb64.html>.

⁷ Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња 2016-2025, стр. 19, доступно на: <http://www.minrzs.gov.rs/lat/dokumenti/medjunarodna-saradnja/strategija-za-socijalno-uklju%C4%8Divanje-roma-i-romkinja-u-republici-srbiji-za-period-od-2016-do-2025-godine>.

⁸ Исто, стр. 19.

⁹ Исто, стр. 20.

¹⁰ Исто, стр. 20.

¹¹ Исто, стр. 20.

¹² Исто, стр. 20.

¹³ Исто, стр. 21.

¹⁴ Исто, стр. 21.

¹⁵ Исто, стр. 21.

3.2. Репродуктивно здравље Ромкиња

Број трудноћа, прекида трудноће и порођаја, материнство, сиромаштво, насиље, и други фактори, непосредно утичу на репродуктивно здравље жене. Велики број трудноћа и порођаја, посебно кратки временски размаци између две трудноће и велики број прекида трудноће, посебно угрожавају женино здравствено стање.

Услови живота већине Ромкиња су лоши. Оне живе у неусловним објектима и инфраструктурно неуређеним насељима која немају воду, струју и канализацију, претежно су незапослене и немају сталне приходе. Ромкиње које су у радном односу, као и остали запослени, често се суочавају са проблемом неуплаћивања доприноса за здравствено осигурање, од стране послодаваца. Жене се међусобно разликују, а на разноврсност искустава и специфичност потреба директно утичу културални миље, социјално-економско стање (услови живота, материјални положај), религија, старост, способности, сексуална оријентација и родни идентитет. Како се Ромкиња односи према својим потребама, колико брине о себи и свом здрављу, колико обавеза преузима, повезано је са васпитањем, вредностима којима је била научена пре свега у породици, као и начином на који се друштво односи према женама, посебно женама ромске националне припадности.

Здравствени радници уочавају и проблем социјалне и економске природе, јер окружење и услови у којима Ромкиње живе негативно утиче на њихово и здравље деце, а оне немају материјалних средстава да те услове унапреде (увођење квалитетније исхране, на пример).

У превентиви и заштити репродуктивног здравља Ромкиња недостају системска решења. Активности на здравственој заштити и јачању свести Ромкиња о здрављу спроводе се преко пројеката организација цивилног друштва, а процес скрининга се такође врло често спроводи у оквиру пројекта цивилног сектора.



Слика 1 - Разговор са ромским здравственим медијаторкама у Београду (13. 10. 2016.)

На основу информација добијених при разговору са Ромкињама и здравственим медијаторкама, као и представницима здравствених установа и Републичког фонда за здравствено осигурање произилази да је, у односу на ранији период, више Ромкиња здравствено је осигурано и има здравствене књижице. Највећи број њих је осигуран по основу незапослености или као примаоци материјалне помоћи. Мали број Ромкиња је осигуран по

основу личног својства, као запослене или пензионерке, а неколико њих је осигурано као члан породичног домаћинства носиоца осигурања¹⁶.

Према доступним подацима време ступања у брак је различито, између 13 - 27 године. Иако Ромкиње као разлог своје ране удаје најчешће наводе лошу материјалну ситуацију, фокус групе су показале да боље материјално стање породице нема утицаја на време ступања у брачну заједницу, с обзиром на то да није реткост да и Ромкиње бољег материјалног статуса такође рано ступају у брак. Уочава се постојање уговорених бракова, нарочито у јужном делу Србије и појединим деловима Војводине. Уговорених бракова нема на подручју града Београда, али постоје малолетнички бракови.

„Још увек има и малолетничких бракова, удају девојчице од 12- 13 година.“

„Села око Крагујевца и насеље Лицика и даље има породица у којима девојчице иду у школу до 5. разреда основне школе.“

„У Пироту нема толико малолетничких бракова. У Нишу и Лесковцу се смањује број малолетничких бракова и има добрих примера да девојчице уписују средње школе.“¹⁷

Уочава се и даље присуство култа невиности, због чега се време ступања у први сексуални однос поклапа са годинама ступања у брачну заједницу. Старосна доб трудница је од 15-26 година.



Слика 2 - Разговор са Ромкињама у насељу Расадник у Пироту (23. 8. 2016.)

„У неким од заједница постоји и даље култ девичанства, као и куповање младе и ако се утврди да није невина, враћају је кући. У Нишу нема продаје, у Крагујевцу има још увек примера.“¹⁸

Ромкиње најчешће рађају у раној младости, пре 20. године и имају велики број порођаја са малим временским размаком између трудноћа, као и велики број абортуса. Оне нису довољно

¹⁶Изјаве учесница фокус група које поткрепљују податке садржане у Стратегији за социјално укључивање Рома и Ромкиња 2016-2025, стр.51, доступно на: <http://www.minrzs.gov.rs/lat/dokumenti/medjunarodna-saradnja/strategija-za-socijalno-uklju%C4%8Divanje-roma-i-romkinja-u-republici-srbiji-za-period-od-2016-do-2025-godine>.

¹⁷ Изјаве здравствених медијаторки у фокус групама.

¹⁸ Исто.

упућене у начине на који могу да се заштите од нежељене трудноће, а многима је непознато шта је заправо контрацепција. Ромкиње немају на располагању јасне, проверљиве и на струци засноване информације о контрацептивним методама, а бројне информације (често и нетачне) добијају се преношењем прича о искуствима жена са контрацептивним средством. Многе сматрају да је најбољи метод контрацепције „природан начин“, а избор жене у знатној (некада и у највећој) мери условљава одлука партнера и породице. Такође, верски разлози су један од фактора који доприносе занемарљивом коришћењу контрацептивних средстава код Ромкиња, а постоје ситуације да муж не дозвољава коришћење контрацепције, што је посебно изражено код старијих Рома и Рома расељених са Косова. Млади Роми су, за разлику од старије генерације, више заинтересовани отворенији су, а и информишу се сами, преко интернета.

„Скоро је био случај девојке од 19 година, која има троје деце, а после првог детета је рекла да неће брзо да има друго дете, али не успева да се избори.“

„Има још увек ситуација да се не користе никаква средства за контрацепцију и ако жена има пара за абортус, иде на абортус, ако нема пара, роди – у једном насељу имам жену са 11 деце и другу жену са 13 деце.“

„Жена није хтела да роди, али није имала пара за абортус и родила је шесто дете. Постоје Центри за социјални рад који плаћају абортус, јер су цене високе.“

„Положај младе жене је у неким од заједница и даље такав да се свекрва о свему пита – уђемо у кућу саме или са патронажом и све што питамо у вези са дететом, свекрва одговара, иако је мајка присутна.“¹⁹

Иако не постоје тачни подаци о броју порођаја Ромкиња у породилишту, највећи број њих породи се у здравственој установи. Међутим, породилишта се и даље сусрећу са проблемом документације, јер се поједине Ромкиње не порађају са својом књижицом, или се више жена порађа са једном здравственом књижицом²⁰.

Ромкиње без изузетака доје своје бебе. Дојење је на првом месту, некада и прегруто, до треће године живота детета.

Абортус се сматра видом контрацепције, а број абортуса се креће од један до 40. Ромкиње најчешће немају абортус пре првог порођаја, већ након што роде планиран (очекиван) број деце, па након тога наредне трудноће прекидају абортусом.

„Не знам тачан број абортуса....после четвртог детета... до 40. године ишла сам преко 36 пута на киретажу.“²¹

„Има једна жена у насељу која је на свака 3-4 месеца ишла на чишћење... ма некад и на по месец дана... Родила је четворо деце, после је морала да ради и морала је да абортира. Како зашто? Па немање, беда, за дете треба удобност, да се 'рани и обуче...'“²²

Прекиде трудноће Ромкиње обављају у здравственим установама. Међутим, Ромкиње у тим случајевима, нису добијале од здравствених радника савет о контрацепцији, чак ни оне које су „сви лекари и сестре већ познавали због честих долазака на киретаже“²³.

Здравствене установе немају евиденцију о броју абортуса Ромкиња, а сматрају да би било тешко и успоставити је. Реална слика о броју абортуса из немедицинских разлога не постоји, јер се значајан проценат абортуса обавља у приватним клиникама.

¹⁹ Исто.

²⁰ У једном од породилишта у Београду у току шест месеци породиле су се две жене са истом здравственом књижицом.

²¹ Ромкиња – 56 година, удала се у 14. години а у 16. родила прво дете.

²² Изјава Ромкиње у фокус групи.

²³ Исто.

Уочено је да је временом дошло до помака па сада Ромкиње ређе имају абортус. Доступност информација о контрацептивним средствима путем интернета допринела је да млади Роми и Ромкиње о контрацепцији више говори и да су боље упознати о репродуктивном здрављу.

„Раније је било много више, и по 10 свака жена.“²⁴

Ромкиње углавном не посећују саветовалишта за контрацепцију, јер за њега најчешће не знају, а оне које су упознате са постојањем саветовалишта често не користе ову услугу, јер сматрају да за тим нема потребе и *„да не одлучују оне о томе, муж се пита“²⁵*. Ромкиње не сматрају да оне треба да имају активну улогу у решавању питања контрацепције и одабиру контрацептивне методе.

Такође је, финансијска несамосталност и сиромаштво Ромкиња од утицаја на велики број порођаја, јер се прекиди трудноће - абортуси из немедицинских разлога плаћају до 25.000 РСД, што је један од узрока због кога неке жене, иако не желе и немају услова, ипак роде.

Изабраног гинеколога Ромкиње најчешће имају, али на прегледе одлазе у највећем броју случајева само током трудноће, када редовно одлазе на контроле. Ромкиње најчешће нису информисане о постојању саветовалишта које могу посетити, нити о праву на превентивне годишње прегледе.

Одзив на позиве на скрининге грлића материце и дојке је различит. Негде се одазивају²⁶, негде одлазе само по потреби, због постојања здравствених сметњи²⁷, а негде позиве за скрининге углавном нису добијале²⁸.

Проблем документације постоји и у поступку остваривања права на биомедицински потпомогнуто оплођење – потребна је обимна документација да би се ушло у поступак, те је и то један од разлога што је занемарљиво мали број Ромкиња укључен у поступак вантелесне оплодње. Неке Ромкиње које су тај процес започеле одустале су под притиском породице и средине.

У последње време, нарочито на територији града Београда, уочава се повећан број Ромкиња које су зависнице од психоактивних супстанци и ширење Хепатитиса Ц. Повећавају се случајеви интравенских корисница психоактивних супстанци, који захтевају сарадњу са Центром за социјални рад. Ромкиње су, због лоших услова живота, насиља и других разлога, подложније депресији и меланхоличним стањима, а здравствени систем детектује и депресије са суицидалним идејама.

3.3. Услуге и права у превенцији и заштити репродуктивног здравља Ромкиња

Услуге здравствене заштите у области сексуалног и репродуктивног здравља грађанима се обезбеђују у складу са важећим прописима.²⁹ Оне се пружају у једнаком обиму и без дискриминације свим грађанима. Међутим, и поред закона и на закону заснованих прописа који женама ромске националности обезбеђују пун обим здравствене заштите, у пракси Ромкиње често немају приступ или имају отежан приступ здравственом систему.

3.3.1. Здравствено осигурање

Закони Републике Србије препознали су посебно осетљив положај Рома, те су обезбедили поједностављенији поступак утврђивања чињенице рођења и следствено уписа у матичне књиге, пријаву пребивалишта на адресу Центра за социјални рад и остваривање права на

²⁴Изјаве Ромкиња у фокус групама.

²⁵ Исто.

²⁶ Пирот, Нови Бечеј.

²⁷ Ниш.

²⁸ Београд, Врање.

²⁹ За нормативноправни преглед видети Анекс II.

здравствено осигурање онима који због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште. Ови законски институти допринели су повећању броја Ромкиња које имају лична документа, пријаву пребивалишта и здравствено осигурање.

Међутим, и даље има случајева да Роми не остварују права из здравственог осигурања због тога што нису уписани у матичне књиге рођених или немају пријављено пребивалиште. Иако је број таквих случајева смањен од када је, у складу са иницијативом Заштитника грађана, 2013. године измењен и допуњен Закон о ванпарничном поступку³⁰, он није занемарљив и нарочито погађа Ромкиње и ромску децу. У већини случајева, Роми могу да пријаве пребивалиште на адреси центра за социјални рад, али има и изузетака.

„У Лесковцу не функционише пријава пребивалишта на Центар за социјални рад. Имали смо проблем у 2-3 случаја која још нису решена.“³¹

3.3.2. Здравствене медијаторке

Увођење 2009. године услуге здравствених медијаторки - као споне између Рома, посебно Ромкиња и здравственог система - унапредило је коришћење услуга здравствене заштите од стране Ромкиња. Рад здравствених медијаторки у вези са здравственим просвећивањем Рома и Ромкиња је најуспешнија мера у јавним политикама предузета након усвајања Стратегије за унапређивање положаја Рома 2009-2015. године.³² Здравствене медијаторке су Ромкиње, мајке, које знају ромски језик и које имају завршену најмање основну школу. У сарадњи са здравственим радницима, ромске здравствене медијаторке утицале су на побољшање нивоа репродуктивног здравља Ромкиња тако што их благовремено упућују на услуге здравственог система, указују на потребу планирања породице и контрацепцију и дају корисне информације и изворе информација о трудноћи, порођају, материнству, породичној организацији која доприноси оптималном развоју деце.

Укупно 69 медијаторки активно ради. Рад здравствених медијаторки довео је до повећања броја Ромкиња које су здравствено осигуране и до повећања коришћења здравствених услуга од стране Ромкиња, укључујући и здравствене услуге у области репродуктивног здравља.

Представници Министарства здравља истичу да се при њиховом избору предност даје мајкама, те да се води рачуна да оне познају не нужно ромски језик, него језик који се говори у том окружењу, а то може да буде албански или мађарски, у зависности од места у коме се ангажује и језика којим се ромска популација у том месту користи.³³ Према Министарству здравља, ромске здравствене медијаторке блиско сарађују са патронажном службом у дому здравља. Оне су те које саветују жене након порођаја уз асистенцију патронажне сестре. Медијаторке су едуковане, а Министарство спроводи редовне едукативне активности континуирано свих ових година.³⁴

Ромске здравствене медијаторке су у сталном контакту са женама и помажу им у вези са издавањем здравствених књижица, пријавом пребивалишта, покретањем поступака, вакцинацијом деце, одласком на превентивне, куративне и скрининг прегледе, а са Ромкињама и саветодавно раде на подстицању коришћења услуга које им нуди здравствени систем. Здравствени радници и сарадници сматрају потребним даље ангажовање здравствених медијаторки, јер се сарадња са њима показала као изузетно успешна, посебно у прибављању здравствених исправа, вакцинацији деце, али и избору гинеколога и упућивању на превентивне прегледе. Ромкиње цене здравствене медијаторке и налазе да им је њихова

³⁰ „Службени гласник РС“, бр. 25/82 и 48/88 и „Службени гласник РС“, бр. 46/95, 18/05, 85/12, 45/13, 55/14 и 6/15.

³¹ Ромска здравствена медијаторка

³² Стратегију за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016 до 2025. године, стр. 1, доступно на: <http://www.minrzs.gov.rs/lat/dokumenti/medjunarodna-saradnja/strategija-za-socijalno-uklju%C4%8Divanje-roma-i-romkinja-u-republici-srbiji-za-period-od-2016-do-2025-godine>.

³³ Изјава представника Министарства здравља у разговору са овлашћеним лицима Заштитника грађана.

³⁴ Исто.

помоћ и подршка више него потребна, а здравствене медијаторке постају узор у ромским насељима у којима раде.³⁵



Слика 3 - Разговор са Ромкињама у насељу Црвена звезда у Нишу (29. 8. 2016.)

„Велики је напредак, али увек има посла, стижу млађе генерације са којима је потребно радити од почетка и које су отвореније и не треба то пропустити.“

„Велики је успех да сада жене саме траже да им се закаже гинеколошки преглед, оне нас зову, а раније смо ми морале да идемо у насеља, да их позивамо, објашњавамо, водимо...“

„Некада су жене хтеле само у групама да иду на гинеколошке прегледе, сада хоће и саме, појединачно.“

„Подигнута је свест о значају скрининга.“

„Сарадња са здравственим установама је одлична.“

„Вакцинација деце је велики успех, када смо почеле да радимо 2009. године, велики број деце није био вакцинисан, сада, после теренских вакцинација, већина деце јесте вакцинисана.“

„У Крагујевцу има 1% невакцинисане деце.“

„2009. године је још увек било доста порођаја код куће, сада се све жене порађају у болници, иду и на редовне прегледе у трудноћи и деца се пријављују на време - добија се порука на мобилном телефону да је дете регистровано.“

„Жене забораве услед других обавеза на заказане прегледе, а када нас виде да пролазимо кроз насеље, сете се и оду на прегледе.“³⁶

„Раније су тимске, теренске вакцинације рађене недељно, сада месечно.“³⁷

³⁵Информација добијена на састанку са представницима Министарства здравља.

³⁶Изјаве здравствених медијаторки на фокус групама.

³⁷Изјава представника ГО Палилула у фокус групи.

Здравствене медијаторке воде евиденцију о броју посета, као и о: броју трудница; ризичним трудноћама; бабињарама; женама у генеративном и постгенеративном периоду. Такође, медијаторке евидентирају и број трудница које су у том месецу: обавиле контролни преглед; нису се јављале гинекологу; породиле, као и број жена које су обавиле: систематски гинеколошки преглед; контролни гинеколошки преглед; мамографију. Медијаторке све податке редовно на месечном нивоу достављају Министарству здравља.

„Евиденцију уредно водимо. Од пре месец дана имамо нову базу, стара није радила од 30. маја 2014. године. Нова је другачија база од старе, попуњава се путем интернета и често је јако споро. То вероватно има и везе са квалитетом интернет везе. Пре две године је почело увођење нове базе, концепт је тежи, споро је преко интернета. Прошле недеље смо имале обуку за коришћење базе и сада све уназад убацујемо.“³⁸

Медијаторке су углавном смештене у патронажној служби домова здравља.

Медијаторке једном недељно организују радионице и могу саме да бирају са којом групом (деца, жене, ког узраста) ће радити, као и тему. Одзив је из године у годину све бољи и интересовање веће.

„Сада питају на који начин да израчунају плодне дане“³⁹

Млади Роми се одазивају позивима на радионице о репродуктивном здрављу, али они нешто старији не подржавају такав рад.

„У акцији поделе кондома знали су да се љуте: ‘Немој ти да ги делиш, шта се тебе тиче’....“

„У Депонији можемо мушкарцима да делимо кондоме, али женама не.“

„Сличан негативан став и однос је постојао раније у вези са имунизацијом деце, док је сада далеко мањи број деце невакцинисан.“⁴⁰

Радноправни статус је проблем који додатно оптерећује рад здравствених медијаторки. Од 2009. године до данас оне немају заснован радни однос, већ су ангажоване од стране Министарства здравља по основу уговора о делу. Уговор се закључује на 3 месеца. Финансирање здравствених медијаторки се обавља преко пројекта. Приходи здравствених медијаторки су минимални, а у систему недостаје још најмање десет медијаторки.

„Овог месеца имамо здравствено осигурање преко Министарства здравља, а до сада је било као незапослене.“

„Ми имамо велику жељу да останемо у овом послу, доста смо и урадиле и научиле, али су мале плате - 18.400 месечно (33.800 бруто)- то је мање од минималца, а није ни плата, него хонорар не можемо ништа, ни кредит да подигнемо, а многе од нас су самохране мајке, све имамо децу... Ни превоз нам није плаћен, а све имамо велики терен и по 20 км, неке општине плаћају превоз, неке не, негде су домови здравља плаћали, па сада не плаћају, јер немају основ, јер ми нисмо запослене у дому здравља.“⁴¹

„Јесте тачно да наше медијаторке плаћамо мало, али ми издвајамо 35 милиона на годишњем нивоу. Све друге оперативне ствари обезбеђујемо из донација. Обезбедили смо сад из пројекта опрему, лап топове и мобилне телефоне медијаторкама.“⁴²

“У овом тренутку недостаје 10 медијаторки. Нове медијаторке би морале да прођу тродневну обуку, треба да им се плати превоз, а Министарство нема никакав фонд за то.”⁴³

Недостатак средстава довео је и до смањења броја обука за здравствене медијаторке.

³⁸Изјаве здравствених медијаторки на фокус групама.

³⁹Изјаве здравствених медијаторки на фокус групама.

⁴⁰Исто.

⁴¹Исто.

⁴²Изјава представника Министарства здравља у разговору са овлашћеним лицима Заштитника грађана.

⁴³Исто.

