

**ЕКОНОМСКА АНАЛИЗА УВОЂЕЊА РОМСКИХ
ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СИСТЕМ ЈАВНИХ
ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СРБИЈИ**

др Миросинка ДИНКИЋ
ма Александра БРАНКОВИЋ, ИНСТИТУТ ЕКОНОМСКИХ НАУКА

Београд, 2011.

Наслов:

Економска анализа увођења ромских здравствених медијатора у систем јавних здравствених установа у Србији

Аутори:

др Миросинка Динкић
ма Александра Бранковић

Издавач:

Институт економских наука, Змај Јовина 12, Београд

За издавача:

Проф. др Дејан Ерић, директор

Руководилац Центра за издавачку делатност:

др Младенка Балабан

Спровођење истраживања и издавање монографије финансијски су подржали:

Министарство здравља
Фонд за отворено друштво

Рецензенти:

Проф. др Весна Бјеговић Микановић
Проф. др Снежана Симић
др Тања Кнежевић

Дизајн и припрема за штампу: Зорица Божић

Штампа: СП Принт, Нови Сад

Тираж: 400

ISBN 978-86-80315-89-8

Овај рад је део истраживачког пројеката под шифром 47009 (*Европске интеграције и друштвено-економске промене привреде Србије на путу ка ЕУ*), финансираног од стране Министарства за науку и технолошки развој Републике Србије.

© Институт економских наука 2011. Сва права задржана. Без писане сагласности издавача није дозвољен ниједан облик репродукције, копирања или преношења, како целине, тако и посебних делова ове публикације.

ПРЕДГОВОР

Монографија коју имате пред собом је резултат истраживања које је спроведено са циљем да се процене ефекти које ангажовање ромских здравствених медијатора у јавним здравственим установама Србије има на побољшање показатеља здравственог стања припадника ромске етничке групације, као и на побољшање других показатеља квалитета живота Рома у Србији.

У склопу истраживања, извршена је анализа прописа и стратешких докумената који представљају основ за активности Министарства здравља и других државних органа на побољшању положаја Рома, пре свега везано за коришћење права која проистичу из Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању, али везано и за друга важна питања, као што су побољшање услова становања, шире укључивање ромске деце у образовни систем, коришћење права из домена социјалне заштите и др. Оквир за анализу активности које обављају ромске здравствене медијаторке у Србији чине приказ искустава Румуније и Бугарске, првих земаља у окружењу које су почеле да ангажују ромске здравствене медијаторе, и преглед различитих показатеља стања ромске популације у Србији пре увођења ромских здравствених медијатора, приказаних у већем броју чланака и публикација. Основ за анализу активности ромских здравствених медијаторки у Србији чине подаци доступни из базе података пројекта Министарства здравља и финансијски подаци добијени од Министарства здравља, ОЕБС-а и Пројекта ДИЛС. Сем тога, за потребе економске анализе коришћене су пројекције Министарства финансија, подаци Републичког завода за статистику и Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. На бази наведених података анализирани су резултати досадашњег ангажовања ромских здравствених медијаторки, првенствено везано за бољу доступност и коришћење здравствених услуга од стране ромске популације у општинама обухваћених пројектом. Затим, идентификовани су и процењени мерљиви и немерљиви ефекти (користи) досадашњег ангажовања ромских здравствених медијаторки, извршена анализа досадашњих трошкова, односно улагања у реализацију пројекта, као и процена потребних улагања за период до 2020. године.

Закључци и препоруке који произилазе из извршене анализе треба да послуже доносиоцима одлука, пре свега Министарству здравља Републике Србије, као основ за вођење даљих активности на Пројекту „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“, за побољшање здравствене политике у овој области, за унапређивање локалних политика и рада локалних самоуправа на побољшавању здравственог стања и квалитета живота Рома и за повећавање социјалног укључивања Рома у оквиру локалних заједница и друштва у целини.

Свеобухватна анализа активности ромских здравствених медијатора и њиховог доприноса побољшању здравственог стања, као и других показатеља квалитета живота Рома, по први пут је рађена у Србији. Према расположивим сазнањима, оваква врста анализе до сада није рађена ни у земљама у окружењу. Ова монографија ће представљати научни допринос развоју економије здравства у Србији. Научни допринос ове монографије и њену релевантност за доношење одлука су препознали и рецензенти студије.

Аутори посебну захвалност дугују госпођи Дубравки Шарановић Рацић, помоћнику министра у Министарству здравља, која је препознала важност израде овакве анализе, и дала важне смернице за њену израду. Такође, желели би смо да се захвалимо и члановима

Тима Министарства здравља за праћење имплементације пројекта, Владимиру Чакаревићу, Драгану Ђорђевићу и Филипу Лукиновићу, који су нам помагали при добијању неопходних информација у вези са реализацијом пројекта, в.м.с. Милинки Здујић, која нам је пружала неопходна разјашњења везано за индикаторе из извештаја ромских здравствених медијаторки, као и ромским медијаторкама Лепој Недељковић и Зорици Станојевић, са којима смо обавили корисне разговоре у вези са активностима ромских здравствених медијаторки у оквиру пројекта.