„Прошле смо многе едукације, сада смо добиле и сертификат о завршеној првој години средње медицинске школе. Сада немамо често обуке, раније смо имале и биле су нам корисне.“⁴⁴

Иако је Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године предвиђено да се медијаторке уведу у здравствени систем, односно да Министарство систематизује радно место здравствене медијаторке⁴⁵, став је Министарства да „у овом тренутку систематизација радног места медијаторки није могућа: прво због финансијског стања нашег здравственог система, друго због постојећих уредби, а треће због нивоа образовања наших медијаторки.“⁴⁶



Слика 4 - Разговор са представницима здравствених установа у Београду и Републичког фонда за здравствено осигурање (28. 9. 2016.)

Специфични положај Ромкиња и разлоге због којих је нужно планирати и примењивати афирмативне мере у свим областима, односно очувати и унапредити услуге које доприносе унапређењу њиховог положаја недовољно је препознат у Министарству здравља, а уочава се и непрепознавање разлике између дискриминације и афирмативних мера и непознавање Закона о забрани дискриминације који ове појмове дефинише и област уређује.

„То треба да гледамо са другог аспекта, могле су саме да се едукују. Ја лично не прихватам одговорност Министарства здравља. Оне јесу мало плаћене. Раде дуги низ година ангажоване уговором о

⁴⁴ Изјаве здравствених медијаторки у фокус групама.

⁴⁵ „Посебни циљ 4: Унапредити здравље Рома и Ромкиња, унапредити приступ здравственим услугама и омогућити пуно остваривање права на здравље у здравственом систему Републике Србије. Оперативни циљ 4: Унапредити приступ квалитетној здравственој заштити без дискриминације. Мере: Дефинисати и правно уредити одговарајући програм едукације за радно место здравствене медијаторке кроз формално образовање, номенклатуру занимања и реализовано запошљавање здравствених медијаторки у домовима здравља, као и програм њиховог континуираног стручног усавршавања; код запошљавања кадрова у систему здравствене заштите, у случајевима кандидата са истим компетенцијама, дати предност запошљавању кандидата ромске националности. Исходи до 2025. године: Радно место здравствене медијаторке је систематизовано, а број медијаторки је повећан.“, Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године, стр. 59-68, доступно на: <http://www.minrzs.gov.rs/lat/dokumenti/medjunarodna-saradnja/strategija-za-socijalno-uklju%4%8Dvanje-roma-i-romkinja-u-republici-srbiji-za-period-od-2016-do-2025-godine>.

⁴⁶ Изјава представника Министарства здравља при разговору са овлашћеним лицима Заштитника грађана.

привременим и повременим пословима. Њихов рад јесте оправдан, али опис њиховог посла је посао патронажне сестре. Ми уводимо некога да по националној основи ради. Правимо дискриминацију према другима. Да је ситуација боља, а била је пре пар година када се почело са тим, можда, али ми смо сада једноставно стављени пред свршен чин. Ми смо прошле године у здравственом систему вршили рационализацију, чека нас наредна. Овамо отпуштамо две, три хиљаде људи а да запослимо стотинак других. То је тренутно немогуће.“⁴⁷

3.3.3. Услуге здравствене заштите

Ромкињама које живе у мањим срединама доступна је само примарна, а у нешто већим јединицама локалне самоуправе и секундарна здравствена заштита, с обзиром на то да се терцијарна налази у већим градовима, а што изискује додатне трошкове за њих.

Домови здравља нису предузимали додатне активности у циљу побољшање репродуктивног здравља Ромкиња осим активности у које је укључена патронажа са здравственом медијаторком, а у вези са избором лекара гинеколога и спровођења превентивних гинеколошких прегледа. Позиви на скрининге врше се у сарадњи са здравственом медијаторком, али има случајева да се позиви Ромкињама не достављају.⁴⁸ Одзив је генерално слаб, али се велики број Ромкиња редовно одазива на контролне прегледе. Међутим, превенција генерално није у фокусу, а Ромима који живе изван градских и урбаних средина је недоступан секундарни ниво здравствене заштите.⁴⁹

У домовима здравља најчешће постоји Саветовалиште за труднице и Саветовалиште за контрацепцију (репродуктивно здравље младих), али Ромкиње углавном нису информисане о њиховом постојању. Мали број оних које користе ову услугу долазе у саветовалишта по слободном избору, без разлика у односу на општу популацију. Посебних програма за трудне Ромкиње адолесценткиње нема. Служба поливалентне патронаже обавља посете трудницама и породилјама, мада има честих случајева да ове посете нису обављане када су пацијенткиње Ромкиње⁵⁰.

И даље постоји дискриминација Ромкиња у здравственом систему, која се нарочито огледа у начину опхођења здравствених установа и здравствених радника према Ромкињама.

„Дођем прва, а стигнем на ред последња.“

„Ја кад водим мужа увек се деру. Ја питам: „Де је начелник, а они кажу да немају начелника.“

„Они лекари и ајде... ал сестре вичу.“

„У породилишту у Нишу већ 3-4 године постоје две ромске собе, односно собе у коју се смештају само Ромкиње породиле. То сви знају. Те собе се не разликују од других соба, али се у њима смештају искључиво Ромкиње.“⁵¹

⁴⁷ Исто.

⁴⁸ ДЗ Чукарица не шаље позиве, већ медијаторке обавештавају жене о скринингу.

⁴⁹ Изјава здравствених радника у фокус групама.

⁵⁰ Ромкиње у фокус групама навеле су да нису имале посете патронажних сестара након порођаја.

⁵¹ Изјаве Ромкиња дате у фокус групама.



Слика 5 - Разговор са Ромкињама у насељу Шаћина воденица у Пироту (23. 8. 2016.)

И поред негативног искуства са здравственим радницима и сарадницима, Ромкиње не подносе приговоре и жалбе. Већина њих није ни упозната са тим могућностима, а имају и наглашену сумњу да њиховим изјавама не би нико поклатио поверење „јер су Ромкиње“⁵².

Уочава се и даље постојање малолетничких и уговорених бракова.

Здравствене установе нису организовале едукације здравствених радника о раду са Ромима и Ромкињама и о Закону о забрани дискриминације, нити активности усмерене на побољшање репродуктивног здравља Ромкиња.

3.3.4. Евиденције

Здравствена документација и евиденције које воде здравствене установе не садрже информације о етничкој припадности, па се здравствено стање ромске популације не може пратити кроз здравствено статистичко истраживање.⁵³ Министарство нема ни евиденцију о пружању здравствених услуга припадницима ромске националне мањине, јер не постоји законски основ за прикупљање податке по националној припадности.

„Базе Министарства здравља тај вид бележења не препознају.“⁵⁴

Министарство здравља не располаже систематизованим подацима о резултатима рада здравствених медијаторки за период после 31. маја 2014. године због престанка са радом базе података о здравственом стању Рома у току 2014. године.⁵⁵ Министарство здравља покушава да базу података, која је редовно ажурирана до 2014. године на основу месечних извештаја здравствених медијаторки, уподоби тако да буде компатибилна са новим информационом

⁵²Исто.

⁵³Здравствено статистичко истраживање представља систем прикупљања и обраде података у систему здравствене заштите применом јединствених методологија и статистичких стандарда и у складу са прописима о статистици, а сагласно програму статистичких истраживања; чл. 4. ст. 1. тач. 9. Закона о здравственој документацији и евиденцији у области здравства.

⁵⁴Информација добијена на састанку са представницима Министарства здравља.

⁵⁵Исто.

системом. Активности око ажурирања базе поново су започете и очекује се да ће се завршити до краја године.⁵⁶

Министарство здравља од 2009. године спроводи програм унапређење здравља Рома, у оквиру Акционог плана здравља у Републици Србији. Тај програм и дан данас траје и финансиран је из буџета Републике Србије. На основу Закона о здравственој заштити⁵⁷, у оквиру унапређења здравља и здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику обољевања од 2008. године Министарство здравља је подржало пројекат увођења здравствених медијаторки у здравствени систем Републике Србије. Улога здравствених медијаторки је да воде евиденцију о здравственом стању житеља неформалних насеља, да раде са њима на подизању свести о неопходности вакцинације деце, као и значају правилне исхране и хигијенских навика. Здравствене медијаторке треба да обезбеде бољи увид здравствених установа у стање ових насеља, а да житељима укажу на значај правовременог јављања лекару. Здравствена медијаторка није здравствени радник (лекар, медицинска сестра), већ повезује здравствени систем и грађане неформалних насеља.

Програм „Спровођење Акционог плана о здравственој заштити Рома“, у периоду 01.01.2009. - 31.05.2014. године остварио је следеће резултате:

- Урађено 37.502 првих посета породицама
- Обухваћено је и евидентирано током првих посета 140 408 грађана: жена 46.453, мушкараца 43.201 и деце 50.754.
- Обављено је 221.166 посета породицама којима је била неопходна помоћ у прибављању личних докумената, остваривању здравственог осигурања, укључивању у здравствени систем (преглед жена код гинеколога, избор лекара, вакцинација деце и избор лекара педијатра), уписивању деце у школу, остваривању разних видова помоћи (материјална једнократна помоћ, помоћ Црвеног крста, дечији додатак, стипендија и др.).
- Обављено је 170.278 посета породицама или члановима породице ради спровођења здравственог васпитања кроз планирани разговор и подељен здравствено-васпитни материјал (55.200 флајера, брошура, календара вакцинација, марамица, кондома, пасти за зубе и четкица и др.).
- Спроведен је здравствено васпитни рад путем рада у малој групи, предавања и постера за 31.808 одраслих,
- Обављено је укупно 460.125 посета породици, члановима породице којима је неопходна помоћ и посета ради спровођења здравственог васпитања кроз планирани разговор, предавање, радионице
- Обезбеђена су лична документа и здравствене легитимације за 16.330 грађана
- 28.003 је изабрало лекара
- Вакцинисано је 30.018 деце
- Вакцинисано је (Те-Ал) 2.719 одраслих
- Спроведена је контрола здравља за 4500 трудница и породиља
- Извршен је систематски преглед за 12.617 жена
- 11.177 жена изабрало свог гинеколога
- Урађено је 1144 мамографија
- Урађен је систематски преглед за упис у школу и уписано 7.710 деце.⁵⁸

Иако ове бројке упућују на то да су начињени кораци ка системском приступу здравственој заштити Рома и Ромкиња, посебно када је реч о здравственом осигурању и вакцинацији деце, подаци⁵⁹ показују да је неопходно интензивирати напоре на здравственој заштити Рома и

⁵⁶Исто.

⁵⁷члан 11 Закона о здравственој заштити.

⁵⁸Министарство здравља, Буџетски фонд за лечење обољења, стања или повреда која се не могу успешно лечити у Републици Србији, доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=73>.

⁵⁹Видети Стратегију за социјално укључивање Рома и Ромкиња 2016-2025.

Ромкиња, унапређењу превентивне здравствене заштите, а посебно на планирању и спровођењу интензивнијих активности усмерених на заштиту и унапређење репродуктивног здравља Ромкиња.

У процесу је израде Национални програм за сексуално и репродуктивно здрављеја године.

„Нормално у стратегији не можемо да ставимо интуте по националној припадности, али ће бити добра основа за било који даљи програм и пројекат односно активности Министарства здравља.“⁶⁰

У Врању, Новом Бечеју, Пироту, Нишу и београдској градској општини Вождовац не постоје прецизни и систематизовани подаци о припадницима ромске популације већ су резултати Пописа становништва, домаћинства и станова из 2011. године о националној припадности становништва, које је објавио Републички завод за статистику, једина евиденција коју поседују.

Додатан проблем при изради овакве врсте евиденција јесте и социјална мимикрија која је код Ромске популације нарочито присутна. С обзиром на то да не поседују овакву врсту података, јединице локалне самоуправе немају ни могућност да их евентуално користе у циљу унапређења механизма помоћу којих је могуће елиминисати узроке отежаног приступа правима и структурног сиромаштва Рома и Ромкиња.

Изузеци су београдске градске општине Палилула и Чукарица које су користиле податке о броју Рома на својој територији за израду локалних акционих планова.

3.3.5. Координатори за ромска питања

Ниш, Пирот, Врање и Нови Бечеј немају систематизовано радно место координатора за ромска питања, нити особу која ради на пословима старања о интеграцији Рома. Као разлог за то, ове јединице локалне самоуправе наводе проблем финансирања и важећу забрану запошљавања у јавном сектору.

У Врању је основана ромска канцеларија. До сада није било примедби на рад канцеларије.

Ромкиње имају здравствене књижице и немају проблема када иду код лекара.

У Пироту и Новом Бечеју је на пословима ромског координатора било запослено лице по основу пројеката.

Ниш - ГО Палилула раније је имала ангажованог ромског координатора, али је учинак његовог рада оцењен као слаб, односно да није дао значајније резултате.

Београдске градске општине Палилула, Чукарица и Вождовац у својим актима о организацији рада општинских управа имају систематизовано радно место координатора за ромска питања и стално запослено лице које обавља те послове.

3.3.6. Услуге и активности јединица локалне самоуправе

Посебне активности током текуће године које су у директној вези са побољшањем остваривања здравственог осигурања и здравствене заштите Рома градови Врање и Ниш и Општина Нови Бечеј нису планирали и спровели. Град Пирот није реализовао директне мере, али је преко пројектног финансирања подржао пројекте других удружења.

Београдска градска општина Чукарица је у сарадњи са патронажним сестрама и ромским здравственим медијаторкама учествовала у реализацији радионица у ромским насељима на територији општине, а организоване су и радионице са мушкарцима. Остварена је добра

⁶⁰Информација добијена на састанку са представницима Министарства здравља.

сарадња са цивилним сектором – невладиним организацијама које су овој градској општини пружале подршку у пројектима који су радили на побољшању здравља Рома.

Сарадња ромске заједнице и јединица локалне самоуправе варира, а уочљиво је да јединице локалне самоуправе немају или немају довољно опредељених средстава за унапређење положаја Ромкиња.

„Сарадња са градском управом у Пироту је начелно добра, излазе у сусрет када нешто треба да се подржи, али нема буџета за Роме.“⁶¹

Градови Ниш и Пирот имају изузетно добру сарадњу са организацијама цивилног друштва које активно раде на подршци Ромима и Ромкињама на пријављивању пребивалишта. У Нишу тренутно 67 лица има пријаву пребивалишта на адреси Центра за социјални рад, што је допринело побољшању остваривања права из здравственог осигурања и здравствене заштите.

Организације цивилног друштва имају углавном добру сарадњу са здравственим установама и ромском заједницом, што је од значаја за активности које спроводе. Организације су, преко пројеката, спроводиле активности на подизању свести Рома и Ромкиња о контрацепцији, потреби редовних превентивних прегледа, организацији систематских гинеколошких прегледа и набавци медицинских и немедицинских средстава.⁶² Међутим, с обзиром на то да су пројекти ограниченог временског трајања, утицај организација цивилног друштва на побољшање репродуктивног здравља Ромкиња је ограниченог, краткорочног и повремениг карактера.

Градска управа Града Ниша обезбеђује једнократну новчану помоћ социјално угроженим становницима, међу којима су и Роми и Ромкиње, у циљу побољшања услова живота који су који су врло често на ивици маргинализованости и егзистенцијалне угрожености. Једнократне новчане помоћи обезбеђују се и у осталим јединицама локалне самоуправе.

3.3.7. Локални акциони планови

Локални акциони планови (ЛАП) за примену Стратегије за социјално укључивање Рома и Ромкиња нису донети у Новом Бечеју и Врању, мада је у појединим општинама/градовима (Пирот, Ниш) оформљена радна група за његову израду. У Врању је донета одлука о изради акционог плана, а актуелно се ради ЛАП за образовање Рома.

У Нишу је постојао је локални акциони план који је престао да важи, а град налази да циљеви постављени у плану нису у потпуности испуњени.

Београдске градске општине Палилула и Чукарица су 2015. године усвојиле акционе планове о социјалном укључивању Рома.

3.3.8. Саветници за заштиту права пацијената и савети за здравље

Број приговора Рома и Ромкиња саветницима за заштиту права пацијената је занемарљив у односу на општу популацију, и углавном се односе на однос запослених на пријему поднесака и заказивање прегледа.

Савети за здравље нису ни планирали ни спроводили активности на унапређењу положаја Ромкиња у здравственом систему и имају сасвим пасиван однос према остваривању права жена на квалитетну заштиту репродуктивног здравља.

⁶¹Изјава представника удружења грађана из Пирота.

⁶²У београдском ромском насељу у селу Раковица, организација цивилног друштва је обезбедила средства и набавила контрацептивна средства Ромкињама којима је гинеколог препоручио примену одређеног контрацептивног средства.



Слика 6 - Разговор са представницима здравствених установа у Београду и Републичког фонда за здравствено осигурање (28. 9. 2016.)

3.3.9. Образовање, подизање свести и информисање Ромкиња

Свест Ромкиња о значају превентивне и куративне здравствене заштите и образовања и даље није довољно подигнута, што је од утицаја на степен коришћења услуга здравствене заштите у свим областима здравља, укључујући и сексуално и репродуктивно. Код већег броја Ромкиња постоје уверења о штетности појединих контрацептивних средстава, „штетнијих од абортуса“ (нпр. контрацептивне пилуле и спирала). Најчешће ови ставови настају преношењем једног или спорадичних лоших искустава и без довољно информација од стране здравственог система .

Министарство здравља планира укључивање у израду програма едукације и биће партнер са Министарством просвете, науке и технолошког развоја у развијању курикулума здравственог васпитања за основно и средње образовање.

„Имамо поразне податке да је нама абортус контрацептивно средство.“⁶³

⁶³Изјава представника Министарства здравља на састанку са овлашћеним лицима Заштитника грађана.

АНЕКС I – ПОДАЦИ О ФОКУС ГРУПАМА

Овај извештај сачињен је на основу података које је Заштитник грађана прибавио од Ромкиња и органа власти. Приликом прикупљања информација примарна циљна група биле су Ромкиње различитог узраста и нивоа образовања, интерно расељене са Косова и Метохије и депортоване из западноевропских земаља на основу споразума о реадмисији.

У прикупљању информација и изради овог извештаја Заштитник грађана сарађивао је са удружењем грађана „Ромски женски центар Бибија“ из Београда.

Прикупљање података је спроведено током августа и септембра 2016. године у следећим градовима и општинама: Београду (градске општине Вождовац, Палилула и Чукарица), Врању, Нишу, Новом Бечеју и Пироту. Критеријуми за избор ових јединица локалне самоуправе су били: број Рома који су настањени у јединици локалне самоуправе/градској општини, број ромских насеља, постојање локалног стратешког документа за унапређење положаја Рома, посебно Ромкиња и постојање активне ромске женске организације.

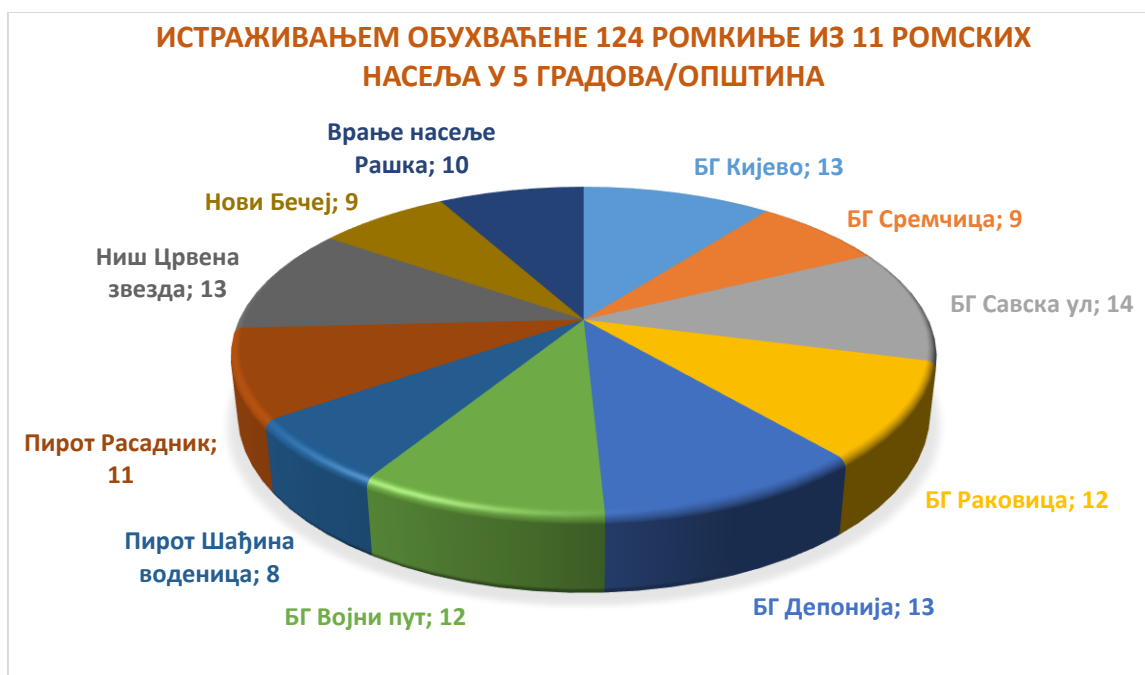
Прикупљање информација обављено је кроз:

- посете ромским насељима у Београду – градским општинама Вождовац, Палилула и Чукарица, Врању, Нишу, Новом Бечеју и Пироту;
- фокус групе са Ромкињама које живе у тим ромским насељима;
- фокус групе са следећим представницима органа власти:
 - представницима градских/општинских управа,
 - координаторима за ромска питања,
 - саветницима за заштиту права пацијената,
 - здравственим медијаторкама,
 - председницима/члановима Савета за здравље у јединицама локалне самоуправе
 - заштитницима грађана у јединицама локалне самоуправе (у оним јединицама локалне самоуправе у којима су установљени),
 - представницима здравствених установа
 - заштитницима права осигураних лица
- састанак са представницима Министарства здравља;
- писане информације које је на захтев Заштитника грађана доставило Министарство здравља;
- фокус групе са ромским женским организацијама које имају искуство у раду на унапређењу доступности и квалитета здравствене заштите Ромкиња;

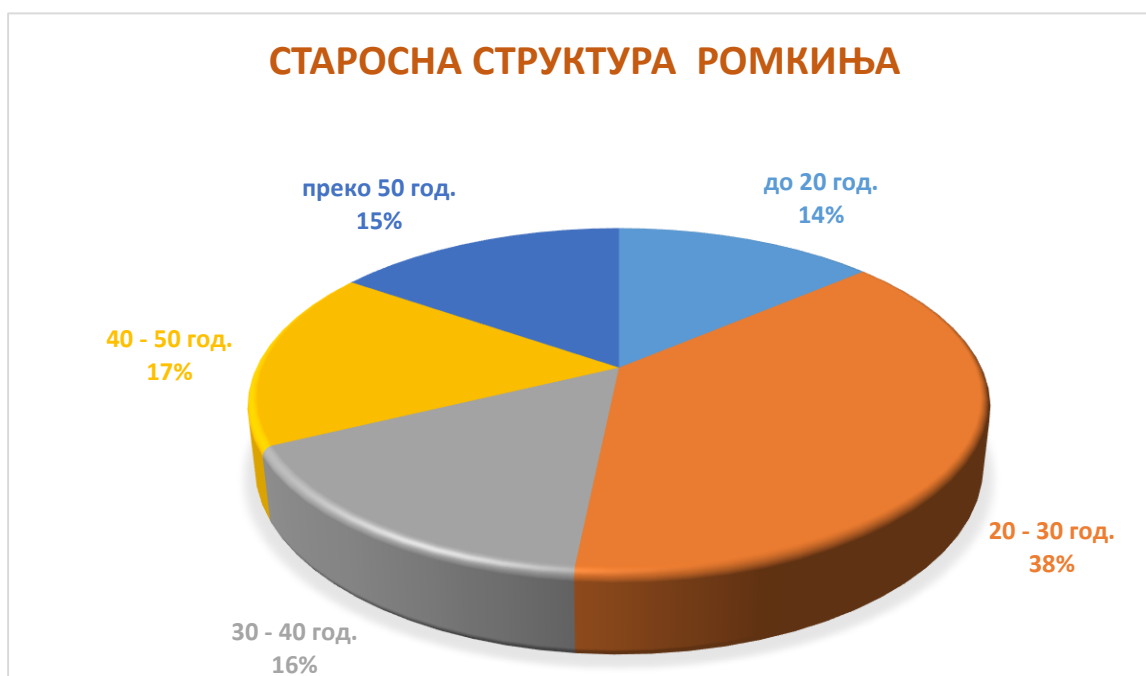
Фокус групе организоване су у Пироту, 23. 08. 2016. године, Нишу 29. 08. 2016. године, Новом Бечеју 30. 08. 2016. године, Врању 21. 09. 2016. године и Београду 28. 09. 2016. године, а полазна основа за прикупљање података био је упитник који је развио Заштитник грађана.

Фокус групе обухватиле су 124 Ромкиње из 11 ромских насеља, 30 ромских активиста, 10 ромских здравствених медијаторки, представнике 12 здравствених установа (домова здравља и болница/клиничких центара), 10 заштитника права осигураника и два саветника за заштиту права пацијената, и два заштитника грађана (омбудсмана) у локалној самоуправи.

Графикон 1 – Број Ромкиња обухваћених истраживањем



Графикон 2 – Старосна структура Ромкиња



- Највише је жена старосне доби 20 до 30 година, а најмањи до 20 година.

Графикон 3 – Број испитаних жена који је рађао



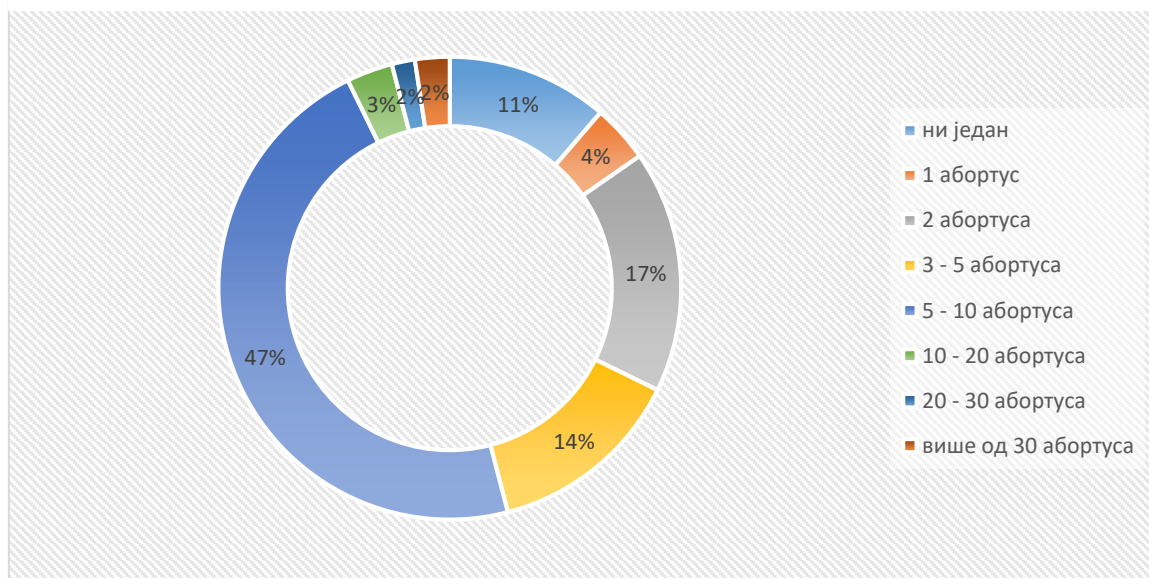
- Од 107 Ромкиња старости 15 година и више, рађало је 89 жена.

Графикон 4 – Коришћење контрацепције



- Од 124 Ромкиње које су обухваћене овим истраживањем, 111 жена никада није користило никакво контрацептивно средство, док њих 13 користи или је некада користила.

Графикон 5 – Број прекида трудноће из немедицинских разлога - абортуса



- Од 124 Ромкиње које су обухваћене овим истраживањем:
 - 14 жена није имало намеран прекид трудноће;
 - 5 жена је имала по 1 абортус;
 - 21 жене су имале по 2 абортуса;
 - 17 жена је имало између 3 и 5 абортуса;
 - 58 жена је имало више од 5 а мање од 10 абортуса;
 - 4 жене су имале између 10 и 20 абортуса;
 - 2 жене су имале више од 20 намерних прекида трудноће а
 - 3 жене су имале више од 30 абортуса.
- 47% Ромкиња са којима је разговарано за потребе израде овог извештаја, имало је 5 до 10 прекида трудноће из немедицинских разлога – абортуса.

АНЕКС II - НОРМАТИВНОПРАВНИ ОКВИР

Приликом утврђивања стања у остваривању права Ромкиња на сексуално и репродуктивно здравље, Заштитник грађана руководио се одредбама Устава Републике Србије⁶⁴, Универзалне декларације о људским правима⁶⁵, Међународног пакта о грађанским и политичким правима⁶⁶, Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима⁶⁷, Међународне конвенције о елиминацији свих облика расне дискриминације⁶⁸, Конвенције о елиминацији свих облика дискриминације против жена са Опционим протоколом⁶⁹, Конвенције о правима детета⁷⁰, Конвенције о правима особа са инвалидитетом⁷¹, Европске конвенције за заштиту људских права и основних слобода⁷², Оквирне конвенције о заштити националних мањина⁷³, Европске социјалне повеље (Ревидиране европске социјалне повеље)⁷⁴, Закона о заштити права и слобода националних мањина⁷⁵, Закона о здравственој заштити⁷⁶, Закона о здравственом осигурању⁷⁷, Закона о остваривању права на здравствену заштиту деце, трудница и породиља⁷⁸, Закона о правима пацијената⁷⁹, Закона о поступку прекида трудноће у здравственој установи⁸⁰, Закона о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења⁸¹, Закона о забрани дискриминације⁸², Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине⁸³, Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања⁸⁴, Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2016. годину⁸⁵, Стратегије за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016 до 2025. године⁸⁶, Стратегије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента⁸⁷, као и општеприхваћеним правилима међународног права садржаних у Општем коментару Комитета за људска права број 28 - Једнака права мушкараца и жена⁸⁸, Општем коментару

⁶⁴„Службени гласник РС“, број 98/06.

⁶⁵Усвојена и проглашена резолуцијом Генералне скупштине Уједињених нација 217 (III) од 10. децембра 1948. године.

⁶⁶„Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 7/71.

⁶⁷„Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 7/71.

⁶⁸„Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 31/67.

⁶⁹„Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 11/81.

⁷⁰„Службени лист СФРЈ – Међународни уговори број 15/90, „Службени лист СРЈ – Међународни уговори“ бр. 4/96, 2/97.

⁷¹„Службени гласник РС“, број 42/09.

⁷²„Службени лист СЦГ – Међународни уговори“, бр. 9/03, 5/05 и 7/05 и „Службени гласник РС – Међународни уговори“, бр. 12/10 и 10/15.

⁷³„Службени лист СРЈ – Међународни уговори“, број 6/98.

⁷⁴„Службени гласник РС – Међународни уговори“, број 42/09.

⁷⁵„Службени лист СРЈ“, број 11/02, „Службени лист СЦГ“, број 1/03 – Уставна повеља и „Службени гласник РС“, број 72/09 и 97/13.

⁷⁶„Службени гласник РС“ бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13, 93/14, 96/15, 106/15.

⁷⁷„Службени гласник РС“, бр. 107/05, 109/05, 57/11, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14, 106/15, 10/16.

⁷⁸„Службени гласник РС“, број 104/13.

⁷⁹„Службени гласник РС“, број 45/13.

⁸⁰„Службени гласник РС“, бр. 16/95, 101/05.

⁸¹„Службени гласник РС“, број 72/09.

⁸²„Службени гласник РС“, број 22/09.

⁸³„Службени гласник РС“, број 28/09.

⁸⁴„Службени гласник РС“, бр. 10/2010, 18/2010, 46/10, 52/10, 80/10, 60/11 и 1/13.

⁸⁵„Службени гласник РС“, бр. 12/16, 45/16, 57/2016.

⁸⁶„Службени гласник РС“, број 26/16.

⁸⁷„Службени гласник РС“, број 15/09.

⁸⁸Комитет за људска права, Општи коментар број 28: Једнака права мушкараца и жена, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), усвојен на 1834 седници (68. заседање), 29. марта 2000. године.

Комитета за људска права број 18 - Недискриминација⁸⁹, Општем коментару Комитета за економска, социјална и културна права (ЦЕСЦР) број 14 - Право на највиши достигнути стандард здравља⁹⁰, Општој препоруци Комитета за елиминисање дискриминације жена (ЦЕДАВ) број 21 - Равноправност у браку и породичним односима⁹¹, Општој препоруци Комитета за елиминисање дискриминације жена (ЦЕДАВ) број 24 - Члан 12 Конвенције (жене и здравље)⁹², Општем коментару Комитета за права детета број 4: Здравље адолесцената и развој у контексту Конвенције о правима детета⁹³, Општем коментару Комитета за права детета број 3: ХИВ/СИДА и права детета⁹⁴, Декларацији о правима припадника националних или етничких, верских или језичких мањина⁹⁵, Међународној конференцији о становништву и развоју (ИЦПД)⁹⁶, Пекиншкој декларацији и Платформи за акцију⁹⁷, Аман декларацији и програму акције⁹⁸, Препоруци Комитета министара Рец (2006) 10 о бољем приступу здравственој заштити за Роме и путнике у Европи⁹⁹, Резолуцији Европског парламента о ситуацији ромских жена у Европској унији (2005/2164 (ИНИ))¹⁰⁰ и Стразбуршкој декларацији о Ромима¹⁰¹.

Заштитник грађана посебно је имао у виду и препоруке међународних уговорних тела, а нарочито: Закључна запажања Комитета за елиминисање дискриминације жена¹⁰², Закључна запажања Комитета за права детета¹⁰³, Закључна запажања Комитета за права особа са инвалидитетом¹⁰⁴ и препоруке које је Републици Србији упутила Европска комисија против расизма и нетолеранције (ЕЦПР)¹⁰⁵.

⁸⁹ Комитет за људска права, Општи коментар број 18: Недискриминација, усвојен на 37. заседању, 10. новембра 1989. године.

⁹⁰ Комитет за економска, социјална и културна права, Општи коментар број 14: Право на највиши достигнути стандард здравља, Е/С.12/2000/4, усвојен на 22. заседању, 11. августа 2000. године.

⁹¹ Комитет за елиминисање дискриминације жена, Општа препорука број 21: Равноправност у браку и породичним односима, усвојена на 13. заседању, 1994. године.

⁹² Комитет за елиминисање дискриминације жена, Општа препорука број 24: Жене и здравље, усвојена на 20. заседању, 1999. године.

⁹³ Комитет за права детета, Општи коментар број 4: Здравље адолесцената и развој у контексту Конвенције о правима детета, CRC/GC/2003/4, усвојен на 33. заседању, 1. јула 2003. године.

⁹⁴ Комитет за права детета, Општи коментар број 3: ХИВ/СИДА и права детета, CRC/GC/2003/3, усвојен на 32. заседању, 17. марта 2003. године.

⁹⁵ Усвојена и проглашена на 47. заседању Генералне скупштине Уједињених нација, 18. 12. 1992. године (резолуција број 47/135).

⁹⁶ Одржана у Каиру, Египат, 05. – 13. септембра 1994. године.

⁹⁷ Усвојена на Четвртој светској конференцији о женама, која је одржана 15. септембра 1995. године у Пекингу.

⁹⁸ The Amman Declaration and Programme of Action - Једанаеста Међународна конференција Међународног комитета националних институција за промоцију и заштиту људских права, одржана у Амману, Јордан од 5-7. новембра 2012. године

⁹⁹ Усвојена од стране Комитета министара 12. јула 2006. године, доступно на https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805aff57.

¹⁰⁰ Усвојен 2005. године, доступно на: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0244+0+DOC+XML+V0//EN>

¹⁰¹ Усвојена на састанку на високом нивоу о Ромима Савета Европе, Стразбур, 20.10.2010, доступно на: <http://fmi.rs/wp-content/uploads/2012/12/Strazburska-deklaracija-o-Romima.pdf>.

¹⁰² Усвојена од стране Комитета за елиминисање дискриминације жена, CEDAW/C/SRB/CO/2-3, (1144 и 1145. сесија), 2013. године, доступно на:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSRB%2fCO%2f2-3&Lang=en.

¹⁰³ Усвојена од стране Комитета за права детета, CRC/C/SRB/CO/2-3, (2193. сесија), 2017. године, доступно на: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fSRB%2fCO%2f2-3&Lang=en.

¹⁰⁴ Усвојена од стране Комитета за права особа са инвалидитетом, CRPD/C/SRB/CO/1, (267. сесија) 2016. године, доступно на: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSRB%2fCO%2f1&Lang=en.

¹⁰⁵ Усвојен од стране Европске комисије против расизма и нетолеранције, CRI(2011)21, 2011. године, <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/Country-by-country/Serbia/SRB-CbC-IV-2011-021-SRP.pdf>.

**ПРЕГЛЕД РЕЛЕВАНТНОГ ДОМАЋЕГ ЗАКОНОДАВСТВА, СТРАТЕШКИХ
ДОКУМЕНАТА, МЕЂУНАРОДНИХ УГОВОРА КОЈЕ ЈЕ ПОТВРДИЛА РЕПУБЛИКА
СРБИЈА, ОПШТЕПРИХВАЋЕНИХ ПРАВИЛА МЕЂУНАРОДНОГ ПРАВА И ПРЕПОРУКА
УГОВОРНИХ ТЕЛА УН И ДРУГИХ МЕЂУНАРОДНИХ ТЕЛА УПУЋЕНИХ РЕПУБЛИЦИ
СРБИЈИ**

Устав Републике Србије¹⁰⁶

- Република Србија штити права националних мањина. Држава јемчи посебну заштиту националним мањинама ради остваривања потпуне равноправности и очувања њиховог идентитета.¹⁰⁷
- Држава јемчи равноправност жена и мушкараца и развија политику једнаких могућности.¹⁰⁸
- Пред Уставом и законом сви су једнаки.¹⁰⁹
- Свако има право на једнаку законску заштиту, без дискриминације. Забрањена је свака дискриминација, непосредна или посредна, по било ком основу, а нарочито по основу расе, пола, националне припадности, друштвеног порекла, рођења, вероисповести, политичког или другог уверења, имовног стања, културе, језика, старости и психичког или физичког инвалидитета. Не сматрају се дискриминацијом посебне мере које Република Србија може увести ради постизања пуне равноправности лица или групе лица која су суштински у неједнаком положају са осталим грађанима.¹¹⁰
- Свако има право да слободно одлучи о закључењу и раскидању брака. Брак се закључује на основу слободно датог пристанка мушкарца и жене пред државним органом. Закључење, трајање и раскид брака почивају на равноправности мушкарца и жене. Ванбрачна заједница се изједначава са браком, у складу са законом.¹¹¹
- Свако има право да слободно одлучи о рађању деце.¹¹²
- Породица, мајка, самохрани родитељ и дете у Републици Србији уживају посебну заштиту, у складу са законом. Мајци се пружа посебна подршка и заштита пре и после порођаја. Деца млађа од 15 година не могу бити запослена нити, ако су млађа од 18 година, могу да раде на пословима штетним по њихово здравље или морал.¹¹³
- Свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Деца, труднице, мајке током породичког одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године и стари остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин, у складу са законом. Република Србија помаже развој здравствене и физичке културе.¹¹⁴
- Припадницима националних мањина јемчи се равноправност пред законом и једнака законска заштита. Забрањена је било каква дискриминација због припадности националној мањини. Не сматрају се дискриминацијом посебни прописи и привремене мере које Република Србија може увести у економском, социјалном, културном и политичком животу, ради постизања пуне равноправности између припадника

¹⁰⁶ „Службени гласник РС“, број 98/06.

¹⁰⁷ Члан 14. Устава.

¹⁰⁸ Члан 15. Устава.

¹⁰⁹ Члан 21. Устава.

¹¹⁰ Члан 21. Устава.

¹¹¹ Члан 62. Устава.

¹¹² Члан 63. Устава.

¹¹³ Члан 66. Устава.

¹¹⁴ Члан 68. Устава.

националне мањине и грађана који припадају већини, ако су усмерене на уклањање изразито неповољних услова живота који их посебно погађају.¹¹⁵

Универзална декларација о људским правима¹¹⁶

- Свако има право на стандард живота који обезбеђује здравље и благостање, његово и његове породице, укључујући храну, одећу, стан и лекарску негу и потребне социјалне службе, као и право на осигурање у случају незапослености, болести, онеспособљења, удовиштва, старости или других случајева губљења средстава за издржавање услед околности независних од његове воље.¹¹⁷

Међународни пакт о грађанским и политичким правима¹¹⁸

- Сва су лица једнака пред законом и имају право без икакве дискриминације на подједнаку заштиту закона. У том смислу, закон мора да забрањује сваку дискриминацију и да обезбеди свим лицима подједнаку и успешну заштиту против сваке дискриминације, нарочито у погледу расе, боје, пола, језика, вере, политичког или другог убеђења, националног или социјалног порекла, имовног стања, рођења или сваког другог стања.¹¹⁹

Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима¹²⁰

- Државе чланице овог пакта се обавезују да гарантују да ће сва права која су у њему формулисана бити остваривана без икакве дискриминације засноване на раси, боји, полу, језику, вери, политичком мишљењу или каквом другом мишљењу, националном или социјалном пореклу, имовинском стању, рођењу или каквој другој околности.¹²¹
- Државе чланице овог пакта признају право које има свако лице на најбоље психичко и ментално здравље које може да постигне.¹²²
- Мере које ће државе чланице овог пакта предузети у циљу обезбеђења пуног остварења овог права треба да обухвате мере потребне ради обезбеђења:
 - а) смањења броја мртворођене деце и смртности деце, као и здрав развитака детета;
 - б) побољшања свих видова хигијене средине и индустријске хигијене;
 - ц) профилаксије и лечења епидемичких, ендемичких, професионалних и других обољења, као и борбу против ових болести;
 - д) стварања услова за обезбеђење свима лекарских услуга и помоћи у случају болести.¹²³

Међународна конвенција о укидању свих облика расне дискриминације¹²⁴

- У овој конвенцији израз "расна дискриминација" односи се на свако разликовање, искључивање, ограничавање или давање првенства који се заснива на раси, боји, прецима, националном или етничком пореклу који имају за циљ или за резултат да наруше или да компромитују признавање, уживање или вршење, под једнаким условима, права човека и

¹¹⁵ Члан 76. Устава.