Координацију активности током спровођења овог истраживања вршио је Тим Министарства здравља Републике Србије, а финансијску подршку пружио је Фонд за отворено друштво.

Треба нагласити да садржај и ставови садржани у овој монографији представљају ставове аутора, и не одражавају нужно ставове Министарства здравља Републике Србије или Фонда за отворено друштво.

Аутори

САДРЖАЈ

РЕЗИМЕ	1
1. УВОД	13
2. ЗАКОНОДАВНИ ОКВИР	15
3. СТРАТЕШКИ ОКВИР ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ“	20
3.1. Образовање	21
3.2. Становање	23
3.3. Запошљавање	24
3.4. Лична документа	26
3.5. Социјално осигурање и социјална заштита	27
3.6. Здравствена заштита	28
4. РЕЛЕВАНТНА ИСКУСТВА И РЕЗУЛТАТИ ЗАПОШЉАВАЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У ЗЕМЉАМА У ОКРУЖЕЊУ	33
4.1. Румунија	34
4.2. Бугарска	36
5. АНАЛИЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ“	38
5.1. Опис пројекта увођења ромских здравствених медијатора у здравствени систем Србије, и анализа коришћених метода и алата за рад од стране медијатора	38
5.2. Анализа статуса ромске популације у Србији пре увођења ромских здравствених медијатора у систем јавних здравствених установа у Србији	40
5.2.1. Основни демографски подаци	40
5.2.2. Основни показатељи здравственог стања	42
5.2.3. Здравље и положај деце	44
5.2.4. Здравље и положај жена	48
5.2.5. Коришћење услуга здравствене заштите	50
5.2.6. Ризично понашање	52
5.2.7. Смртност међу Ромима	53
5.2.8. Услови становања	54
5.2.9. Правни статус	54
5.2.10. Социјални статус	55
5.3. Анализа података о раду ромских здравствених медијатора у Србији, у периоду од 2008. до 2010. године	57
5.3.1. Анализа евидентираног стања код ромске популације од стране ромских здравствених медијаторки	59
5.3.2. Анализа активности ромских здравствених медијаторки у области пружања услуга Ромима ради обезбеђивања бољег приступа здравственој и социјалној заштити и остваривању других законских права	76
6. ЕКОНОМСКА АНАЛИЗА УВОЂЕЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СИСТЕМ ЈАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СРБИЈИ	103
6.1. Значај економске анализе	103
6.2. Методологија економске анализе увођења ромских здравствених медијатора у систем јавних здравствених установа у Србији	104
6.2.1. Идентификација основног циља пројекта	105
6.2.2. Идентификација и утврђивање трошкова	106

6.2.3. Идентификација и утврђивање резултата	106
6.2.4. Поступак спровођења економске анализе.....	106
6.2.5. Избор елемената за спровођење <i>cost-benefit</i> анализе	108
6.3. Идентификација и укључивање трошкова везаних за реализацију пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“ у периоду 2008-2010. године у економску анализу.....	110
6.3.1. Укупна улагања у оквиру пројекта	110
6.3.2. Укупни директни трошкови пројекта	112
6.4. Идентификација ефеката и оцена користи (бенефита) од увођења пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“	115
6.4.1. Идентификација ефеката и користи (бенефита)	115
7. ОСНОВНИ ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ	123
7.1. Основни закључци	123
Законодавни оквир.....	123
Стратешки оквир	124
Релевантна искуства у земљама у окружењу.....	125
Активности ромских здравствених медијаторки на евидентирању стања ромске популације у Србији.....	126
Услуге	127
Економска анализа	131
7.2. Основне препоруке.....	136
Законодавни и правни оквир.....	136
Стратешки оквир	137
Услуге	138
Економска анализа	140
ЛИТЕРАТУРА.....	141
СПИСАК СКРАЋЕНИЦА.....	145
ПРИЛОЗИ.....	146
Прилог 1 – Географски приказ општина у којима су ангазоване ромске здравствене медијаторке	147
Прилог 2 – Улога здравствене медијаторке.....	148
Прилог 3 - Изглед Протокола из 2009. године.....	152

СПИСАК ТАБЕЛА

Табела бр. 1 Сажет преглед резултата рада ромских здравствених медијаторки.....	6
Табела бр. 2 Учестаност пријављених хроничних обољења	43
Табела бр. 3 Стопе смртности деце која живе у ромским насељима, у промилима	44
Табела бр. 4 Телесна маса и физички развој деце млађе од 5 година	45
Табела бр. 5 Деца стара 2-9 година са ограничењима у развоју	46
Табела бр. 6 Показатељи укључености деце у образовни систем.....	47
Табела бр. 7 Сексуално понашање удатих жена старости 15-49 година.....	48
Табела бр. 8 Сазнања о ХИВ/СИДИ, жене старости 15-49 година.....	49
Табела бр. 9 Хронично оболеле особе које користе услуге здравствене услуге (у %).....	51
Табела бр. 10 Структура умрлих према Међународној класификацији болести (Х ревизија) у 2005. години.....	53
Табела бр. 11 Стопе сиромаштва међу Ромима у Србији, 2004. година	55
Табела бр. 12 Главни извори прихода Рома	56
Табела бр. 13 Број евидентираних Рома.....	60
Табела бр. 14 Степен образовања и запосленост евидентираних Рома.....	61