¹¹⁶ Усвојена и проглашена резолуцијом Генералне скупштине Уједињених нација 217 (III) од 10. децембра 1948. године, http://www.poverenik.rs/images/stories/Dokumentacija/54_Idok.pdf.

¹¹⁷ Члан 25. Универзалне декларације о људским правима.

¹¹⁸ „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 7/71

¹¹⁹ Члан 26. Међународног пакта о грађанским и политичким правима.

¹²⁰ „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 7/71.

¹²¹ Члан 2. тачка 2. Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 7/71.

¹²² Члан 12. став 1. Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима.

¹²³ Члан 12. став 2. Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима.

¹²⁴ „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 31/67.

основних слобода и политичкој, економској, социјалној и културној области или у свакој другој области јавног живота.¹²⁵

- Посебне мере, донете једино ради обезбеђивања одговарајућег напретка извесних расних или етничких група или лица којима је неопходна заштита која може да буде потребна ради гарантовања, уживања и остваривања права човека и основних слобода под једнаким условима, не сматрају се као мере расне дискриминације, под условом да немају за резултат одржање различитих права за разне расне групе и да се не одржавају на снази кад се постигну циљеви због којих су ове мере биле предузете.¹²⁶
- Према основним обавезама наведеним у члану 2. ове конвенције, државе чланице се обавезују да забране и да укину расну дискриминацију у свим њеним облицима и да гарантују право свакоме на једнакост пред законом без разлике на расу, боју или национално или етничко порекло, нарочито у погледу уживања следећих права:
ив) права на здравље, лекарску помоћ, социјално осигурање и коришћење социјалних служби.¹²⁷

Конвенција о елиминисању свих облика дискриминације жена¹²⁸

- За сврхе ове конвенције, израз "дискриминација жена" означава сваку разлику, искључење или ограничење у погледу пола, што има за последицу или циљ да угрози или онемогући признање, остварење или вршење од стране жена, људских права и основних слобода на политичком, економском, друштвеном, културном, грађанском или другом пољу, без обзира на њихово брачно стање, на основу равноправности мушкараца и жена.¹²⁹
- Државе чланице осуђују дискриминацију жена у свим видовима, сагласне су да спроводе свим одговарајућим средствима која им стоје на располагању и без одлагања, политику отклањања дискриминације жена и ради тога се обавезују:... да предузму све подесне мере, укључујући и законодавне, ради измене или укидања постојећих закона, прописа, обичаја и праксе који представљају дискриминацију жена.¹³⁰
- Усвајање посебних привремених мера од стране држава чланица, чији је циљ да се убрза остварење равноправности, мушкараца и жена *де факто*, не сматра се дискриминацијом како је дефинисана у овој конвенцији, али не сме ни на који начин имати за последицу неједнака или различита мерила; а ове мере ће престати да важе када се оствари циљ да се свима пружи једнаке могућности и третман.¹³¹
- Усвајање посебних мера од стране држава чланица, укључујући и мере садржане у овој конвенцији чији је циљ заштита материнства, не сматра се дискриминацијом.¹³²
- Државе чланице предузимају одговарајуће мере ради елиминисања дискриминације жена у области здравствене заштите како би, на основи равноправности жена и мушкараца, обезбедиле доступност здравствених услуга, укључујући оне које се односе на планирање породице.¹³³
- Државе чланице обезбеђују одговарајуће здравствене услуге женама за време трудноће, порођаја и у периоду после рођења детета, обезбеђивањем бесплатних услуга, када је то потребно, као и одговарајуће исхране за време трудноће и дојења.¹³⁴

¹²⁵ Члан 1. став 1. Међународне конвенције о укидању свих облика расне дискриминације „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 31/67.

¹²⁶ Члан 1. став 4. Међународне конвенције о укидању свих облика расне дискриминације.

¹²⁷ Члан 5. Међународне конвенције о укидању свих облика расне дискриминације.

¹²⁸ „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 11/81.

¹²⁹ Члан 1. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена „Службени лист СФРЈ – Међународни уговори“, број 11/81.

¹³⁰ Члан 2. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

¹³¹ Члан 4. став 1. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

¹³² Члан 4. став 2. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

¹³³ Члан 12. тачка 1. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

¹³⁴ Члан 12. тачка 2. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

- Државе чланице предузимају све одговарајуће мере ради отклањања дискриминације жена у свим питањима која се односе на брак и породичне односе, а посебно обезбеђују, на основу равноправности мушкараца и жена:...(е) једнака права да слободно и одговорно одлучују о планирању породице, као и да имају приступ информацијама, образовању и средствима која ће им омогућити да се користе овим правима¹³⁵...

Конвенција о правима детета¹³⁶

- За сврхе ове конвенције, дете је људско биће које није навршило осамнаест година живота, ако се, на основу закона који се односи на дете, пунолетство не стиче раније.¹³⁷
- Државе чланице ове конвенције поштују и обезбеђују права садржана у Конвенцији сваком детету под њиховом јурисдикцијом, без икакве дискриминације и без обзира на расу, боју коже, пол, језик, вероисповест, политичко или друго убеђење, национално, етничко или социјално порекло, имовно стање, онеспособљеност, рођење или други статус детета или његовог родитеља или законитог старатеља. Државе чланице предузимају све потребне мере како би се обезбедила заштита детета од свих облика дискриминације или казне засноване на статусу, активностима, израженом мишљењу или убеђењу родитеља, законитих старатеља или чланова породице детета.¹³⁸
- Државе чланице признају право детета на највиши ниво здравствене и медицинске заштите и на рехабилитацију. Државе чланице ће настојати да ни једном детету не буде ускраћено право на такву здравствену заштиту.

Државе чланице ће се залагати за потпуно остваривање овог права и, посебно, предузимати одговарајуће мере за:

- (а) смањење смртности одојчади и деце;
- (б) обезбеђење неопходне медицинске помоћи и здравствене заштите свој деци, с нагласком на развој примарне здравствене заштите;
- (ц) сузбијање болести и потхрањености, укључујући у оквиру примарне здравствене заштите, између осталог примену лако доступне технологије и обезбеђујући адекватне хранљиве намирнице и чисту воду за пиће, узимајући у обзир опасности и ризик загађења животне средине;
- (д) обезбеђење одговарајуће заштите мајке пре и после рођења детета;
- (е) омогућавање свим сегментима друштва, посебно родитељима и деци, да буду информисани и да им се пружи подршка у коришћењу основних знања о здрављу, исхрани детета, предностима дојења, хигијени и хигијенским условима животне средине, као и спречавању несрећа;
- (ф) развој превентивне здравствене заштите, савете родитељима и образовање и пружање услуга у вези с планирањем породице.

Државе чланице предузимају све ефикасне и одговарајуће мере за укидање традиционалне праксе која штети здрављу деце.

Државе чланице преузимају на себе обавезу да унапређују и подстичу међународну сарадњу у циљу постепеног постизања потпуне реализације права из овог члана. У том погледу, посебно ће се узети у обзир потребе земаља у развоју¹³⁹.

Конвенција о правима особа са инвалидитетом¹⁴⁰

¹³⁵Члан 16. Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена.

¹³⁶„Службени лист СФРЈ - Међународни уговори“, број 15/90, „Службени лист СРЈ - Међународни уговори“, бр. 4/96, 2/97.

¹³⁷ Члан 1. Конвенције о правима детета „Службени лист СФРЈ - Међународни уговори“, број 15/90, „Службени лист СРЈ - Међународни уговори“, бр. 4/96, 2/97.

¹³⁸Члан 3. Конвенције о правима детета.

¹³⁹Члан 24. Конвенције о правима детета.

¹⁴⁰„Службени гласник РС“, број 42/09.

- Државе стране уговорнице признају особама са инвалидитетом право на остваривање највишег могућег здравственог стандарда без дискриминације засноване на инвалидитету. Државе стране уговорнице ће предузети све одговарајуће мере како би особама са инвалидитетом омогућиле приступ здравственим услугама, водећи рачуна о полу, укључујући рехабилитацију у вези са здрављем. Државе стране уговорнице посебно ће:
- (а) обезбедити особама са инвалидитетом исти избор, квалитет и стандард бесплатне или приступачне здравствене заштите и програме који се нуде другим лицима, укључујући у области полног или репродуктивног здравља и јавних здравствених програма намењених широкој популацији.¹⁴¹;

Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода¹⁴²

- Уживање права и слобода предвиђених у овој Конвенцији обезбеђује се без дискриминације по било ком основу, као што су пол, раса, боја коже, језик, вероисповест, политичко или друго мишљење, национално или социјално порекло, веза с неком националном мањином, имовно стање, рођење или други статус¹⁴³.

Оквирна конвенција за заштиту националних мањина¹⁴⁴

- У намери да обезбеде ефективно остваривање права на заштиту здравља, стране уговорнице обавезују се да, било саме било у сарадњи са јавним или приватним организацијама, предузму одговарајуће мере којима треба, *интер алиа*:

да уклоне у највећој могућој мери узроке лошег здравља;

да обезбеде саветодавне и образовне погодности за унапређивање здравља и подстицање индивидуалне одговорности по питањима здравља;

да спрече у највећој могућој мери епидемска, ендемска и друга обољења, као и несрећне случајеве¹⁴⁵.

- Стране уговорнице се обавезују да ће припадницима националних мањина гарантовати равноправност пред законом и једнаку законску заштиту. У том смислу забрањена је било каква дискриминација на основу припадности националној мањини.

Стране уговорнице се обавезују да усвоје, где је потребно, одговарајуће мере како би у свим областима економског, друштвеног, политичког и културног живота обезбедиле пуну и стварну једнакост припадника националне мањине и припадника већине. У том погледу ће водити рачуна о специфичним условима припадника националних мањина.

Мере усвојене сходно ставу 2. неће се сматрати актом дискриминације¹⁴⁶.

Ревидирана европска социјална повеља¹⁴⁷

- У намери да обезбеде ефективно остваривање права на заштиту здравља, стране уговорнице обавезују се да, било саме било у сарадњи са јавним или приватним организацијама, предузму одговарајуће мере којима треба, *интер алиа*:

да уклоне у највећој могућој мери узроке лошег здравља;

да обезбеде саветодавне и образовне погодности за унапређивање здравља и подстицање индивидуалне одговорности по питањима здравља;

¹⁴¹Члан 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом.

¹⁴²„Службени лист СЦГ - Међународни уговори", бр. 9/03, 5/05 и 7/05 и „Службени гласник РС - Међународни уговори", бр. 12/10 и 10/15.

¹⁴³ Члан 14. Европске конвенције за заштиту људских права и основних слобода „Службени лист СЦГ - Међународни уговори", бр. 9/03, 5/05 и 7/05 и „Службени гласник РС - Међународни уговори", бр. 12/10 и 10/15.

¹⁴⁴„Службени лист СРЈ - Међународни уговори", број 6/98.

¹⁴⁵ Члан 11. Оквирне конвенције за заштиту националних мањина „Службени лист СРЈ - Међународни уговори", број 6/98.

¹⁴⁶ Члан 4. Оквирне конвенције за заштиту националних мањина.

¹⁴⁷„Службени гласник РС - Међународни уговори", број 42/09.

да спрече у највећој могућој мери епидемска, ендемска и друга обољења, као и несрећне случајеве¹⁴⁸.

Закон о заштити права и слобода националних мањина¹⁴⁹

- Забрањује се сваки облик дискриминације, на националној, етничкој, расној, језичкој основи, према лицима која припадају националним мањинама.
- Органи федерације, републике, аутономне покрајине, града и општине не могу да доносе правне акте, нити да предузимају мере које су супротне ставу 1. овог члана¹⁵⁰.
- Органи власти у Савезној Републици Југославији могу у складу са Уставом и законом да доносе прописе, појединачне правне акте и да предузимају мере у циљу обезбеђења пуне и ефективне равноправности између припадника националних мањина и припадника већинске нације.
- Органи власти ће донети правне акте и предузети мере из става 1. овог члана у циљу поправљања положаја лица која припадају ромској националној мањини.
- Прописи, појединачни правни акти и мере из става 1. овог члана се не могу сматрати актом дискриминације¹⁵¹.

Закон о здравственој заштити¹⁵²

- Здравствена заштита, у смислу овог закона, јесте организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице.
- Здравствена заштита, у смислу овог закона, 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 рехабилитацију¹⁵³.
- Грађанин Републике Србије (у даљем тексту: Република), као и друго лице које има пребивалиште или боравиште у Републици, има право на здравствену заштиту, у складу са законом, и дужност да чува и унапређује своје и здравље других грађана, као и услове животне и радне средине¹⁵⁴.
 - Друштвена брига за здравље становништва остварује се на нивоу Републике, аутономне покрајине, општине, односно града, послодавца и појединца.
- У оквиру друштвене бригае за здравље из става 1. овог члана обезбеђује се здравствена заштита која обухвата:
- 1) очување и унапређење здравља, откривање и сузбијање фактора ризика за настанак обољења, стицање знања и навика о здравом начину живота;
 - 2) спречавање, сузбијање и рано откривање болести;
 - 3) правовремену дијагностику, благовремено лечење, рехабилитацију оболелих и повређених;
 - 4) информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље¹⁵⁵.
- Друштвена брига за здравље, под једнаким условима, на територији Републике остварује се обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем,

¹⁴⁸Члан 11. Ревидиране европске социјалне повеље.

¹⁴⁹„Службени лист СРЈ”, број 11/02, „Службени лист СЦГ”, број 1/03 Уставна повеља и „Службени гласник РС”, бр. 72/09 и 97/13.

¹⁵⁰Члан 3. Закона о заштити права и слобода националних мањина, „Службени лист СРЈ”, број 11/02, „Службени лист СЦГ”, број 1/03 Уставна повеља и „Службени гласник РС”, бр.72/09 и 97/13.

¹⁵¹Члан 4. Закона о заштити права и слобода националних мањина.

¹⁵²„Службени гласник РС” бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13, 93/14, 96/15, 106/15.

¹⁵³ Члан 2. Закона о здравственој заштити.

¹⁵⁴Члан 3. Закона о здравственој заштити.

¹⁵⁵Члан 8. Закона о здравственој заштити.

сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва.

Здравствена заштита из става 1. овог члана обухвата:

- 1) децу до навршених 18 година живота, школску децу и студенте до краја прописаног школовања, а најкасније до 26 година живота, у складу са законом;
- 2) жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

...

- 7) материјално необезбеђена лица која примају материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити и заштити бораца, војних и цивилних инвалида рата, као и чланове њихових породица ако нису здравствено осигурани;
- 8) кориснике сталних новчаних помоћи по прописима о социјалној заштити као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице;
- 9) незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;

...

- 11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици;
- 12) жртве насиља у породици;
- 13) жртве трговине људима;

...

- 15) лица којима се обезбеђују циљани превентивни прегледи, односно скрининг, према одговарајућим републичким програмима...¹⁵⁶

- Здравствена заштита за лица која су обухваћена обавезним здравственим осигурањем обезбеђује се из средстава обавезног здравственог осигурања у складу са законом којим се уређује област обавезног здравственог осигурања¹⁵⁷.
- Друштвена брига за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града, обухвата мере за обезбеђивање и спровођење здравствене заштите од интереса за грађане на територији аутономне покрајине, општине, односно града, и то:

праћење здравственог стања становништва и рада здравствене службе на својој територији, као и старање о спровођењу утврђених приоритета у здравственој заштити;

стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите на својој територији;

координирање, подстицање, организацију и усмеравање спровођења здравствене заштите која се остварује делатношћу органа јединица локалне самоуправе, грађана, предузећа, социјалних, образовних и других установа и других организација;

сарадња са хуманитарним и стручним организацијама, савезима и удружењима, на пословима развоја здравствене заштите;

Аутономна покрајина, општина, односно град обезбеђује средства за остваривање друштвене бригае за здравље из става 1. овог члана у буџету аутономне покрајине, општине, односно града, у складу са законом.

Аутономна покрајина, општина, односно град може донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва, односно врсте болести које су специфичне за аутономну покрајину, општину, односно град, а за које није донет посебан програм здравствене заштите на републичком нивоу, у складу са својим могућностима, и утврдити цене тих појединачних услуга, односно програма¹⁵⁸.

- Начело приступачности здравствене заштите остварује се обезбеђивањем одговарајуће здравствене заштите грађанима Републике, која је физички, географски и економски

¹⁵⁶Члан 11. Закона о здравственој заштити.

¹⁵⁷Члан 12. Закона о здравственој заштити.

¹⁵⁸Члан 13. Закона о здравственој заштити.

доступна, односно културно прихватљива, а посебно здравствене заштите на примарном нивоу¹⁵⁹.

- Начело правичности здравствене заштите остварује се забраном дискриминације приликом пружања здравствене заштите по основу расе, пола, старости, националне припадности, социјалног порекла, вероисповести, политичког или другог убеђења, имовног стања, културе, језика, врсте болести, психичког или телесног инвалидитета¹⁶⁰.
- Сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вредности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбедност његове личности, као и на уважавање његових моралних, културних, религијских и филозофских убеђења.

Свако дете до навршених 18 година живота има право на највиши могући стандард здравља и здравствене заштите¹⁶¹.

Закон о здравственом осигурању¹⁶²

- Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се предузимањем мера и активности које омогућавају да интерес осигураног лица, заснован на праведној доступности, представља основу система обавезног здравственог осигурања, као и да осигурано лице што лакше заштити и оствари своја права из обавезног здравственог осигурања, водећи рачуна да остваривање тих права не буде на штету права и правних интереса других осигураних лица нити у супротности са законом утврђеним јавним интересом.

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и обавезом Републичког фонда да осигураним лицима укаже на постојање основа за остваривање права из обавезног здравственог осигурања, као и на обавезе осигураног лица ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Начело заштите права осигураних лица и заштите јавног интереса остварује се и предузимањем мера и активности за финансирање права из обавезног здравственог осигурања на начин који омогућава да финансијска средства која се обезбеђују од уплате доприноса за обавезно здравствено осигурање прате осигураника према месту утврђивања својства осигураника, односно остваривања права¹⁶³.

- Осигураницима, у смислу овог закона и под условима прописаним овим законом, сматрају се и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања; лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја; као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17. овог закона, или ако права из обавезног здравственог осигурања не остварују као чланови породице осигураника, и то:

деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година, у складу са законом;

жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

...

материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалидине, по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

¹⁵⁹Члан 19. Закона о здравственој заштити.

¹⁶⁰Члан 20. Закона о здравственој заштити.

¹⁶¹Члан 25. Закона о здравственој заштити.

¹⁶²„Службени гласник РС”, бр. 107/05, 109/05, 57/11, 110/12, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14, 106/15, 10/16.

¹⁶³ Члан 13. Закона о здравственом осигурању.

корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;
незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са овим законом;

...

лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици;

жртве насиља у породици;

жртве трговином људима;

...

лица која су обухваћена циљаним превентивним прегледима, односно скринингом према одговарајућим републичким програмима;

У буџету Републике обезбеђују се средства за уплату доприноса за обавезно здравствено осигурање за лица из ст. 1. и 4. овог члана, на основицу и по стопи доприноса за обавезно здравствено осигурање које су прописане овим законом.

Осигураници из ст. 1. и 4. овог члана остварују права из обавезног здравственог осигурања у садржају, обиму, на начин и по поступку прописаном овим законом и прописима донетим за спровођење овог закона¹⁶⁴.

- Право на здравствену заштиту које се обезбеђује обавезним здравственим осигурањем из члана 33. овог закона, обухвата:

мере превенције и раног откривања болести;

прегледе и лечење жена у вези са планирањем породице као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

...

Осигураним лицима се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља обезбеђују следеће мере:

здравствено васпитање које се спроводи организовањем посебних предавања или давања савета од стране здравственог радника у вези са заштитом, очувањем и унапређењем здравља, стицањем знања и навика о здравом начину живота, откривањем и сузбијањем фактора ризика;

систематски и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања 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 социјалног - медицинског значаја, односно скрининг програма;

...