Табела бр. 15	Карактеристике евидентираних домаћинстава	62
Табела бр. 16	Начин становања евидентираних домаћинстава.....	63
Табела бр. 17	Показатељи генеративног статуса жена.....	64
Табела бр. 18	Показатељи здравственог статуса жена – стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	64
Табела бр. 19	Показатељи здравственог статуса породиља и бабињара - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	66
Табела бр. 20	Евидентирана деца према узрасту	66
Табела бр. 21	Деца која имају изабраног лекара - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	67
Табела бр. 22	Вакцинација деце - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки.....	68
Табела бр. 23	Број одојчади (0-12 месеци) и њихова исхрана - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	69
Табела бр. 24	Укљученост деце у образовни систем - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	69
Табела бр. 25	Остварен дечји додатак - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	70
Табела бр. 26	Показатељи статуса евидентираних младих особа (19-26 година)	71
Табела бр. 27	Запосленост евидентираних младих особа (19-26 година)	71
Табела бр. 28	Показатељи здравственог статуса одраслих мушкараца и жена - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	72
Табела бр. 29	Обољења од којих болују евидентирани чланови ромске популације (мушкарци, жене и деца) - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки.....	73
Табела бр. 30	Остварена лична документа - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	74
Табела бр. 31	Остварено здравствено осигурање (здравствена књижица) - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	74
Табела бр. 32	Остварена материјална помоћ - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки	76
Табела бр. 33	Помоћ ромских здравствених медијаторки одраслим Ромима при избору лекара и вакцинацији	77
Табела бр. 34	Помоћ ромских здравствених медијаторки Ромкињама при заказивању и обављању гинеколошких прегледа и мамографије	77
Табела бр. 35	Помоћ ромских здравствених медијаторки при избору лекара и вакцинацији деце.....	78
Табела бр. 36	Активности ромских здравствених медијаторки у домовима здравља	78
Табела бр. 37	Помоћ ромских здравствених медијаторки код укључивања ромске деце у систем образовања.....	79
Табела бр. 38	Активности ромских здравствених медијаторки у области социјалне заштите	80
Табела бр. 39	Помоћ ромских здравствених медијаторки у остваривању законских права Рома	80
Табела бр. 40	Остварени резултати по врстама активности ромских здравствених медијаторки на терену	83
Табела бр. 41	Области рада ромских здравствених медијаторки.....	84
Табела бр. 42	Помоћ ромских здравствених медијаторки у остваривању законских права Рома у 2009. години, преглед по општинама.....	95

Табела бр. 43 Обављени разговори од стране ромских здравствених медијаторки у надлежним институцијама ради остваривања законских права Рома, преглед по општинама	97
Табела бр. 44 Укупна улагања у оквиру пројекта - структура према намени утрошених средстава, РСД, текуће цене.....	111
Табела бр. 45 Укупна улагања у оквиру пројекта – структура према изворима средстава, РСД, текуће цене	112
Табела бр. 46 Укупни директни трошкови пројекта по годинама	113
Табела бр. 47 Преглед ефеката, користи, и извора података за обрачун користи	116
Табела бр. 48 Резултати <i>Cost-Benefit</i> анализе за период 2009-2010. – период имплементације Пројекта	118
Табела бр. 49 Пројекција улагања у пројекат „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Републици Србији“ до 2020. године	119
Табела бр. 50 Добијене године живота корисника појединих услуга у оквиру имплементације Пројекта у периоду 2009-2010. године, према старости.....	121

СПИСАК ГРАФИКОНА

Графикон бр. 1 Старосна структура Рома и укупног становништва у Србији, према резултатима Пописа становништва из 2002. године	42
Графикон бр. 2 Број Рома које су ромске здравствене медијаторке евидентирале током 2009. и 2010. године – преглед по општинама	60
Графикон бр. 3 Начин становања домаћинстава евидентираних у 2009. и 2010. години (збирно) – преглед по општинама.....	63
Графикон бр. 4 Процент жена за које су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног гинеколога – преглед по општинама	65
Графикон бр. 5 Процент деце за коју су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног педијатра – преглед по општинама	67
Графикон бр. 6 Процент одраслих особа за коју су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног лекара – преглед по општинама.....	72
Графикон бр. 7 Број особа за које су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају остварено здравствено осигурање – преглед по општинама	75
Графикон бр. 8 Избор лекара одраслих Рома – преглед по општинама, 2009. година.....	86
Графикон бр. 9 Избор лекара одраслих Рома, преглед по општинама, 2010. година.....	86
Графикон бр. 10 Изабрани гинеколог и заказани систематски прегледи код гинеколога за Ромкиње уз помоћ ромских здравствених медијаторки, преглед по општинама, 2009. година.....	87
Графикон бр. 11 Број вакцинисане одојчади, преглед по општинама, 2009. година.....	89
Графикон бр. 12 Број вакцинисане деце 1-18 година старости, преглед по општинама, 2009. година.....	90
Графикон бр. 13 Укупан број заказаних прегледа код лекара (опште праксе или специјалисте) у домовима здравља, преглед по општинама.....	91
Графикон бр. 14 Број обављених систематских прегледа ромске деце за упис у школу, преглед по општинама	92
Графикон бр. 15 Упис ромске деце у установе предшколског образовања од стране ромских здравствених медијаторки, преглед по општинама, 2010. година	93
Графикон бр. 16 Број ромске деце којој су ромске здравствене медијаторке обезбедиле дечји додаток, преглед по општинама	94
Графикон бр. 17 Број Рома који су учествовали на предавањима и у раду радионица, преглед по општинама, 2010. година	100

Графикон бр. 18 Број планираних разговора, преглед по општинама	101
Графикон бр. 19 Структура директних трошкова ангажовања ромских здравствених медијаторки по врстама услуга	114

СПИСАК БОКСОВА

Бокс бр. 1 Резултати упоредних истраживања и анализа користи и резултата имплементације пројеката који се реализују у оквиру државног сектора.....	50
Бокс бр. 2 Резултати упоредних истраживања – користи и резултати имплементираних пројеката у оквиру државног сектора	57
Бокс бр. 3 Улога ромске здравствене медијаторке	59
Бокс бр. 4 Активност ромске здравствене медијаторке на збрињавању породиље и новорођенчета	77
Бокс бр. 5 Активност ромске здравствене медијаторке на вакцинацији деце	78
Бокс бр. 6 Активност ромске здравствене медијаторке при укључивању девојчице у школски систем која је напустила породицу ради удаје.....	79
Бокс бр. 7 Активност ромске здравствене медијаторке на обезбеђивању здравствених услуга и докумената из области здравствене заштите.....	81
Бокс бр. 8 Оцена улоге ромских здравствених медијаторки у здравственом васпитању	82
Бокс бр. 9 Активност ромске здравствене медијаторке на остваривању здравствене заштите и личних докумената једној ромској породици	83
Бокс бр. 10 Сарадња ромске здравствене медијаторке са Црвеним крстом.....	97
Бокс бр. 11 Основни налази	123

РЕЗИМЕ

Показатељи стања Рома пре увођења ромских здравствених медијатора

Показатељи здравственог стања Рома и доступности услуга здравствене заштите ромској популацији широм Европе, као и у Србији, су значајно неповољнији у односу на општу популацију у државама у којима живе.

У Србији су у више наврата спровођена истраживања која су у фокусу имала праћење здравствене ситуације и других показатеља квалитета живота ромске популације, као и идентификовање узрока таквог стања. Најзначајнији налази истраживања која су спроведена закључно са 2008. годином показују следеће:

- Значајан проценат Рома који су у радно способном узрасту боловао је од неког хроничног обољења¹, а Роми су били више склони и да оболевају од појединих акутних обољења у односу на општу популацију²;
- Међутим, иако су изложени већим здравственим ризицима, Роми, из различитих разлога, нису добијали адекватан медицински третман³;
- Стопа смртности међу Ромима је виша у односу на општу популацију⁴;
- Деца која живе у ромским насељима су од самог рођења изложена већим ризицима који угрожавају њихово здравље и егзистенцију. О томе говори неколико чињеница: стопа смртности деце и одојчади која долазе из ромских насеља је била значајно виша него у случају опште популације⁵, ова деца су заостајала у физичком развоју за својим вршњацима⁶ и чешће су се суочавала са другим ограничењима у физичком и менталном развоју⁷, обухват вакцинацијом је био много лошији у односу на просек у Србији⁸, а била су изложена и већим ризицима од обољевања од појединих болести⁹. Показатељи укључености у образовни систем су били незадовољавајући, јер одређен број деце никада није уписан у школу, а, и од оних који крену у школу, мали број заврши основну и средњу школу¹⁰. Такође, показало се да одређен број ромске деце није добијао одговарајућу негу и надзор, а ова деца су у већој мери била изложена и физичком кажњавању¹¹;

¹ Видети: Bodewig, Sethi (2005).

² Видети: Bodewig, Sethi (2005) и UNDP (2006а).

³ Више о томе: UNDP (2006а), Dinkić, Ognjenović (2007а), Dimitrijević (2009) и Bodewig, Sethi (2005).

⁴ Видети: Bogdanović et al. (2007).

⁵ Видети: UNICEF (2007) и Институт за јавно здравље (2008).

⁶ Видети: UNICEF (2007).

⁷ Исто.

⁸ Видети: UNDP (2006а).