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;...¹⁶⁵

- Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђује се:

прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;

болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;

патронажне посете и помоћ породици и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;

дијагностика и лечење стерилитета¹⁶⁶.

¹⁶⁴Члан 22. Закона о здравственом осигурању.

¹⁶⁵Члан 35. Закона о здравственом осигурању.

¹⁶⁶Члан 36. Закона о здравственом осигурању.

Закон о остваривању права на здравствену заштиту деце, трудница и породиља¹⁶⁷

- Деца, труднице и породиље из члана 1. овог закона, остварују право на здравствену заштиту у садржини, обиму и стандарду који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

Деца, труднице и породиље из члана 1. овог закона, остварују право на накнаду трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања на начин, по поступку и према условима који су предвиђени законом којим се уређује здравствено осигурање.

Деца, труднице и породиље остварују права из ст. 1. и 2. овог члана, без обзира на претходни стаж здравственог осигурања у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

Права утврђена овим законом деца, труднице и породиље остварују из средстава обавезног здравственог осигурања¹⁶⁸.

- Деца остварују права утврђена овим законом на основу исправе о здравственом осигурању коју издаје Републички фонд за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд) у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање, без обзира на то да ли је исправа оверена.

Труднице остварују права утврђена овим законом на основу исправе о здравственом осигурању коју издаје Републички фонд у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање, без обзира на то да ли је исправа оверена, и извештаја лекара специјалисте гинекологије и акушерства о утврђеној трудноћи.

Породиље остварују права утврђена овим законом на основу исправе о здравственом осигурању коју издаје Републички фонд у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање, без обзира на то да ли је исправа оверена, и отпусне листе здравствене установе о обављеном порођају¹⁶⁹.

Закон о правима пацијената¹⁷⁰

- Пацијенту се гарантује једнако право на квалитетну и континуирану здравствену заштиту у складу са његовим здравственим стањем, општеприхваћеним стручним стандардима и етичким начелима, у најбољем интересу пацијента и уз поштовање његових личних ставова.

Остваривање права из става 1. овог члана заснива се на партнерском односу пацијента као примаоца здравствених услуга и здравственог радника, односно здравственог сарадника као даваоца здравствених услуга.

Партнерски однос из става 2. овог члана подразумева узајамно поверење и поштовање између пацијента и здравственог радника, односно здравственог сарадника на свим нивоима здравствене заштите, као права и дужности партнера у том односу¹⁷¹.

- Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите.

У поступку остваривања здравствене заштите, пацијент има право на једнак приступ здравственој служби, без дискриминације у односу на финансијске могућности, место становања, врсту обољења, време приступа здравственој служби или у односу на неку другу различитост која може да буде узрок дискриминације¹⁷².

- Пацијент има право на све врсте информација о стању свога здравља, здравственој служби и начину како је користи, као и на све информације које су на основу научних истраживања и технолошких иновација доступне.

¹⁶⁷ „Службени гласник РС”, број 104/13.

¹⁶⁸ Члан 3. Закона о остваривању права на здравствену заштиту деце, трудница и породиља.

¹⁶⁹ Члан 4. Закона о остваривању права на здравствену заштиту деце, трудница и породиља.

¹⁷⁰ „Службени гласник РС”, број 45/13.

¹⁷¹ Члан 3. Закона о правима пацијената.

¹⁷² Члан 6. Закона о правима пацијената.

Пацијент има право на информације о правима из здравственог осигурања и поступцима за остваривање тих права.

Пацијент има право да информације из ст. 1. и 2. овог члана, добије благовремено и на начин који је у његовом најбољем интересу.

Пацијент има право на информацију о имену и презимену и професионалном статусу здравствених радника, односно здравствених сарадника који учествују у предузимању медицинских мера и поступку његовог лечења уопште¹⁷³.

- Пацијент има право на одговарајуће здравствене услуге ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља.

Здравствена установа има обавезу спровођења превентивних мера из става 1. овог члана, подизањем свести људи и обезбеђивањем здравствених услуга у одговарајућим интервалима, за групације становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, у складу са законом¹⁷⁴.

- Пацијент има право на благовремену и квалитетну здравствену услугу, у складу са здравственим стањем и утврђеним стручним стандардима.

Право на квалитет здравствене услуге подразумева одговарајући ниво пружања здравствених услуга и хуманог односа према пацијенту¹⁷⁵.

- Пацијент има право на безбедност у остваривању здравствене заштите, у складу са савременим достигнућима здравствене струке и науке, с циљем постизања најповољнијег исхода лечења и смањења ризика за настанак нежељених последица по здравље пацијента, на најмању могућу меру.

Здравствена установа је дужна да се стара о безбедности у пружању здравствене заштите, као и да континуирано прати факторе ризика и предузима мере за њихово смањење, у складу са прописима којима се уређује област квалитета у здравственој заштити.

Пацијент не може трпети штету проузроковану неадекватним функционисањем здравствене службе¹⁷⁶.

- Пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавештење, које му је потребно како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложено медицинску меру¹⁷⁷.

- Заштиту права пацијената обезбеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената и образовањем Савета за здравље.

Заштиту права осигураног лица обезбеђује и организација здравственог осигурања код које је то лице здравствено осигурано.

Начин и поступак заштите права из здравственог осигурања својим општим актом ближе уређује организација здравственог осигурања из става 2. овог члана.¹⁷⁸

- Послове саветника за заштиту права пацијената (у даљем тексту: саветник пацијената) обавља дипломирани правник са положеним стручним испитом за рад у органима државне управе, са најмање три године радног искуства у струци и познавањем прописа из области здравства.

Саветник пацијената обавља послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези са правима пацијената.

Саветник пацијената може обављати послове за више јединица локалне самоуправе.

Одлуку о организовању, финансирању и условима рада саветника пацијената, у складу са потребама пацијената и капацитетима здравствене службе на територији јединице локалне самоуправе, доноси надлежни орган јединице локалне самоуправе¹⁷⁹.

¹⁷³ Члан 7. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁴ Члан 8. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁵ Члан 8. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁶ Члан 10. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁷ Члан 11. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁸ Члан 38. Закона о правима пацијената.

¹⁷⁹ Члан 39. Закона о правима пацијената.

- Савет за здравље, образован у јединици локалне самоуправе, у складу са законом којим се уређују јединице локалне самоуправе, поред задатака утврђених статутом, односно одлуком јединице локалне самоуправе, обавља и одређене задатке из области заштите права пацијената, и то:

разматра приговоре о повреди појединачних права пацијената на основу достављених и прикупљених доказа и утврђених чињеница;

- о утврђеним чињеницама обавештава подносиоца приговора и директора здравствене установе, односно оснивача приватне праксе на коју се приговор односи и даје одговарајуће препоруке;

разматра извештаје саветника пацијената, прати остваривање права пацијената на територији јединице локалне самоуправе и предлаже мере за заштиту и промоцију права пацијената;

подноси годишњи извештај о свом раду и предузетим мерама за заштиту права пацијената надлежном органу јединице локалне самоуправе, као и министарству надлежном за послове здравља, а на територији Аутономне покрајине и органу управе надлежном за послове здравља.

Ради информисања и остваривања потребне сарадње, извештај из става 1. тачка 4) доставља се Заштитнику грађана.

Савет за здравље поред представника локалне самоуправе, чине и представници удружења грађана из реда пацијената, здравствених установа са територије јединице локалне самоуправе, као и надлежне филијале Републичког фонда за здравствено осигурање¹⁸⁰.

Закон о поступку прекида трудноће у здравственим установама¹⁸¹

- Прекид трудноће може се извршити само на захтев трудне жене.

За прекид трудноће код лица млађег од 16 година и лица потпуно лишеног пословне способности, потребна је и писмена сагласност родитеља, односно стараоца.

Ако се сагласност не може прибавити од родитеља односно стараоца због њихове одсутности или спречености, потребно је прибавити сагласност надлежног органа старатељства¹⁸².

- Прекид трудноће не може се извршити када се утврди да би се њиме теже нарушило здравље или угрозио живот жене¹⁸³.
- Жена која жели да прекине трудноћу обраћа се усменим захтевом специјалисти акушерства и гинекологије одговарајуће здравствене установе.

Лекар специјалиста акушерства и гинекологије здравствене установе из става 1. овог члана: утврђује старост трудноће;

прибавља налазе о крвној групи трудне жене, РХ фактору и анамнестичке податке о ранијим болестима;

самостално, а по потреби и уз консултацију лекара специјалисте из других грана медицине, утврђује да ли постоји опасност да се због прекида трудноће здравље жене наруши;

указује жени на опасност и последице прекида трудноће;

упознаје жену са другим методама и средствима заштите од нежељене трудноће¹⁸⁴.

Закон о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења¹⁸⁵

- Начело једнакости остварује се обезбеђивањем једнаких услова како за мушкарца тако и за жену за лечење неплодности поступцима БМПО, у складу са овим законом¹⁸⁶.

¹⁸⁰ Члан 42. Закона о правима пацијената.

¹⁸¹ „Службени гласник РС”, бр. 16/95, 101/05.

¹⁸² Члан 2. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама.

¹⁸³ Члан 3. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама.

¹⁸⁴ Члан 5. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама.

¹⁸⁵ „Службени гласник РС”, број 72/09.

¹⁸⁶ Члан 8. Закона о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења.

- Начело слободe одлучивања остварује се гарантовањем права на слободно одлучивање, односно слободни пристанак свих лица која се подвргавају поступку лечења неплодности применом БМПО¹⁸⁷.
- Начело заштите људског достојанства остварује се спровођењем поступка лечења неплодности применом БМПО уз чување људског достојанства, права на приватност, очување здравља, добробити и права будућег детета¹⁸⁸.

Закон о забрани дискриминације¹⁸⁹

- У овом закону:

изрази "дискриминација" и "дискриминаторско поступање" означавају свако неоправдано прављење разлике или неједнако поступање, односно пропуштање (искључивање, ограничавање или давање првенства), у односу на лица или групе као и на чланове њихових породица, или њима блиска лица, на отворен или прикривен начин, а који се заснива на раси, боји коже, прецима, држављанству, националној припадности или етничком пореклу, језику, верским или политичким убеђењима, полу, родном идентитету, сексуалној оријентацији, имовном стању, рођењу, генетским особеностима, здравственом стању, инвалидитету, брачном и породичном статусу, осуђиваности, старосном добу, изгледу, чланству у политичким, синдикалним и другим организацијама и другим стварним, односно претпостављеним личним својствима (у даљем тексту: лична својства)...¹⁹⁰

- Сви су једнаки и уживају једнак положај и једнаку правну заштиту, без обзира на лична својства.

Свако је дужан да поштује начело једнакости, односно забрану дискриминације¹⁹¹.

- Облици дискриминације су непосредна и посредна дискриминација, као и повреда начела једнаких права и обавеза, позивање на одговорност, удруживање ради вршења дискриминације, говор мржње и узнемиравање и понижавајуће поступање¹⁹².
- Непосредна дискриминација постоји ако се лице или група лица, због његовог односно њиховог личног својства у истој или сличној ситуацији, било којим актом, радњом или пропуштањем, стављају или су стављени у неповољнији положај, или би могли бити стављени у неповољнији положај¹⁹³.
- Посредна дискриминација постоји ако се лице или група лица, због његовог односно њиховог личног својства, ставља у неповољнији положај актом, радњом или пропуштањем које је привидно засновано на начелу једнакости и забране дискриминације, осим ако је то оправдано законитим циљем, а средства за постизање тог циља су примерена и нужна¹⁹⁴.
- Повреда начела једнаких права и обавеза постоји ако се лицу или групи лица, због његовог односно њиховог личног својства, неоправдано ускраћују права и слободe или намећу обавезе које се у истој или сличној ситуацији не ускраћују или не намећу другом лицу или групи лица, ако су циљ или последица предузетих мера неоправдани, као и ако не постоји сразмера између предузетих мера и циља који се овим мерама остварује¹⁹⁵.
- Забрањено је узнемиравање и понижавајуће поступање које има за циљ или представља повреду достојанства лица или групе лица на основу њиховог личног својства, а нарочито ако се тиме ствара страх или непријатељско, понижавајуће и увредљиво окружење¹⁹⁶.
- Тешки облици дискриминације су:

¹⁸⁷Члан 9. Закона о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења.

¹⁸⁸Члан 10. Закона о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења.

¹⁸⁹„Службени гласник РС”, број 22/09.

¹⁹⁰ Члан 2. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹¹ Члан 4. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹² Члан 5. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹³ Члан 6. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹⁴ Члан 7. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹⁵ Члан 8. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹⁶Члан 12. Закона о забрани дискриминације.

... пропагирање или вршење дискриминације од стране органа јавне власти и у поступцима пред органима јавне власти;

...

дискриминација лица по основу два или више личних својстава (вишеструка или укрштена дискриминација);

дискриминација која је извршена више пута (поновљена дискриминација) или која се чини у дужем временском периоду (продужена дискриминација) према истом лицу или групи лица;

...¹⁹⁷

- Не сматрају се дискриминацијом посебне мере уведене ради постизања пуне равноправности, заштите и напретка лица, односно групе лица која се налазе у неједнаком положају¹⁹⁸.
- Дискриминација у пружању јавних услуга постоји ако правно или физичко лице, у оквиру своје делатности, односно занимања, на основу личног својства лица или групе лица, одбије пружање услуге, за пружање услуге тражи испуњење услова који се не траже од других лица или групе лица, односно ако у пружању услуга неоправдано омогући првенство другом лицу или групи лица.

Свако има право на једнак приступ објектима у јавној употреби (објекти у којима се налазе седишта органа јавне власти, објекти у области образовања, здравства, социјалне заштите, културе, спорта, туризма, објекти који се користе за заштиту животне средине, за заштиту од елементарних непогода и сл.), као и јавним површинама (паркови, тргови, улице, пешачки прелази и друге јавне саобраћајнице и сл.), у складу са законом.¹⁹⁹

- Дискриминација постоји ако се поступа противно начелу равноправности полова, односно начелу поштовања једнаких права и слобода жена и мушкараца у политичком, економском, културном и другом аспекту јавног, професионалног, приватног и породичног живота.

Забрањено је ускраћивање права или јавно или прикривено признавање погодности у односу на пол или због промене пола. Забрањено је и физичко и друго насиље, експлоатација, изражавање мржње, омаловажавање, уцењивање и узнемиравање с обзиром на пол, као и јавно заговарање, подржавање и поступање у складу са предрасудама, обичајима и другим друштвеним обрасцима понашања који су засновани на идеји подређености или надређености полова, односно стереотипних улога полова²⁰⁰.

- Забрањена је дискриминација националних мањина и њихових припадника на основу националне припадности, етничког порекла, верских уверења и језика²⁰¹.

Уредба о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине²⁰²

- Принципи на којима је Програм заснован јесу: праћење животног тока; једнакост и приступачност; узрасно и родно сензитивни (оријентисани) приступ у пружању здравствене заштите; заштита људских права; брига за осетљиве групације; учешће заједнице; учешће појединаца; партнерство за здравље (међусекторска сарадња); квалитет рада служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине и јединствен здравствени информациони систем.

• 4.2. Једнакост и приступачност

При процени здравственог стања и формулисању политике, као и при планирању служби, узете су у обзир потребе најугроженијих, односно најосетљивијих групација.

¹⁹⁷ Члан 13. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹⁸ Члан 14. Закона о забрани дискриминације.

¹⁹⁹ Члан 17. Закона о забрани дискриминације.

²⁰⁰ Члан 20. Закона о забрани дискриминације.

²⁰¹ Члан 24. Закона о забрани дискриминације.

²⁰² „Службени гласник РС”, број 28/09.

Уједначавање доступности и приступачности свеобухватној и квалитетној здравственој заштити свакој мајци и детету се споро остварује. То је посебно заступљено у остваривању здравствене заштите и интерсекторске сарадње код осетљивих групација.

Службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине треба да буду доступне и приступачне, односно да организују мобилне тимове, да буду прилагођене потребама и проблемима које ове групације имају и да обезбеђују услуге становништву на њима прихватљив начин. Ове службе треба да буду отворене за све особе којима је помоћ потребна, без обзира на пол, узраст, етничку припадност, расу, религију, образовни ниво, социјални статус или неку другу карактеристику која може бити основ за дискриминацију.

Континуираном едукацијом здравствених радника и здравствених сарадника примарне здравствене заштите и унапређењем превентивног садржаја рада потребно је обезбедити доступност услуга саветовалишта за младе, а организовањем мобилних тимова и услуге развојног саветовалишта, у селима и у мањим градским срединама.

Улагања у здравље током трудноће, на рођењу и током неонаталног периода значајно смањују неједнакост у остваривању здравствене заштите. Постављање здравља мајке и одојчета за приоритетни циљ обезбеђује кључни допринос прекиду ланца болести и сиромаштва.

- **4.3. Узрасно и родно сензитивни (оријентисани) приступ у пружању здравствене заштите**

Неопходно је да здравствене службе буду оријентисане ка родним и културалним разликама становника, а да здравствени радници буду едуковани да пружају здравствену заштиту женама, деци, омладини и породицама на начин који је узрасно и родно сензитиван, хуман и заснован на доказима.

- **4.4. Заштита људских права**

Људска права морају бити заштићена на свим нивоима у систему здравствене заштите жена, деце и омладине. У свим установама основани су етички одбори, а здравствени радници треба да поштују етички кодекс у лечењу и истраживању.

- **4.5. Брига за осетљиве групације**

Осетљиве групације треба да имају приоритет у процесу планирања и организације служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине. Под осетљивим групацијама подразумевају се: сиромашни, ромска популација, деца са инвалидитетом, деца под ризиком и са развојним тешкоћама, злостављана и занемаривана деца, деца без родитељског старања која су смештена у установе, мајке и деца из сеоских средина, деца која су напустила школу - "деца и адолесценти улице", као и избегла и интерно расељена лица, самохране и мајке изложене насиљу, малолетне и друге мајке које не могу да брину о себи и сопственом потомству.

- **4.6. Учесће заједнице**

Локалну самоуправу представљају доносиоци политичких одлука, васпитно-образовне установе, центри за социјални рад, јавна гласила, удружења која раде са осетљивим групацијама. Локална самоуправа треба да има одговарајуће учешће у планирању, организацији, спровођењу и надгледању свих мера и активности које доприносе унапређењу и очувању здравља становништва, а посебно у активностима на промоцији здравља у породици, предшколским установама и школама.

Неопходно је да службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине буду оријентисане ка локалној самоуправи, и да своје активности учине доступним и обезбеде њихово спровођење и ван здравствених установа. То подразумева организовање предавања, семинара, трибина и радионица у школама и вртићима, клубовима и удружењима, на јавним местима, у нехигијенским насељима, као и јавне манифестације у циљу промоције здравља.

- **4.9. Квалитет рада служби за здравствену заштиту жена, деце и омладине**

Неопходно је да службе за здравствену заштиту жена, деце и омладине развијају механизме за стално унапређење квалитета свога рада и да буду оријентисане ка потребама популације за коју су основане, са наглашеним усмерењем ка очувању и промоцији здравља.

Популационе групације на које се Програм односи јесу: жене у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством; новорођенчад и одојчад; деца до навршене четврте године живота; деца предшколског и млађег школског узраста; омладина до пунолетства; млади после пунолетства до 26 година. Програм има за циљ очување и унапређење здравља применом мера и активности примарне, секундарне и терцијарне превенције, засноване на доказима.

- **6.1. Здравствена заштита жена у вези са планирањем породице, трудноћом, порођајем и материнством**

Уочене су значајне разлике у садржају услуга пружених трудницама ромске националности у односу на остале труднице. Иако се 99% порођаја у Републици Србији обавља у здравственим установама и уз стручну помоћ, код жена ромске популације тај проценат је нижи (93,3%). Када је у питању здравствена заштита у вези са материнством (препартална и перинатална), Ромкиње су у најнеповољнијем положају у односу на све остале осетљиве групације код којих је матернални морталитет већи за 10%.

6.1.1. *Општи циљ:* Очување и унапређење здравља жена репродуктивног доба.

6.1.1.1. *Специфични циљ:* Очување и унапређење здравља жена пре трудноће.

Очекивани резултати: двоструко увећање процента жена које имају безбедне сексуалне односе и користе неко од савремених контрацепцијских средстава уколико желе да спрече трудноћу; превенција и рано откривање обољења жена, смањење стопе разболевања и умирања жена фертилног доба за једну трећину, смањење броја намерних прекида трудноће за једну трећину и смањење инциденције полно преносивих инфекција за најмање једну трећину, као и одржавање стопе фертилитета на актуелним вредностима.

Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

примена програма промоције здравља и здравствено-васпитни рад са женама и њиховим партнерима уз мобилисање локалне заједнице, удружења, јавних гласила како би се повећао удео жена и њихових партнера који имају одговарајуће знање, ставове и понашање у вези репродуктивног здравља. Тиме би се смањила учесталост ризичних сексуалних односа, остварило би се активније учешће локалне заједнице и свих сектора друштва у промоцији здравља жена;

унапређење саветодавног рада у служби за заштиту жена дома здравља на планирању породице повећањем броја едукованих и мотивисаних партнера за коришћење савремених контрацепцијских метода и средстава, чиме би се смањио број намерних прекида трудноће; скрининг на рак грлића материце према Националном програму за превенцију рака грлића материце ("Службени гласник РС", број 54/08) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и морталитета жена од рака грлића материце за једну трећину;

скрининг на рак дојке према Националном програму за превенцију рака дојке ("Службени гласник РС", број 15/09) и повећан обухват жена скрининг прегледима тј. смањивање морбидитета и морталитета жена од рака дојке за једну трећину;

обезбеђивање скрининга и лечења полно преносивих болести, добровољно поверљиво саветовање и тестирање (у даљем тексту: ДПСТ) на ХИВ/АИДС за жене.

- **6.5. Здравствена заштита адолесцената**

Ова програмска целина се односи на децу и омладину узраста од 10 до навршених 18 година, односно до завршетка средњошколског образовања.

Млади Роми и Ромкиње представљају посебно осетљиву популацију. Они у односу на своје вршњаке у општој популацији значајно ређе похађају школу. Основну школу похађа 66,2% од укупног броја деце евидентиране у ромским насељима (наспрам 94,4% остале деце у Републици Србији) а велики број њих рано напушта школовање, посебно девојчице. Младе Ромкиње су у погледу образовања једна од најискљученијих група младих. Један од проблема у образовању младих Рома је рано ступање у брак. У узрасту од 15 година 12,4% Ромкиња су у браку, а до 18 година у браку је 45,9%.

Као приоритетни проблеми здравствене заштите адолесцената, издвајају се: недовољно заступљени здрави стилови живота адолесцената, употреба легалних и илегалних

психоактивних супстанци..., проблеми репродуктивног здравља (рано ступање у сексуалне односе, ризични сексуални односи, ниска употреба кондома и осталих контрацептивних средстава, висока учесталост полно преносивих инфекција, адолесцентна трудноћа)...

6.5.1.3. Специфични циљ: Заштита и унапређење репродуктивног здравља адолесцената.

Очекивани резултати: повећање удела адолесцената који одлажу сексуалне односе и адолесцената који имају безбедне сексуалне односе за 10%; снижавање инциденције полно преносивих инфекција и адолесцентних трудноћа; повећан удео адолесцената који имају адекватно знање, ставове и понашање у односу на сексуалност.

Овај специфични циљ може се остварити кроз следеће активности:

едукација и мотивисање адолесцената за безбедно и одговорно сексуално понашање.

Едукација обухвата: пружање информација, усвајање знања о анатомији и физиологији репродуктивних органа, партнерским односима, безбедним и ризичним сексуалним односима, доношењу одлука о сексуалном понашању, коришћењу заштите, непланираној трудноћи, контрацепцији и полно преносивим инфекцијама, укључујући и ХИВ/АИДС; стицање животних вештина за доношење одлука, преговарање о ступању у сексуалне односе и коришћењу заштите, одупирање притиску и сл.

пружање савета о контрацепцији и евентуално обезбеђивање контрацептивног средства за све адолесценте. Обезбеђивање бесплатних и лако доступних кондома адолесцентима.

Очекивани резултат је смањење инциденције адолесцентних трудноћа и снижавање инциденције полно преносивих инфекција укључујући и ХИВ инфекцију;

едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рад са адолесцентима у области репродуктивног здравља ради стицања знања и вештина за пружање здравствених услуга прилагођених потребама адолесцената. Очекивани резултат је повећана свест о значају коришћења превентивних програма и здравствених услуга, повећано коришћење здравствених услуга, очување и унапређење репродуктивног здравља младих, рано откривање и лечење поремећаја здравља;

обезбеђивање поверљивог раног откривања и лечења полно преносивих инфекција, укључујући и ДПП на ХИВ/АИДС за адолесценте оба пола. Очекивани резултат је повећана учесталост тестирања на полно преносиве инфекције, рано откривање и правовремено лечење;

добровољно поверљиво саветовање и тестирање трудница адолесцентног узраста и обезбеђивање адекватне терапије трудницама које су ХИВ позитивне према смерницама;

антенатална и перинатална заштита трудница адолесцентног узраста обухвата: редовне контроле гинеколога, спречавање дефицита микронутријената, откривање и лечење инфекција у трудноћи, генетско саветовање, одређивање установе у којој ће се адолесценткиња породити, у складу са процењеним ризиком;

саветовање, медицинска и психолошка подршка, пружање помоћи мајкама адолесценткињама и њиховим партнерима да наставе школовање ради редуковања медицинских и психосоцијалних проблема адолесценткиња трудница, породилца и њихових партнера;

саветовање у вези са одлуком о прекиду или настављању трудноће, обезбеђивање прекида трудноће у здравственој установи уз најбезбедније процедуре, психолошку и социјалну подршку.

Дугорочни резултати Програма усмерени су на:

смањивање неједнакости у доступности и коришћењу здравствене заштите између: села и града, управних округа, између полова, у односу на припаднике ромске националности, особа са инвалидитетом и маргинализованих група;

...

унапређење система здравствене заштите за боље здравље угрожених и рањивих групација становништва (деце, омладине и жена у вези са материнством);

изградњу неопходних капацитета за побољшање и заштиту здравља жена у вези са материнством, деце и омладине на најбољи и најефикаснији начин;

Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања²⁰³

- Осигурано лице остварује здравствену заштиту на основу оверене здравствене књижице или оверене потврде о коришћењу здравствене заштите (у даљем тексту: исправа о осигурању).

У случају да исправа о осигурању није оверена, због тога што доспели допринос за обавезно здравствено осигурање није плаћен, односно није плаћен у целини, право на здравствену заштиту осигурано лице може да користи само у случају хитне медицинске помоћи²⁰⁴.

- Осигураном лицу се, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, обезбеђују следеће мере:

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, откривању и сузбијању фактора ризика.

Здравствено васпитање из става 1. ове тачке, спроводи се нарочито у вези са болестима зависности, ХИВ инфекцијом, раним откривањем болести и исхраном кроз:

индивидуални рад саветовањем,

групни рад (рад у малој групи),

активне методе учења (предавања, креативне радионице, демонстрационе вежбе, изложбене едукације, кампови за децу оболелу од шећерне болести, хемофилије, прогресивних неуромишићних болести и др.);

превентивни и остали прегледи деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског, односно високошколског образовања, 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, односно скрининг програма;

...

здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом нежељене трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, дијагностиком и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције;

...²⁰⁵

- Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђују се:

прегледи и лечење од стране гинеколога и бабице који се односе на планирање породице, трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога; болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;

патронажне посете и помоћ породици и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре;

дијагностика и лечење стерилитета.

Под прегледом у смислу става 1. тачка 1) овог члана подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

Под лечењем стерилитета у смислу става 1. тачка 4) овог члана подразумевају се и три покушаја вантелесног оплођења код жена до навршених 40 година живота у складу са критеријумима одговарајуће републичке стручне комисије коју образује министар надлежан за послове здравља²⁰⁶.

- Здравствена заштита која се обезбеђује из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу, односно 100% од цене здравствене услуге обухвата:

²⁰³ „Службени гласник РС”, бр. 10/10, 18/10, 46/10, 52/10, 80/10, 60/11 и 1/13.

²⁰⁴ Члан 17. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

²⁰⁵ Члан 9. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

²⁰⁶ Члан 10. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

мере превенције и раног откривања болести из члана 9. овог правилника;
прегледе и лечење у случају планирања породице, два покушаја вантелесног оплођења, трудноће, порођаја и у периоду од 12 месеци након порођаја, укључујући и прекид трудноће из медицинских разлога;
прегледе, лечење и медицинску рехабилитацију у случају болести и повреда деце, ученика и студената до краја прописаног школовања а најкасније до навршених 26 година живота укључујући и медицинско-техничка помагала, односно старијих лица која су тешко телесно или душевно ометена у развоју;

...²⁰⁷

- Здравствена заштита из средстава обавезног здравственог осигурања у пуном износу без плаћања партиципације, обезбеђује се лицима која су својство осигураника у смислу Закона стекла као:

деца до навршених 18 година живота, школска деца и студенти до краја прописаног школовања, а најкасније до навршених 26 година;

жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја;

...

материјално необезбеђена лица која примају новчану социјалну помоћ, односно која су корисници породичне инвалиднине по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

корисници сталних новчаних помоћи, као и помоћи за смештај у установе социјалне заштите или у друге породице, по прописима о социјалној заштити;

незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са Законом;

...

11) лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Републици Србији;

12) жртве насиља у породици;

13) жртве трговине људима;

...

16) лица која су обухваћена циљаним превентивним прегледима односно скринингом према одговарајућим републичким програмима;

...²⁰⁸

Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016 до 2025. године²⁰⁹

- Процене здравственог стања Рома и Ромкиња у Републици Србији су недовољне и не раде се на основу систематизованих и плански прикупљених података. Истраживањима је потврђена узрочно-последична веза између квалитета живота и здравља Рома и Ромкиња јер они, у односу на остале становнике Републике Србије, живе у знатно лошијим условима становања.
- У истраживању области репродуктивног здравља жена дошло се до података да фертилитет код Ромкиња износи 3,1%, али да га такође прати велика стопа рађања у популацији адолесценткиња која је 157, док је код већине девојака узраста од 15 до 19 година та стопа 22. Искуство абортуса у репродуктивном периоду од 15 до 49 година имало је 30,6% жена, док је код већинске популације жена тај проценат 14,6%. У контрацепцији се више користе традиционалне него модерне методе заштите од нежељене трудноће, а пилуле

²⁰⁷Члан 24. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

²⁰⁸Члан 27. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

²⁰⁹„Службени гласник РС”, број 26/16.

користи само 1,2% Ромкиња. Порођај у здравственој установи према скоријим подацима обави 99% породиља из ромске популације. Негативан показатељ још увек чини висок проценат раног ступања у брак, што се такође одражава на репродуктивно здравље. 16,9% девојака из ромских насеља ступи у брак пре 15. године, а 57% пре 18. године у односу на проценат код младих жена већинске популације који је 0,8% за млађу, односно 7% за старију узрасну групу девојака²¹⁰.

- Једно од скоријих истраживања је показало да су Роми и Ромкиње (31%) лошије процењивали своје здравство стање у односу на друге (12%). Коришћење услуга примарне здравствене заштите такође је било у већем проценту код Рома и Ромкиња (18%) у односу на друге (11%). Испитивани Роми и Ромкиње су ређе (30%) користили превентивне услуге у домовима здравља у односу на друге (39%). Ромкиње (38%) су ређе користиле услуге гинеколога у дому здравља у односу на друге испитанице (33%). Патронажна служба дома здравља је у контроли трудноће ређе посећивала Ромкиње (32%) него друге труднице (56%), а након порођаја служба дома здравља је такође ређе посећивала Ромкиње (81%), него друге труднице (96%). У делу испитивања информисаности истраживање је показало да Роми и Ромкиње најчешће не знају за могућности заштите права пацијената. Укупно 52% Рома и Ромкиња и 73% других испитаника се изјаснило да је упознато са постојањем кутије за жалбе у дому здравља.
- Током 2012. године спроведено је и истраживање заштите права пацијената и у оквиру тога степена дискриминације према ромским пацијентима у здравственом систему. Истраживање је показало да се дешава да лекари упућују Роми и Ромкиње на приватне здравствене центре, као и да их дискриминишу на основу презимена у здравственој књижици. Указано је и на проблеме у комуникацији здравственог особља и ромских пацијената²¹¹.
- Већина припадника ромске националности су здравствено осигурани (93,4%), као и чланови њихових породица (94,1%). Узимајући у обзир да је овај податак више истраживан у насељима у којима активно раде здравствене медијаторке, претпоставља се да је проценат обухвата Рома и Ромкиња здравственим осигурањем ипак нижи него што претходни подаци указују. За већину Рома и Ромкиња основ за осигурање је незапосленост, односно неповољан социјални положај, а најмање их је осигурано по основу права из радног односа или као корисника пензија. Само незнатан број Рома и Ромкиња остваривао је право на основу изјаве да су ромске националности, односно на основу прописане афирмативне мере (члан 22, став 1. Закона о здравственом осигурању). Најприступачнија здравствена заштита Ромима и Ромкињама је у дому здравља. Скоро 80% испитаника се лечи у дому здравља, а према њиховим исказима у случају потребе у насеље долази служба кућног лечења, као и патронажне сестре. Знатно мање испитаника, њих 38,9%, је користило болничко лечење, а услуге терцијарне здравствене заштите, бањско лечење или коришћење медицинских помагала доступно је за свега 6,7% испитаника. Већина испитаника није могла да приушти преписане лекове уколико се нису налазили на листи лекова за које се не плаћа партиципација. Ипак, и поред неповољне ситуације по више основа од стране Рома и Ромкиња нису поднети приговори ни у једној од филијала Републичког фонда за здравствено осигурање, као ни у Дирекцији Фонда. Идентична је ситуација и у домовима здравља²¹².
- Постигнути резултати у вези са делимичним унапређењем здравља Рома и Ромкиња и доступности здравствене заштите и здравственог осигурања се поклапају са увођењем у рад здравствених медијаторки које су од 01. јануара 2009. до 31. маја 2014. године оствариле

²¹⁰Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији, 2014. године, доступно на: <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/userFiles/file/MICS/MICS%20GLAVNI%20NALAZI%20srp.pdf>.

²¹¹Заштита права пацијената – једнако према свим пацијентима, Правни скенер, Београд, 2012.

²¹²Видети: Извештај заштитника грађана о спровођењу Стратегије за унапређење положаја Рома, 2013; Анализа главних препрека и проблема у приступу Рома и Ромкиња правима на здравље и здравствену заштиту, PRAXIS, Београд, 2011.

37.502 првих посета ромским породицама током којих је евидентирано 140.408 грађана и грађанки ромске националности – жена 46.453, мушкараца 43.201 и деце 50.754; обављено је преко двеста хиљада посета породицама којима је била неопходна помоћ у прибављању личних докумената, остваривању здравственог осигурања, укључивању у здравствени систем (преглед жена код гинеколога, избор лекара, вакцинација деце и избор лекара педијатра), код уписа деце у школу, при остваривању разних видова помоћи (материјална једнократна помоћ, помоћ Црвеног крста, дејчи додатак, стипендија и др.) и још 170.278 посета породици или члановима породице ради спровођења здравственог васпитања кроз планирани разговор. Према подацима Министарства здравља медијаторке су обезбедиле лична документа и здравствене легитимације за 16.330 грађана; помогле су да 28.003 грађана и грађанки ромске националности изабере лекара; утицале су на повећање броја вакцинисане деце (30.018) и одраслих (2.719), као и на побољшање контроле здравља за 4.500 трудница и породиља и на то да 11.177 жена изабере свог гинеколога, а њих 12.617 буде обухваћено систематским прегледима²¹³.

- Рад здравствених медијаторки у вези са здравственим просвећивањем Рома и Ромкиња је најуспешнија мера у јавним политикама предузетим након усвајања Стратегије за унапређивање положаја Рома 2009 – 2015. године.
- Проблеми у вези са остваривањем права Рома и Ромкиња на заштиту здравља последица су деловања више узрока. Роми и Ромкиње не користе расположиве механизме којима би тражили заштиту својих права – не подносе притужбе заштитницима права пацијената, Поверенику за заштиту равноправности, Заштитнику грађана, не покрећу поступке пред судовима. Разлози за ово су недовољна знања Рома и Ромкиња о надлежностима ових органа, њиховом недовољном присутношћу у ромским насељима, док је највећа препрека неповерење Рома и Ромкиња да ће их систем заштитити од дискриминације и других препрека у приступу правима. У том контексту неопходно је деловати симултано на узроке, кроз оснаживање Рома и Ромкиња и јачање њихових капацитета и кроз конзистентну примену принципа одговорности за институције које су обавезне да приступ правима учине могућим.

4.4.1. Анализа јавних политика у области здравља

Неоспорно је да су здравствене медијаторке кроз просвећивање Рома, нарочито Ромкиња, битно допринеле не само доступности здравствене заштите и побољшања стања здравља Рома и Ромкиња, већ и остваривању права из социјалне заштите, прибављања личних докумената и друго. Упркос томе што постоји потреба за радом здравствених медијаторки, њиховим усавршавањем и институционалним укључивањем у здравствени систем, до сада ниједна установа примарне здравствене заштите у Републици Србији није систематизовала радно место здравствене медијаторке, јер за то нису створени законски услови будући да тај профил занимања не постоји у Закону о здравственој заштити.

Више од 90% Рома и Ромкиња остварује право на обавезно здравствено осигурање. Томе су допринеле мере афирмативне акције у Закону о здравственом осигурању којима је филијалама Фонда обавезног здравственог осигурања омогућено да ово право одобравају лицима ромске националности која немају лична документа и на основу изјаве два сведока.

• 5.4. ЗДРАВЉЕ

Посебни циљ 4: Унапредити здравље Рома и Ромкиња, унапредити приступ здравственим услугама и омогућити пуно остваривање права на здравље у здравственом систему Републике Србије.

Мере: – Ширити јавно-здравствене програме у односу на све Роме и Ромкиње на територији Републике Србије, без обзира на њихов статус, а имајући у виду првенствено њихове

²¹³Програм „Спровођење Акционог плана о здравственој заштити Рома” 1802 пројекат 0006, Резултати рада здравствених медијаторки у насељима од 01.01.2009 до 31.05.2014, сајт Министарства здравља са подацима од 25.06.2014, <http://www.zdravljegov.rs/showpage.php?id=73>.

здравствене потребе, уз нагласак на оне код којих је вулнерабилност највише изражена. – Развијати јавно-здравствене активности којима се отклањају услови који специфично утичу на здравље Рома и Ромкиња (унапређење хигијенско- епидемиолошких услова у ромским насељима, повећање обухвата обавезном имунизацијом, побољшање репродуктивног здравља, превенција хроничних незаразних обољења, побољшање нутритивног статуса одојчади и мале деце у ромским насељима, смањење болести зависности и други ризици).

Исходи до 2025. године: – Повећано је сазнање Рома и Ромкиња о могућностима коришћења здравственог сектора.

- Оперативни циљ 2: Унапредити развој и здравље ромске деце.

Мере: – Унапредити приступ правовременој и свеобухватној антенаталној здравственој заштити кроз рад здравствених медијаторки. – Подржати циљане превентивне програме у ромској заједници за труднице у циљу смањења ризика по здравље детета (превенција пушења и употребе алкохола у трудноћи, правилна исхрана, редовне контроле трудноће) у сарадњи са сектором социјалне заштите. – Израдити програм за побољшање ухрањености ромске деце који ће кроз превентивне прегледе (у амбуланти и на терену у ромској заједници) пратити нутритивни статус ромске деце, подстицати и штитити дојење, обезбеђивати едукацију родитељима по питању исхране, храњења и подстицаја развоја посебно мале деце, као и неопходне микронутриенте (витамин Д, флуор, по потреби гвожђе, итд.). – Повећати обухват ромске деце имунизацијом кроз рад здравствених медијаторки, патронажну службу и редовне кампање имунизације у заједници. – Унапредити капацитет здравствених радника који раде са децом да одговоре на развојне потребе ромске деце како би им обезбедили адекватне подстицаје за рани развој и очување здравља. Унапредити капацитет патронажне и педијатријске службе за процену и праћење ризика за развој деце (као што су повреде, лоши 82 хигијенски услови, сиромаштво, ментално здравље родитеља) и њихово документовање, за процену и праћење развојних постигнућа и одступања коришћењем стандардних инструмената, као и за пружање адекватних услуга, и усмеравање ромске деце и њихових родитеља на друге услуге унутар здравственог и других система. – Повећати обухват ромске популације услугама развојног саветовалишта (организационог и функционалног) стационарним и теренским радом. – Приоритизовати обухват ромске деце патронажним посетама – постићи потпун обухват деце до четири године. – Организовати мешовите групе, а не посебно групе за ромске родитеље. – Повећати обухват ромских адолесцената саветовалиштима за младе. У сарадњи са образовним системом спроводити посебне програме за адолесценате труднице- мајке.

Исходи до 2025. године: – За 50% је повећан обухват ромских мајки и деце патронажним посетама (пре и постнатално). – За 50% је повећан обухват развојним саветовалиштима и саветовалиштима за родитеље.