⁹ Видети: UNICEF (2007).

¹⁰ Исто.

¹¹ Исто.

- Када је реч о здрављу и положају жена, налази анализираних студија су показали да су се Ромкиње у већини случајева порађале у здравственим установама и уз присуство стручног медицинског особља, али ипак у мањем проценту у односу на општу популацију¹². Када је реч о употреби контрацепције, она је била на ниском нивоу, и висок проценат жена је имао незадовољену потребу за контрацепцијом, што обично значи да су оне желеле да се заштите од нежељене трудноће и од полно преносивих болести, али да се муж томе противио¹³. Ромкиње су често дискриминисане у оквиру своје заједнице и своје породице, о чему говоре подаци да су многе Ромкиње биле изложене породичном насиљу¹⁴, као и да су могућности девојчица из ромских насеља да се образују спутане, због чега је значајан број одраслих Ромкиња био неписмен¹⁵;
- Одређен број Рома нема признат правни субјективитет, или не поседује лична документа¹⁶, због чега нису у прилици да остваре права из здравственог осигурања, социјалне заштите, право на образовање и др.

Имплементација пројекта ангажовања ромских здравствених медијаторки

У циљу побољшања положаја Рома када је реч о приступу услугама здравствене заштите, ***здравствени сектор у Србији је последњих година активно учествовао у изради и имплементацији више међусекторских стратегија и бројних пројеката који доприносе побољшању здравственог стања, свеукупног положаја и ефикаснијем укључивању Рома у друштвени систем земље.*** Проблеми који проистичу из лошег приступа Рома услугама здравствене заштите, као и други проблеми са којима се суочавају, су препознати и у Стратегији за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, која је усвојена почетком 2009. године. Овим документом су постављене шире основе и обједињен приступ за унапређивање положаја Рома и за смањивање разлика између ромске и укупне популације у земљи, у важним областима живота и рада Рома.

Једна од најважнијих активности на побољшању обухвата припадника ромске популације услугама здравствене заштите јесте ангажовање ромских здравствених медијатора у домовима здравља у већем броју градова у Србији. Реч је о пројектној активности, која је започела 2008. године. Као ромски здравствени медијатори ангажују се Ромкиње, које имају завршену основну школу, и које морају да прођу одговарајући програм едукације. Оне се ангажују по основу уговора о делу, који се обнавља сваког месеца. Закључно са 2010. годином било је ангажовано 60 медијаторки, а у 2011. прикључило се још 15 медијаторки.

У реализацију пројекта укључена је Влада Републике Србије, и одређен број донатора. Министарство здравља, у име Владе, је иницирало започињање Пројекта, и врши координацију свих активности на Пројекту. Из буџета Владе Републике Србије се финансирају накнаде за рад одређеног броја медијаторки, док донатори (ОЕБС, Пројекат ДИЛС, Фонд за отворено друштво, Теленор и Уницеф) финансирају накнаде за рад осталих медијаторки, као и све остале трошкове, као што су трошкови едукативних семинара,

¹² Исто.

¹³ Исто.

¹⁴ Исто.

¹⁵ Исто.

¹⁶ Видети: Praxis (2008).

припрема и штампа протокола, брошура и другог штампаног материјала, набавка лаптопова и мобилних телефона, израда софтвера за унос података у информациону базу Министарства здравља, набавка торби, јакни, обуће и сл.

Ромске здравствене медијаторке су распоређене по домовима здравља, при поливалентној патронажној служби, и прате радно време домова здравља. Ангажоване су током пет дана седмично, углавном на терену, а имају и три радне суботе, које углавном проводе у домовима здравља, и посвећују их попуњавању протокола и писању извештаја о раду. У току радног дана медијаторке имају прописану норму коју треба да испуне, а која износи 5 посета у просеку. Поред редовног радног времена, медијаторке често буду ангажоване и прековремено, најчешће онда када се боравак на терену одужи, када учествују у активностима превентивних служби на терену, као и када припремају и носе документацију потребну за пријављивање одраслих и деце и упис у књиге рођених, остваривање права на здравствену заштиту, остваривање дечјег додатка и других видова социјалне помоћи. За прековремени рад медијаторке не добијају новчану накнаду. Уместо тога, на основу прековременог рада оне остварују право на плаћене слободне дане у току године.

Ромске здравствене медијаторке воде протокол својих активности, и то у писаној и електронској форми. Протокол омогућава да се испрате показатељи стања ромске популације, као и да се испрате активности медијаторки у циљу унапређења овог стања. **Приликом прве посете домаћинству, медијаторке евидентирају затечено стање,** и у протокол уносе податке о сваком члану домаћинства, као и о самом домаћинству. Подаци које медијаторке уносе су подаци опште природе (старост, пол, образовни статус, запосленост, вид становања и сл.), показатељи који се односе на здравствени статус (нпр. да ли имају изабраног лекара, да ли су вакцинисани, од којих хроничних болести болују), али и друге врсте показатеља који могу да буду од значаја (да ли су корисници материјалне помоћи, да ли поседују лична документа, да ли су здравствено осигурани итд.). **На основу ситуације која је уочена приликом прве посете, медијаторка планира активности које ће да обави током друге посете породици.** Том приликом, она најчешће помаже у остваривању одређених права или посредује у пружању одређених здравствених услуга, а такође може да држи предавања члановима једне или више породица на одређену тему.

Активности које медијаторка обавља, односно „услуге“ које пружа члановима породице, између осталог, су:

1. Активности везане за остваривање права из здравственог осигурања и помоћ у остваривању здравствене заштите и унапређењу здравља Рома:
 - a. Помоћ у остваривању права на здравствено осигурање, односно добијање и овера здравствене књижице;
 - b. Помоћ у избору изабраног лекара (лекара опште праксе, гинеколога или педијатра);
 - c. Заказивање прегледа код изабраног лекара или специјалисте. С тим у вези, од посебног значаја је заказивање контролних прегледа трудница, уколико га нису обавиле;
 - d. Заказивање систематских прегледа – деце, одраслих и прегледа код стоматолога;
 - e. Заказивање вакцинације деце или одраслих у дому здравља, и(ли) иницирање и учествовање у кампањи вакцинације у насељу у коме живе Роми;

- f. Учешће у активностима превентивног центра, патронажне службе и др.;
 - g. По потреби, обезбеђење пружања здравствених услуга на терену;
 - h. Помоћ у остваривању права на туђу негу и помоћ;
2. Активности везане за остваривање других права:
- a. Помоћ у добијању личних докумената (извод из матичне књиге рођених, уверење о држављанству, лична карта);
 - b. Помоћ приликом уписа деце у предшколске и школске установе;
 - c. Помоћ приликом конкурисања за стипендије;
 - d. Помоћ у остваривању материјалне помоћи – материјално обезбеђење породице, помоћ Црвеног крста, једнократна помоћ;
3. Остале активности медијаторки
- a. Помоћ на уређењу животне средине и услова становања;
 - b. Едукативне активности – држање предавања, разговори, дељење брошура, прављење постера, организовање радионица.

Резултати рада ангажованих ромских здравствених медијаторки у периоду 2008-2010. године

Као што је напоменуто, ***приликом прве посете ромским домаћинствима здравствене медијаторке евидентирају затечено стање***, а најзначајнији подаци који могу да се добију на основу евидентираних уноса у базу података су следећи:

- У периоду 2008-2010. године медијаторке су евидентирале 126.460 лица, од чега су 40% чинила деца старости до 18 година, и више од 35 хиљада ромских домаћинстава¹⁷;
- 40% одраслих Рома који су се изјаснили о образовном статусу није имало завршену основну школу, а свега 10% је завршило средњу школу;
- 80% одраслих Рома који су се изјаснили о статусу запослења није било формално запослено;
- 2/3 евидентираних ромских домаћинстава је становало у сопственим кућама, али је значајан број, готово ¼, живео у нужном смештају¹⁸;
- За свега око ½ одраслих Ромкиња је приликом прве посете евидентирано да су имале изабраног гинеколога, при чему је од тог броја свега 17% њих обавило систематски гинеколошки преглед. Чак ни труднице не посећују редовно гинеколога – чак 42% евидентираних трудница није обавило контролни гинеколошки преглед у трудноћи;
- Од укупног броја евидентираних деце око 2/3 њих је имало изабраног педијатра, док око 30% деце није имало изабраног лекара;

¹⁷ Подаци о броју евидентираних домаћинстава нису доступни за 2008. годину.

¹⁸ Под нужним смештајем подразумевају се објекти привременог карактера, као што су објекти грађени од картона и дасака, објекти с лименим кровом, објекти без струје и воде и сл.

- Одојчад у ромским породицама у највећем броју случајева сиса – 57% одојчади је било искључиво дојено, свега 5% је искључиво храњено адаптираним млеком, док је 1/3 одојчади почело да се прехрањује;
- Од укупног броја деце за коју је евидентирано да ли су укључена у школски систем, око $\frac{3}{4}$ је похађало школу, што значи да свако четврто дете није било укључено у образовни систем. Забрињавајуће је и то што, чак и када је реч о деци која су укључена у образовни систем, висок проценат њих (7%) похађа специјалне школе;
- Нешто више од $\frac{1}{2}$ одраслих особа које су евидентирани у 2009. и 2010. години је имало изабраног лекара, док га чак свака трећа особа није имала;
- Роми најчешће обољевају од болести срца и крвних судова, а доста су заступљени и дијабетес и бронхијална астма;
- 6% евидентираних Рома није остварило лична документа¹⁹, док 11% није поседовало здравствену књижицу;
- Ромске породице су корисници неких видова материјалне помоћи, и то најчешће материјалног обезбеђења (36% евидентираних домаћинстава).