- Оперативни циљ 3: Унапредити здравље Рома и Ромкиња у области хроничних незаразних болести и репродуктивног здравља.

Мере: – Унапредити приступ услугама за заштиту репродуктивног здравља жена кроз интензивирање превентивног рада, приоритизацију пренаталних и постнаталних посета трудницама. – Приликом промоције и реализације скрининг програма на карцином колона, цервикса и дојке, планирати мере које треба да обезбеде обухват популације ромских насеља. – Обезбедити здравствено-промотивне активности и промотивне културно- одговарајуће материјале који указују на штетне последице неодговарајуће исхране, пушења и алкохолизма и друге факторе ризика. – Обезбедити доступност и информације о саветовалишном раду који се односи на незаразне болести (првенствено дијабетес).

Исходи до 2025. године: – 60% Ромкиња репродуктивне доби користи модерна средства контрацепције. – У 60 домова здравља у скрининг програме раног откривања рака, дијабетеса и кардиоваскуларних болести укључене су здравствене медијаторке.

- Оперативни циљ 4: Унапредити приступ квалитетној здравственој заштити без дискриминације.

Мере: – Дефинисати и правно уредити одговарајући програм едукације за радно место здравствене медијаторке кроз формално образовање, номенклатуру занимања и реализовано запошљавање здравствених медијаторки у домовима здравља, као и програм њиховог континуираног стручног усавршавања. – Код запошљавања кадрова у систему здравствене заштите, у случајевима кандидата са истим компетенцијама, дати предност запошљавању кандидата ромске националности. – Обезбедити Ромима и Ромкињама приступ релевантним информацијама које се односе на права из области здравствене заштите на нивоу здравствене установе, локалне самоуправе и независних тела и редовно пратити функционисање ових механизма. Оснажити и подржати ромску популацију да користи расположиве механизме за заштиту права на здравствену заштиту;

Исходи до 2025. године: – Радно место здравствене медијаторке је систематизовано, а број медијаторки је повећан. – Подаци које прикупљају здравствене медијаторке су саставни део система праћења и извештавања система здравствене заштите, а релевантни подаци су доступни и другим системима. – У домовима здравља где постоје, здравствене медијаторке су укључене приликом избора лекара, вакцинације деце, систематских прегледа деце и одраслих Рома и Ромкиња. – У 75% домова здравља спроведена је едукација здравствених радника о раду са Ромима и Ромкињама и Закону о забрани дискриминације.

- Оперативни циљ 5: Промовисати здраве стилове живота и унапредити обухват Рома и Ромкиња превентивним здравственим активностима.

Мере: – Организовати здравствено-васпитни рад и едукацију Рома и Ромкиња у неформалним насељима и породицама кроз рад здравствених медијаторки и института за јавно здравље; упознати ромску популацију са ризицима по здравље и здравим стиливима живота путем организације предавања, радионица и израде промотивних материјала. – Организовати јавно-здравствене активности и заговарање ка другим системима у циљу унапређења хигијенско-епидемиолошких услова (унапређење приступа пијаћој води и санитацији, дератизација, дезинсекција и дезинфекција простора неформалних насеља и уређено уклањање отпада, итд.).

Исходи до 2025. године: – У 75% локалних самоуправа (у којима је заступљена ромска мањина) домови здравља имају дефинисане програме здравствено-васпитног рада који укључују рад са ромском популацијом и реализују их према предвиђеној динамици, укључујући и програме промоције, превенције, лечења и рехабилитације и едукације Рома и Ромкиња у области заштите права пацијената.

Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента²¹⁴

- 5.1. Принципи квалитета здравствене заштите

Стално унапређење квалитета здравствене заштите заснива се на вредностима које су уграђене у концепт квалитета рада и усвојене у свакодневној пракси здравствених установа:

- Усмереност на корисника-пацијента – заштита која се пружа је креирана према специфичним потребама пацијента који је укључен у планирање, анализу и спровођење свог лечења. Ова здравствена заштита је договорена са пацијентом након што је он добио потпуне информације о свом здравственом стању.
- Правичност – подразумева да постоји једнак приступ услугама за све кориснике у стању здравствене потребе без обзира на разлике по полу, етничкој и верској припадности, инвалидитету, социјално-економским карактеристикама и месту становања.

²¹⁴ „Службени гласник РС”, број 15/09.

Овом Стратегијом је дефинисано пет стратешких циљева који би требало да буду остварени до 2015. године. Сваки од њих има своје специфичне циљеве као и мере и активности за њихову реализацију.

- ПРВИ СТРАТЕШКИ ЦИЉ 1. Стварање услова да корисници/пацијенти буду у средишту система здравствене заштите

Специфични циљеви: ...

- 1.3 Побољшање доступности и приступачности здравствене заштите осетљивим популационим групама уз обезбеђивање стандарда квалитета
- 1.3.2 Едукација и обука запослених у систему здравствене заштите о потребама посебно осетљивих популационих група као и едукација о родној равноправности.
- 1.3.3 Идентификовање посебно осетљивих група у јединицама локалне самоуправе.
- 1.3.4 Процена потреба и израда локалних планова за побољшање доступности и приступачности здравствене заштите осетљивим популационим групама.

Општи коментар Комитета за људска права бр. 28 - Једнака права мушкараца и жена²¹⁵

- States parties are responsible for ensuring the equal enjoyment of rights without any discrimination. Articles 2 and 3 mandate States parties to take all steps necessary, including the prohibition of discrimination on the ground of sex, to put an end to discriminatory actions, both in the public and the private sector, which impair the equal enjoyment of rights.
- 10. ...States parties should provide data on birth rates and on pregnancy- and childbirth-related deaths of women. Gender-disaggregated data should be provided on infant mortality rates. States parties should give information on any measures taken by the State to help women prevent unwanted pregnancies, and to ensure that they do not have to undergo life-threatening clandestine abortions.... The Committee also wishes to have information on the particular impact on women of poverty and deprivation that may pose a threat to their lives.
- 23. States are required to treat men and women equally in regard to marriage in accordance with article 23, which has been elaborated further by general comment No. 19 (1990). Men and women have the right to enter into marriage only with their free and full consent, and States have an obligation to protect the enjoyment of this right on an equal basis. Many factors may prevent women from being able to make the decision to marry freely. One factor relates to the minimum age for marriage. That age should be set by the State on the basis of equal criteria for men and women. ...
- 30. Discrimination against women is often intertwined with discrimination on other grounds such as race, colour, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status. States parties should address the ways in which any instances of discrimination on other grounds affect women in a particular way, and include information on the measures taken to counter these effects.

Општи коментар Комитета за људска права бр. 18 - Недискриминација²¹⁶

- 10. The Committee also wishes to point out that the principle of equality sometimes requires States parties to take affirmative action in order to diminish or eliminate conditions which cause or help to perpetuate discrimination prohibited by the Covenant. For example, in a State where the general conditions of a certain part of the population prevent or impair their enjoyment of

²¹⁵ УН, Општи коментар број 28: Једнака права мушкараца и жена, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), Усвојена од стране Комитета за људска права на 1834 седници (68. заседање), 29. марта 2000. године, [http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b\)GeneralCommentNo28Theequalityofrightsbetweenmenandwomen\(article3\)\(2000\).aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b)GeneralCommentNo28Theequalityofrightsbetweenmenandwomen(article3)(2000).aspx).

²¹⁶ УН, Општи коментар број 18: Недискриминација, Усвојен од стране Комитета за људска права - (37. заседање), 10. новембра 1989. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6622&Lang=en.

human rights, the State should take specific action to correct those conditions. Such action may involve granting for a time to the part of the population concerned certain preferential treatment in specific matters as compared with the rest of the population. However, as long as such action is needed to correct discrimination in fact, it is a case of legitimate differentiation under the Covenant.

**Општи коментар Комитета за економска, социјална и културна права (ЦЕСЦП) бр. 14 –
Право на највиши достигнути стандард здравља²¹⁷**

- 8. The right to health is not to be understood as a right to be *healthy*. The right to health contains both freedoms and entitlements. The freedoms include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation. By contrast, the entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health.
- 11. The Committee interprets the right to health, as defined in article 12.1, as an inclusive right extending not only to timely and appropriate health care but also to the underlying determinants of health, such as access to safe and potable water and adequate sanitation, an adequate supply of safe food, nutrition and housing, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information, including on sexual and reproductive health. A further important aspect is the participation of the population in all health-related decision-making at the community, national and international levels.¹² The right to health in all its forms and at all levels contains the following interrelated and essential elements, the precise application of which will depend on the conditions prevailing in a particular State party:

Availability. Functioning public health and health-care facilities, goods and services, as well as programmes, have to be available in sufficient quantity within the State party. The precise nature of the facilities, goods and services will vary depending on numerous factors, including the State party's developmental level. They will include, however, the underlying determinants of health, such as safe and potable drinking water and adequate sanitation facilities, hospitals, clinics and other health-related buildings, trained medical and professional personnel receiving domestically competitive salaries, and essential drugs, as defined by the WHO Action Programme on Essential Drugs.ⁱ

Accessibility. Health facilities, goods and servicesⁱⁱ have to be accessible to everyone without discrimination, within the jurisdiction of the State party. Accessibility has four overlapping dimensions:

Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds.ⁱⁱⁱ

Physical accessibility: health facilities, goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups, such as ethnic minorities and indigenous populations, women, children, adolescents, older persons, persons with disabilities and persons with HIV/AIDS. Accessibility also implies that medical services and underlying determinants of health, such as safe and potable water and adequate sanitation facilities, are within safe physical reach, including in rural areas. Accessibility further includes adequate access to buildings for persons with disabilities.

Economic accessibility (affordability): health facilities, goods and services must be affordable for all. Payment for health-care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately

²¹⁷УН, Општи коментар број 14: Право на највиши достигнути стандард здравља, Е/С.12/2000/4, Усвојен од стране Комитета за економска, социјална и културна права, (22. заседање), 25. април-12. мај 2000. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.

or publicly provided, are affordable for all, including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households.

Information accessibility: accessibility includes the right to seek, receive and impart information and ideas^{iv} concerning health issues. However, accessibility of information should not impair the right to have personal health data treated with confidentiality.

Acceptability. All health facilities, goods and services must be respectful of medical ethics and culturally appropriate, i.e. respectful of the culture of individuals, minorities, peoples and communities, sensitive to gender and life-cycle requirements, as well as being designed to respect confidentiality and improve the health status of those concerned.

Quality. As well as being culturally acceptable, health facilities, goods and services must also be scientifically and medically appropriate and of good quality. This requires, *inter alia*, skilled medical personnel, scientifically approved and unexpired drugs and hospital equipment, safe and potable water, and adequate sanitation.

- 14. “The provision for the reduction of the stillbirth rate and of infant mortality and for the healthy development of the child” (art. 12.2 (a))^v may be understood as requiring measures to improve child and maternal health, sexual and reproductive health services, including access to family planning, pre- and post-natal care,^{vi} emergency obstetric services and access to information, as well as to resources necessary to act on that information.^{vii}
- 17. “The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness” (art. 12.2 (d)), both physical and mental, includes the provision of equal and timely access to basic preventive, curative, rehabilitative health services and health education; regular screening programmes; appropriate treatment of prevalent diseases, illnesses, injuries and disabilities, preferably at community level; the provision of essential drugs; and appropriate mental health treatment and care. A further important aspect is the improvement and furtherance of participation of the population in the provision of preventive and curative health services, such as the organization of the health sector, the insurance system and, in particular, participation in political decisions relating to the right to health taken at both the community and national levels.
- 18. By virtue of article 2.2 and article 3, the Covenant proscribes any discrimination in access to health care and underlying determinants of health, as well as to means and entitlements for their procurement, on the grounds of race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status, which has the intention or effect of nullifying or impairing the equal enjoyment or exercise of the right to health. The Committee stresses that many measures, such as most strategies and programmes designed to eliminate health-related discrimination, can be pursued with minimum resource implications through the adoption, modification or abrogation of legislation or the dissemination of information. The Committee recalls General Comment No. 3, paragraph 12, which states that even in times of severe resource constraints, the vulnerable members of society must be protected by the adoption of relatively low-cost targeted programmes.
- 19. With respect to the right to health, equality of access to health care and health services has to be emphasized. States have a special obligation to provide those who do not have sufficient means with the necessary health insurance and health-care facilities, and to prevent any discrimination on internationally prohibited grounds in the provision of health care and health services, especially with respect to the core obligations of the right to health.^{viii} Inappropriate health resource allocation can lead to discrimination that may not be overt. For example, investments should not disproportionately favour expensive curative health services which are often accessible only to a small, privileged fraction of the population, rather than primary and preventive health care benefiting a far larger part of the population.
- 20. The Committee recommends that States integrate a gender perspective in their health-related policies, planning, programmes and research in order to promote better health for both women and men. A gender-based approach recognizes that biological and socio-cultural factors play a

significant role in influencing the health of men and women. The disaggregation of health and socio-economic data according to sex is essential for identifying and remedying inequalities in health.

- 21. To eliminate discrimination against women, there is a need to develop and implement a comprehensive national strategy for promoting women's right to health throughout their life span. Such a strategy should include interventions aimed at the prevention and treatment of diseases affecting women, as well as policies to provide access to a full range of high quality and affordable health care, including sexual and reproductive services. A major goal should be reducing women's health risks, particularly lowering rates of maternal mortality and protecting women from domestic violence. The realization of women's right to health requires the removal of all barriers interfering with access to health services, education and information, including in the area of sexual and reproductive health. It is also important to undertake preventive, promotive and remedial action to shield women from the impact of harmful traditional cultural practices and norms that deny them their full reproductive rights.
- 23. States parties should provide a safe and supportive environment for adolescents, that ensures the opportunity to participate in decisions affecting their health, to build life-skills, to acquire appropriate information, to receive counselling and to negotiate the health-behaviour choices they make. The realization of the right to health of adolescents is dependent on the development of youth-friendly health care, which respects confidentiality and privacy and includes appropriate sexual and reproductive health services.
- 37. The obligation to *fulfil (facilitate)* requires States *inter alia* to take positive measures that enable and assist individuals and communities to enjoy the right to health. States parties are also obliged to *fulfil (provide)* a specific right contained in the Covenant when individuals or a group are unable, for reasons beyond their control, to realize that right themselves by the means at their disposal.

**Општа препорука Комитета за елиминисање дискриминације жена (ЦЕДАВ) бр. 24 -
Члан 12 Конвенције (жене и здравље)²¹⁸**

- The number and spacing of their children have a similar impact on women's lives and also affect their physical and mental health, as well as that of their children. For these reasons, women are entitled to decide on the number and spacing of their children.
- Decisions to have children or not, while preferably made in consultation with spouse or partner, must not nevertheless be limited by spouse, parent, partner or Government. In order to make an informed decision about safe and reliable contraceptive measures, women must have information about contraceptive measures and their use, and guaranteed access to sex education and family planning services, as provided in article 10 (h) of the Convention.
- In the Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights, held at Vienna from 14 to 25 June 1993, States are urged to repeal existing laws and regulations and to remove customs and practices which discriminate against and cause harm to the girl child. Consequently, marriage should not be permitted before they have attained full maturity and capacity to act. According to the World Health Organization, when minors, particularly girls, marry and have children, their health can be adversely affected and their education is impeded. As a result their economic autonomy is restricted.

²¹⁸УН, Општа препорука број 24: Жене и здравље, Усвојена од стране Комитета за елиминисање дискриминације жена (20. заседање), 1999. године,
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4733&Lang=en.

Општи коментар Комитета за права детета број 4: Здравље адолесцената и развој у контексту Конвенције о правима детета²¹⁹

- The right of adolescents to access appropriate information is crucial if States parties are to promote cost-effective measures, including through laws, policies and programmes, with regard to numerous health-related situations, including those covered in articles 24 and 33 such as family planning, prevention of accidents, protection from harmful traditional practices, including early marriages and female genital mutilation, and the abuse of alcohol, tobacco and other harmful substances.
- In order to promote the health and development of adolescents, States parties are also encouraged to respect strictly their right to privacy and confidentiality, including with respect to advice and counselling on health matters (art. 16).
- 12. The Committee calls upon States parties to develop and implement, in a manner consistent with adolescents' evolving capacities, legislation, policies and programmes to promote the health and development of adolescents by ... (b) providing adequate information and parental support to facilitate the development of a relationship of trust and confidence in which issues regarding, for example, sexuality and sexual behaviour and risky lifestyles can be openly discussed and acceptable solutions found that respect the adolescent's rights (art. 27 (3)); ... (d) giving, while respecting the values and norms of ethnic and other minorities, special attention, guidance and support to adolescents and parents (or legal guardians), whose traditions and norms may differ from those in the society where they live;
- 16. The Committee strongly recommends that States parties review and, where necessary, reform their legislation and practice to increase the minimum age for marriage with and without parental consent to 18 years, for both girls and boys.
- 20. The Committee strongly urges States parties to ... address gender roles and stereotypes that contribute to harmful traditional practices. Further, States parties should facilitate the establishment of multidisciplinary information and advice centres regarding the harmful aspects of some traditional practices, including early marriage and female genital mutilation.
- I It is the obligation of States parties to ensure that all adolescent girls and boys, both in and out of school, are provided with, and not denied, accurate and appropriate information on how to protect their health and development and practise healthy behaviours. This should include information on the use and abuse, of tobacco, alcohol and other substances, safe and respectful social and sexual behaviours, diet and physical activity.
- 24. States parties should provide adolescents with access to sexual and reproductive information, including on family planning and contraceptives, the dangers of early pregnancy, the prevention of HIV/AIDS and the prevention and treatment of sexually transmitted diseases (STDs). In addition, States parties should ensure that they have access to appropriate information, regardless of their marital status and whether their parents or guardians consent. .
- 26. States should ensure that appropriate goods, services and information for the prevention and treatment of STDs, including HIV/AIDS, are available and accessible.
- 27. Adolescent girls should have access to information on the harm that early marriage and early pregnancy can cause, and those who become pregnant should have access to health services that are sensitive to their rights and particular needs. States parties should take measures to reduce maternal morbidity and mortality in adolescent girls, particularly caused by early pregnancy and unsafe abortion practices, and to support adolescent parents. Young mothers, especially where support is lacking, may be prone to depression and anxiety, compromising their ability to care for their child. The Committee urges States parties (a) to develop and implement programmes that provide access to sexual and reproductive health services, including family planning, contraception and safe abortion services where abortion is not against the law, adequate and

²¹⁹УН, Општи коментар број 4: Здравље адолесцената и развој у контексту Конвенције о правима детета, CRC/GC/2003/4, Усвојен од стране Комитета за права детета, (33. сесија), 1. јул 2003. године, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC4.pdf>.

comprehensive obstetric care and counselling; (b) to foster positive and supportive attitudes towards adolescent parenthood for their mothers and fathers; and (c) to develop policies that will allow adolescent mothers to continue their education.

- 37. In accordance with articles 24, 39 and other related provisions of the Convention, States parties should provide health services that are sensitive to the particular needs and human rights of all adolescents, paying attention to the following characteristics: (a) Availability... (b) Accessibility.... (c) Acceptability.... (d) Quality...

Општи коментар Комитета за права детета број 3: ХИВ/СИДА и права детета²²⁰

- ...States parties must give careful consideration to prescribed gender norms within their societies with a view to eliminating gender-based discrimination as these norms impact on the vulnerability of both girls and boys to HIV/AIDS. States parties should, in particular, recognize that discrimination in the context of HIV/AIDS often impacts girls more severely than boys.
- In the context of HIV/AIDS and taking into account the evolving capacities of the child, States parties are encouraged to ensure that health services employ trained personnel who fully respect the rights of children to privacy (art. 16) and non-discrimination in offering them access to HIV-related information, voluntary counselling and testing, knowledge of their HIV status, confidential sexual and reproductive health services, and free or low-cost contraceptive, methods and services, as well as HIV-related care and treatment if and when needed, including for the prevention and treatment of health problems related to HIV/AIDS, e.g. tuberculosis and opportunistic infections.
- 30. Reducing vulnerability to HIV/AIDS requires first and foremost that children, their families and communities be empowered to make informed choices about decisions, practices or policies affecting them in relation to HIV/AIDS.

Декларација о правима припадника националних или етничких, верских или језичких мањина²²¹

- States shall take measures where required to ensure that persons belonging to minorities may exercise fully and effectively all their human rights and fundamental freedoms without any discrimination and in full equality before the law.
- States shall take measures to create favourable conditions to enable persons belonging to minorities to express their characteristics and to develop their culture, language, religion, traditions and customs, except where specific practices are in violation of national law and contrary to international standards.