На основу стања које је евидентирано током првих посета, ромске здравствене медијаторке планирају активности које ће спровести током других посета домаћинствима, односно тзв. услуге које ће да пруже, а које имају за циљ остваривање одређених права или посредовање у пружању одређених здравствених услуга. На основу података који су унети у информациону базу Министарства здравља, могу се сагледати **најважнији резултати ангажовања ромских здравствених медијаторки на побољшању приступа Рома услугама здравствене заштите, као и на другим активностима које оне спроводе.**

Резултати анализе рада ромских здравствених медијаторки по општинама показују да су **медијаторке континуирано биле активне у реализацији задатака утврђених у пројекту. То је резултирало у повећавању броја корисника њихових услуга од стране ромске популације из године у годину у општинама где су већ били забележени добри резултати, као и у општинама где је било малих или никаквих резултата.**

Акцент пружања услуга ромских здравствених медијаторки током 2009. и 2010. је био на помоћи при: избору лекара и вакцинацији одраслих Рома, избору лекара гинеколога од стране одраслих Ромкиња, нарочито трудница, заказивању и обављању систематских и контролних гинеколошких прегледа и мамографије, избору лекара и вакцинацији деце, затим на обављању активности у домовима здравља за потребе Рома, укључивању ромске деце у систем образовања, остваривању права Рома из области социјалне заштите и здравственог осигурања, добијању личних докумената и обављању активности едукативног карактера на терену.

У Табели бр. 1. је дат приказ најважнијих активности које једна медијаторка, у просеку, у току године обави у циљу побољшања статуса ромске популације.

¹⁹ РЗМ су евидентирале да ли одрасле особе поседују личну карту, односно да ли малолетне особе поседују извод из матичне књиге рођених или уверење о држављанству.

Табела бр. 1 Сажет преглед резултата рада ромских здравствених медијаторки

1 медијаторка у току године у просеку		
	2009	2010
евидентира	2.081 особу	610 особа
обезбеди изабраног лекара за	66 одраслих особа	75 одраслих особа
обезбеди изабраног педијатра за	52 деце	40 деце
обезбеди изабраног гинеколога за	64 жена	49 жена
обезбеди вакцинацију за	84 деце	50 деце
оствари дечји додатак за	18 деце	9 деце
упише у школу	13 деце	7 деце
закаже контролни гинеколошки преглед за	6 трудница	10 трудница
закаже преглед код изабраног лекара или специјалисте за	46 особа	76 особа
учествује у активностима служби дома здравља	5 пута	20 пута
оствари право на материјалну помоћ за	85 домаћинстава	50 домаћинстава
обави разговоре у установама на локалном нивоу	нема података	119 разговора
оствари здравствено осигурање за	68 лица	49 лица
оствари лична документа за	34 лица	31 лице
одржи предавања	2 предавања	40 предавања
одржи радионице	1 радионицу	116 радионица

Економска анализа

Основни налази

- Резултати *Cost-Benefit* анализе показују да је имплементација пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки у Србији“ била веома успешна и да је пројекат исплатив. Остварена је позитивна нето садашња вредност, тј. оцењене користи од имплементације пројекта су веће од укупних улагања. Коефицијент односа користи и улагања је већи од јединице и износи: 3,75 у 2009.години, 1,71 у 2010.години и 2,36 просечан коефицијент за обе анализиране године.
- **Исходи остварених услуга** које су ромске здравствене медијаторке пружиле Ромима при избору лекара и вакцинацији у општинама обухваћених пројектом, **огледају се и у продужењу животног века Рома у наредним годинама за укупно 3.175 година за 17.922 корисника.**
- **Исходи** од тога што су ромске здравствене медијаторке за 5.487 Ромкиња обезбедиле

добијање изабраног гинеколога у 2009. и 2010. години **показују да би њих 10 током свог живота оболело од рака локализованог на гинеколошким органима, али да ће њих 6, због раног откривања болести и примене успешне терапије преживети јер ће бити излечене.**

- Процењена вредност улагања за период од 2012. до 2020. године износи 416,8 милиона текућих динара (из 2010. године), или око 4,05 милиона евра по средњем званичном курсу за 2010. годину.
- **Резултати укупне економске анализе указују да је неопходно да се пројекат настави у наредном периоду, тј. до достизања могућности за његову институционализацију, јер је, у целини узев, исплатив.**

Укупна улагања у Пројекат током периода 2008-2010. године обухватају неколико врста трошкова. Најпре, реч је о накнадама за рад ангажованих ромских здравствених медијаторки, које су дате у бруто износу. Они доминирају у структури укупних улагања, и њихово учешће током посматраног периода се креће на нивоу од $\frac{3}{4}$. Друго, постоје трошкови везано за едукацију и усавршавање медијаторки, где спадају трошкови семинара и симпозијума, који имају учешће од 11% у укупним улагањима. Треће, постоји шаролика група трошкова, која обухвата различита средства које медијаторке користе у свом раду, као што су протоколи, брошуре, приручници и други штампани материјали, али и рачунари и рачунарски софтвер, као и мобилни телефони, које медијаторке такође користе у свом раду. Улагања у рачунарску опрему, у коју спадају лаптопови и опрема за повезивање на Интернет, и улагања у израду софтвера и формирање базе података, заједно имају учешће од 8%, што је мало више од улагања у различите публикације које се користе у раду здравствених медијаторки, а чије учешће у структури укупних улагања за период 2008-2010. године износи 7%. На крају, најмање учешће у структури укупних улагања имају трошкови набавке мобилних телефона, и оно износи свега 1%.