Програм акције Међународне конференције о становништву и развоју(ИЦПД)²²²

- Principle 4
Advancing gender equality and equity and the empowerment of women, and the elimination of all kinds of violence against women, and ensuring women's ability to control their own fertility, are cornerstones of population and development- related programmes....
- Principle 8
Everyone has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. States should take all appropriate measures to ensure, on a basis of equality of men and women, universal access to health-care services, including those related to reproductive health

²²⁰ УН, Општи коментар број 3: ХИВ/СИДА и права детета, CRC/GC/2003/3, Усвојен од стране Комитета за права детета, (32. сесија), 17. март 2003. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fGC%2f2003%2f3&Lang=en.

²²¹ Усвојена и проглашена на 47. заседању Генералне скупштине Уједињених нација, 18. 12. 1992. године (резолуција број 47/135), <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuideMinoritiesDeclarationen.pdf>

²²² Одржана у Каиру, Египат, 05. - 13. септембра 1994. године, доступно на: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.

care, which includes family planning and sexual health. Reproductive health-care programmes should provide the widest range of services without any form of coercion. All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education and means to do so.

- 7.2 Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases.
- 7.7 Reproductive health-care programmes should be designed to serve the needs of women, including adolescents, and must involve women in the leadership, planning, decision-making, management, implementation, organization and evaluation of services. Governments and other organizations should take positive steps to include women at all levels of the health-care system.
- 7.8 Innovative programmes must be developed to make information, counselling and services for reproductive health accessible to adolescents and adult men. Such programmes must both educate and enable men to share more equally in family planning and in domestic and child-rearing responsibilities and to accept the major responsibility for the prevention of sexually transmitted diseases.
- 7.9 Governments should promote much greater community participation in reproductive health-care services by decentralizing the management of public health programmes and by forming partnerships in cooperation with local non-governmental organizations and private health-care providers.
- 7.23 In the coming years, all family-planning programmes must make significant efforts to improve quality of care. ...
- 7.24 Governments should take appropriate steps to help women avoid abortion, which in no case should be promoted as a method of family planning, and in all cases provide for the humane treatment and counselling of women who have had recourse to abortion.
- 7.46 Countries, with the support of the international community, should protect and promote the rights of adolescents to reproductive health education, information and care and greatly reduce the number of adolescent pregnancies.
- 7.47 Governments, in collaboration with non-governmental organizations, are urged to meet the special needs of adolescents and to establish appropriate programmes to respond to those needs. Such programmes should include support mechanisms for the education and counselling of adolescents in the areas of gender relations and equality, violence against adolescents, responsible sexual behaviour, responsible family-planning practice, family life, reproductive health, sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS prevention. Programmes for the prevention and treatment of sexual abuse and incest and other reproductive health services should be provided. Adolescents must be fully involved in the planning, implementation and evaluation of such information and services with proper regard for parental guidance and responsibilities.

Пекиншка декларација и Платформа за акцију²²³

- 30. Ensure equal access to and equal treatment of women and men in education and health care and enhance women's sexual and reproductive health as well as education;

Actions to be taken 274. By Governments:

(g) Ensure the disaggregation by sex and age of all data related to children in the health, education and other sectors in order to include a gender perspective in planning, implementation and monitoring of such programmes.

- Strategic objective L.2. Eliminate negative cultural attitudes and practices against girls

Actions to be taken by Governments and international and non-governmental organizations:

Sensitize the girl child, parents, teachers and society concerning good general health and nutrition and raise awareness of the health dangers and other problems connected with early pregnancies;

Strengthen and reorient health education and health services, particularly primary health care programmes, including sexual and reproductive health, and design quality health programmes that meet the physical and mental needs of girls and that attend to the needs of young, expectant and nursing mothers;

Establish peer education and outreach programmes with a view to strengthening individual and collective action to reduce the vulnerability of girls to HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases, as agreed to in the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and as established in the report of that Conference, recognizing the parental roles referred to in paragraph 267 of the present Platform for Action;

(e) Ensure education and dissemination of information to girls, especially adolescent girls, regarding the physiology of reproduction, reproductive and sexual health, as agreed to in the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and as established in the report of that Conference, responsible family planning practice, family life, reproductive health, sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS prevention, recognizing the parental roles referred to in paragraph 267;

(g) Emphasize the role and responsibility of adolescents in sexual and reproductive health and behaviour through the provision of appropriate services and counselling, as discussed in paragraph 267;

Аман декларација и програм акције²²⁴

- NHRI's and Women's Health and Reproductive Rights
- 25. Protect and promote reproductive rights without any discrimination, recognizing reproductive rights include the right to the highest attainable standard of sexual and reproductive health, the right of all to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children, and on matters related to their sexuality, and to have the information and means to do so free from discrimination, violence or coercion, as laid out in the Beijing Platform for Action and the Programme of Action of the International Conference on Population and Development.
- 26. Encourage and aid the compilation of an evidence base (e.g., data, inquiries, research) concerning the exercise of reproductive rights and the right to sexual and reproductive health, including but not limited to cases of de jure and de facto discrimination in access to sexual and reproductive health care information and services, forced sterilization, forced abortion, child marriage, forced marriage, female genital mutilation/cutting, biased sex selection and other harmful practices;

²²³Усвојена на Четвртој светској конференцији о женама, која је одржана 15. септембра 1995. године у Пекингу, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

²²⁴The Amman Declaration and Programme of Action - Једанаеста Међународна конференција Међународног комитета националних институција за промоцију и заштиту људских права, одржана у Амману, дост Јордан од 5-7. новембра 2012. године, доступно на: [http://nhri.ohchr.org/EN/ICC/InternationalConference/11IC/Background%20Information/Amman%20PoA%20FIN](http://nhri.ohchr.org/EN/ICC/InternationalConference/11IC/Background%20Information/Amman%20PoA%20FINAL%20-%20EN.pdf)

28. Promote measures to ensure access to comprehensive sexual and reproductive health information and services and to remove barriers which hinder such access, and support the establishment of accountability mechanisms for the effective application of the laws and the provision of remedies when obligations have been breached.

Препорука Комитета министара Реп (2006) 10 о бољем приступу здравственој заштити за Роме и путнике у Европи²²⁵

- To ensure equal access to health care and treatment for Roma and Travellers on a non-discriminatory and culturally sensitive basis, in so far as the health of the person is not thereby endangered, governments of member states should:
adopt comprehensive anti-discrimination legislation that includes the express prohibition of direct and indirect discrimination in access to health care and related public services;
allocate adequate authority and resources to guarantee the proper implementation and enforcement of this legislation through appropriate mechanisms, particularly at the local level;
- **Planning**
 - vii. take appropriate measures to make the wider population aware of the need of effective special measures intended to reach equal access to health care for Roma and Travellers;
 - viii. provide for adequate authority and resources for the co-ordination and supervision of all the measures taken at national and local level;
 - ix. identify and address research needs;
 - x. provide where necessary for outreach measures fully integrated into the normal health service;
 - xii. ensure that family planning is gender sensitive;
 - xiii. take into consideration good practices on disseminating information about Romani culture and about prejudices existing among both health care professionals and Roma and Travellers;

• **Prevention**

Health education

Member states should ensure access to health information and education through awareness raising campaigns for Roma and Travellers by health care and social workers, authorities and NGOs. Special attention should be paid to the education of the general population and to the elimination of existing anti-Roma and Traveller prejudices, which seriously hinder normal access to health care of Roma and Travellers.

Governments of member states should pay particular attention to the health situation of Roma and Traveller women, by ensuring comprehensive sexual and reproductive health (SRH) services and information, particularly family planning. Such services should also be made accessible for Roma and Travellers adolescent and adult men.

• **Participation of Roma and Travellers**

Wherever appropriate local health services should ensure that they have in place specific services such as gender equality advisors and health mediators to meet the health needs of these communities. Members of Roma and Traveller communities, where applicable, should be involved in developing those services and, where possible, health professionals should be recruited from their communities.

The actual focus of training programmes for Roma and Travellers in the field of health should be expanded from health mediators – whose role is to mediate between Romani patients and health professionals, provide basic health education and assist Roma communities in obtaining necessary insurance and documents – to include more ambitious targets.

²²⁵Усвојена од стране Комитета министара 12. јула 2006. године,
https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805aff57.

Резолуција Европског парламента о ситуацији ромских жена у Европској унији (2005/2164 (ИНИ))²²⁶

- *The European Parliament*,

Urges the Member States to regard, as among their highest priorities, measures intended to provide better protection for women's reproductive and sexual health, prevent and outlaw coercive sterilisation and promote family planning, alternative arrangements for those who get married early and sex education, and to take proactive measures to eliminate racially segregated maternity wards, ensure that programmes are developed to provide services to Romani victims of domestic violence and exercise particular vigilance with respect to the trafficking of Romani women...

10. Urges the Member States to ensure that all Romani women have access to primary, emergency and preventive health care, to develop and implement policies to ensure that even the most excluded communities have full access to the health care system, and the introduction of anti-bias training for health-care workers;
12. Urges the adoption of the concept of "positive obligations", whereby state and non-state entities are required by law to ensure that Romani women are represented proportionately to their presence in the local population.

Стразбуршка декларација о Ромима²²⁷

- (18) Државе чланице Савета Европе договориле су се о следећој отвореној листи приоритета, која треба да служи као водич за фокусирање и доследније напоре на свим нивоима, укључујући кроз активно учествовање Рома:
- (22) Успостављање ефикасних мера за поштовање, заштиту и унапређивање родне једнакости ромских девојчица и жена унутар њихових заједница као и у друштву у целини.
- (23) Успостављање ефикасних мера за укидање, тамо где још увек постоје, штетних пракса против репродуктивних права ромских жена, првенствено принудне стерилизације.
- (35) Обезбеђивање једнаког приступа здравственом систему свим Ромима, на пример путем здравствених медијатора и обезбеђивање обуке за постојеће фасилитаторе.

Закључна запажања Комитета за елиминацију дискриминације жена²²⁸

- 17. Комитет позива државу чланицу да:
 - (а) издвоји значајне и одрживе ресурсе, како људске тако и финансијске, за све националне стратегије, механизме и акционе планове који се односе на елиминисање дискриминације жена, посебно угрожених жена, те да обезбеди њихово делотворно спровођење;
 - (б) предузме мере за усклађивање националних стратегија и акционих планова, посебно са оним на локалном нивоу, и побољша координацију између секторског доношења и примене политика и хоризонталне и вертикалне координације између националних и локалних нивоа као и да прати и редовно оцењује процес њихове примене путем извештавања о оствареном напретку;
 - (ц) донесе родно осетљиве мере у садашњим и новим националним стратегијама, те акционим плановима у циљу спречавања и елиминације неједнакости и вишеструке дискриминације угрожених група жена; и да

²²⁶Доступно на: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-20060244+0+DOC+XML+V0//EN>.

²²⁷ CM(2010)133 final, усвојена на састанку на високом нивоу о Ромима Савета Европе, Стразбур, 20.10.2010, <http://www.fmikg.org/images/medjunarodni/Strazburska-deklaracija-o-Romima.pdf>

²²⁸ Усвојена од стране Комитета за елиминисање дискриминације жена, CEDAW/C/SRB/CO/2-3, (1144 и 1145. сесија), 2013. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSRB%2fCO%2f2-3&Lang=en.

- (д) убрза израду показатеља и мерила као саставног дела система за надзор и евалуацију, као и да обезбеди њихову редовну употребу у мерењу напретка и у превазилажењу препрека за унапређење положаја жена.
- 19. Комитет подстиче државу чланицу да:
 - (а) предузме даље кораке за проширење употребе привремених посебних мера, у складу са чланом 4. став 1. Конвенције и Општом препоруком Комитета бр. 25 (1992), као дела неопходне стратегије за убрзано остварења суштинске равноправности жена, посебно угрожених група жена, укључујући жене погођене ратом и жене које живе са ХИВ-ом, у свим областима које су обухваћене Конвенцијом;
 - (б) обезбеди да су адекватни ресурси додељени овим мерама, те да релевантне државне институције координирају њихову примену;
 - (ц) обавести јавност, посебно жене, о привременим посебним мерама које је држава увела у циљу побољшања положаја угрожених група жена, да процени њихов утицај и да уради налазе, укључујући и јавно објављивање родно осетљивих статистичких података.
 - 21. Комитет препоручује држави чланици да:
 - (б) спроведе Стратегију за превенцију и заштиту од дискриминације посебно у погледу жена припадница мађина, Ромкиња, жена са инвалидитетом, жена које живе са ХИВ-ом и лезбејки, те да сарађује са цивилним друштвом, медијима и другим заинтересованим странама у циљу побољшања толеранције и борбе против друштвене искључености тих група жена.
 - 29.... Комитет подстиче државу чланицу да:
 - (а) промовише упис у основне и средње школе ромске деце и њихово редовно похађање наставе, посебно девојчица, те да елиминира све препреке, укључујући финансијске у приступу образовању;
 - (ц) уведе образовање о сексуалном и репродуктивном здрављу и правима, у складу са узрастом, укључујући и питања родних односа и одговорног сексуалног понашања, у наставне планове и програме на свим нивоима образовног система.
 - 33. Комитет подстиче државу чланицу да:
 - (а) женама побољша приступ квалитетној здравственој заштити и здравственим услугама, у складу са Општом препоруком бр. 24 (1999);
 - (б) обезбеди ефикасно спровођење закона и политика које обезбеђују обавезно здравствено осигурање и бесплатне услуге за све жене и девојчице;
 - (ц) предузме неопходне мере које гарантују потпуну и ефикасну реализацију права жена са инвалидитетом на сексуално и репродуктивно здравље отклањањем предрасуда, обуком медицинског особља и повећањем броја здравствених објеката адекватно опремљених како би одговорили њиховим потребама;
 - (д) смањи коришћење абортуса као методе контрацепције повећањем информисаности и приступа савременим облицима контрацепције који би били укључени у позитивне листе лекова, те да обезбеди да абортус остане доступан, као што јесте у овом тренутку, и законски и финансијски, те да размотри укључивање трошкова за абортус у систем здравственог осигурања;
 - (е) предузме тренутне мере за обезбеђење приступа женама и девојчицама које живе са ХИВ-ом/АИДС-ом другој генерацији антиретровиралних лекова и другим неопходним лековима и услугама, као и информацијама о методама превенције преноса ХИВ-а/АИДС-а са мајке на дете.

Комитет за права детета

Закључна запажања о комбинованом другом и трећем периодичном извештају Републике Србије²²⁹

- Комитет апелује на државу потписницу да:
 - ојача напоре да се обезбеди то да се приступ адекватној здравственој заштити и неонаталним услугама прошири на најугроженије породице, укључујући ромске породице и оне који живе у маргинализованим и удаљеним областима;
 - ојача здравствену заштиту ромских жена и деце путем ефикасних теренских услуга, као и да осигура да Пројекат „Здравствени медијатори“ има довољно људских, техничких и финансијских ресурса за ефикасно обављање редовних кућних посета.
- У светлу Општег коментара бр. 15 (2013) о праву детета на уживање највишег могућег стандарда здравља и узимајући у обзир Циљ одрживог развоја 3, подциљ 3.1 о смањењу стопе смртности код мајки и подциљ 3.2 о окончању смртних случајева који се могу спречити код новорођенчади и деце млађе од 5 година, Комитет препоручује да држава потписница:
 - осигура доступност и једнак приступ квалитетној основној и специјализованој здравственој заштити за сву децу у земљи, као и да ојача напоре да се обезбеди проширење приступа адекватној здравственој заштити, укључујући пренаталну бригу о неосигураним трудницама, на породице које живе у најугроженијим ситуацијама, нарочито на оне које живе у маргинализованим и удаљеним областима;
 - распореди адекватне људске и финансијске ресурсе како би се осигурало потпуно спровођење Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине;
 - ојача и повећа подршку новоизабраних здравствених медијатора ромским заједницама и обезбеди институционализацију ромских здравствених медијатора у оквиру здравственог система;
 - осигура равноправан приступ саветовању и другим здравственим услугама подршке за децу са сметњама у развоју;
 - подржи јавно заступање и ангажовање медија да се баве знањем, ставовима и праксом у циљу подстицања имунизације и да примењује „Техничке смернице ОХЦХР о примени приступа заснованог на људским правима у спровођењу политика и програма за смањење и окончање морталитета и морбидитета који се могу спречити код деце испод 5 година старости“ (А/HRC/27/31).
- у потпуности имплементира Међународни кодекс маркетинга замене мајчиног млека, као и да развије национални програм за заштиту, промоцију и подршку дојењу кроз свеобухватне кампање. Мајке треба да се на одговарајући начин подрже кроз структуре саветовања у болницама, клиникама и заједници, а иницијатива „Болница пријатељ беба“ треба да се спроводи широм земље.
- У светлу Општег коментара бр. 4 (2003) у вези са здрављем адолесцената, Комитет препоручује да држава потписница:
 - развије свеобухватну едукацију прилагођену узрасту о сексуалном и репродуктивном здрављу, укључујући информације о планирању породице и контрацептивним средствима, о опасностима ране трудноће и превенцији и лечењу сексуално преносивих болести;
 - осигура несметани приступ сексуалним и репродуктивним здравственим услугама, укључујући поверљиво саветовање и модерна контрацептивна средства за адолесценткиње и адолесценте;

²²⁹Усвојена од стране Комитета за права детета на његовој 74. седници, CRC/C/SRB/CO/2-3, (2193. сесија), 2017. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fSRB%2fCO%2f2-3&Lang=en.

реши учесталост узимања дроге од стране деце и адолесцената кроз, између осталог, тачно и објективно информисање деце и адолесцената, као и учење животних вештина, о спречавању злоупотреба супстанци (укључујући дуван и алкохол), као и да развије приступачно лечење од зависности од дроге прилагођено младима и услуге смањења штете.

Комитет за права особа са инвалидитетом

Закључна запажања о Иницијалном извештају о Србији²³⁰

- 12. Комитет предлаже да држава чланица: (b) предузме одговарајуће мере ради спречавања и борбе против вишеструке и унакрсне дискриминације с којом се жене и девојке суочавају, посебно у приступу правди, у образовању, здравственој заштити и запошљавању, заштити од насиља и злостављања;
- 52. Комитет препоручује да држава чланица обезбеди запосленима у здравственој заштити адекватну обуку и потребне компетенције и убрза спровођење националног програма за унапређење развоја у раном детињству. Комитет препоручује да држава чланица, особама са инвалидитетом, једнако као и свим другима, осигура приступ здравственој заштити, укључујући и приступ услугама у вези са сексуални и репродуктивни здрављем. Такође, препоручује обучавање здравствених радника у нези особа са инвалидитетом и обезбеђивање приступачности здравствених услуга и здравствених установа.

Извештај Европске комисије против расизма и нетолеранције (ЕКРИ) о Србији (четврти циклус мониторинга)²³¹

- 71. ЕКРИ снажно препоручује српским властима да предузму више мера за побољшање приступа Рома здравственим услугама, укључујући спровођење информативне акције за Роме о мерама које су предузете за њих у овој области. Она даље препоручује да се за мере предузете у оквиру Стратегије за унапређење положаја Рома обезбеде адекватни људски и финансијски ресурси.

ⁱ See WHO Model List of Essential Drugs, revised December 1999, WHO Drug Information, vol. 13, No. 4, 1999.

ⁱⁱ Unless expressly provided otherwise, any reference in this General Comment to health facilities, goods and services includes the underlying determinants of health outlined in paras. 11 and 12 (a) of this General Comment.

ⁱⁱⁱ See paras. 18 and 19 of this General Comment.

^{iv} See article 19.2 of the International Covenant on Civil and Political Rights. This General Comment gives particular emphasis to access to information because of the special importance of this issue in relation to health.

^v According to WHO, the stillbirth rate is no longer commonly used, infant and under-five mortality rates being measured instead.

²³⁰ Усвојена од стране Комитета за права особа са инвалидитетом, CRPD/C/SRB/CO/1, (267. сесија) 2016. године, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSRB%2fCO%2f1&Lang=en; http://www.ljudskaprava.gov.rs/sites/default/files/dokument_file/zakljucna_zapazanja_komiteta_za_prava_osoba_sa_invaliditetom_srb.pdf.

²³¹ Усвојен од стране Европске комисије против расизма и нетолеранције, CRI(2011)21, 2011. године, <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/Country-by-country/Serbia/SRB-CbC-IV-2011-021-SRP.pdf>.

^{vi} *Prenatal* denotes existing or occurring before birth; *perinatal* refers to the period shortly before and after birth (in medical statistics the period begins with the completion of 28 weeks of gestation and is variously defined as ending one to four weeks after birth); *neonatal*, by contrast, covers the period pertaining to the first four weeks after birth; while *post-natal* denotes occurrence after birth. In this General Comment, the more generic terms pre- and post-natal are exclusively employed.

^{vii} Reproductive health means that women and men have the freedom to decide if and when to reproduce and the right to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice as well as the right of access to appropriate health-care services that will, for example, enable women to go safely through pregnancy and childbirth.

^{viii} For the core obligations, see paras. 43 and 44 of the present General Comments.