Анализирајући расположиве податке из базе података Министарства здравља, као и податке финансијске природе, закључили смо да овај Пројекат емитује тзв. мерљиве и немерљиве користи, односно бенефите, које можемо изразити на следећи начин:

1. Мерљиви ефекти:

a. Ефекти изражени у новцу:

- Уштеде у области примарне здравствене заштите,
- Уштеде услед смањења лечења у стационарним здравственим установама.

b. Ефекти изражени у продужењу животног века Рома:

- Продужење животног века беба,
- Продужење животног века деце од 1 до 18 година,
- Продужење животног века одраслих.

c. Ефекти по основу правовременог откривања појединих болести:

- Смањење умирања.

2. Немерљиви ефекти:

- a. Укључивање деце у школски систем и обезбеђивање стипендија ученицима и студентима,
- b. Ефикасно остваривање права из области социјалне заштите за рад неспособних и сиромашних Рома,
- c. Уређивање животне средине,
- d. Активирање Рома у оквиру локалне заједнице.

Немерљиви ефекти које смо уочили су веома значајни за побољшање здравствених, социјалних и укупних услова живота Рома у Србији у будућем периоду, али их је тешко у овом тренутку квантификовати, па су они идентификовани и исказани на квалитативан начин.

Ефекти које смо идентификовали, поред тога што имају позитиван утицај на побољшање здравственог стања Рома, позитивно се одражавају на уштеде у области здравства, на побољшање општих услова живота Рома и на повећање њихове социјалне укључености нарочито на локалном нивоу.

На основу података о досадашњим улагањима у пројекат, индикатора добијених из базе података Министарства здравља и из Националног здравственог рачуна, и уз коришћење дисконтне стопе од 3% годишње, урађена је *cost-benefit* анализа за период 2009-2010. године.

Резултати *Cost-Benefit* анализе за период имплементације пројекта

Година	Садашња вредност утврђених улагања, РСД	Садашња вредност оцењених користи (бенефита), РСД	Нето садашња вредност, РСД	Коефицијент односа користи (бенефита) и трошкова (улагања)
2009	14.858.880	55.793.009	40.934.129	3,75
2010	32.045.996	54.811.283	22.765.287	1,71
Укупно за период 2009-2010.	46.904.876	110.604.292	63.699.416	2,36

Такође, направљена је пројекција потребних улагања у Пројекат за период до 2020. године. Добијени резултати показују да би у периоду од 2012. до 2020. године, било потребно да се обезбеди 416,8 милиона текућих динара (из 2010. године), или око 4,05 милиона евра по средњем званичном курсу за 2010. годину.

Када је реч о користима израженим у продужењу животног века Рома укључених у пројекат, а по основу пружених услуга ромских здравствених медијаторки при избору лекара за децу и вакцинацији деце, као и при избору изабраног лекара за одрасле особе, оне се огледају у повећању укупно 3.175 година живота за 17.922 корисника ових услуга у периоду досадашње имплементације пројекта.

На основу расположивих података из базе Министарства здравља, и података Института за јавно здравље „др Милан Јовановић Батут“, направљена је оцена ефеката активности ромских здравствених медијаторки на смањење смртности од рака локализованог на женским гинеколошким органима. Процењено је да ће, захваљујући томе што су медијаторке помогле у добијању изабраног гинеколога, од 10 жена које ће оболети од наведених облика рака, 6 преживети услед тога што ће примити одговарајућу терапију, јер ће рак бити откривен правовремено.

Најважније препоруке

ЗАКОНОДАВНИ И ПРАВНИ ОКВИР		
Препорука	Образложење	Носиоци
Извршити измене и допуне Закона о здравственој заштити којима ће се локалне самоуправе обавезати да доносе посебне програме здравствене заштите Рома на својој територији	У члану 13. Закона о здравственој заштити се наводи да Аутономна покрајина, општина, односно град, може донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва и за специфичне врсте болести карактеристичне за то подручје. Мишљења смо да ова одредба треба да буде обавезујућа у домену примарне здравствене заштите, имајући у виду и тенденције децентрализације система здравства у складу са укупним токовима децентрализације у земљи.	Министарство здравља
Увођење занимања „ромски здравствени медијатор“ у Националну класификацију занимања	Остварени резултати пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“ упућују на потребу увођења занимања „ромски здравствени медијатор“ у Националну класификацију занимања.	Министарство здравља Републички завод за статистику Национална служба за запошљавање
Да локалне самоуправе, у оквиру својих буџета, успоставе буџетску линију о финансирању програма здравствене заштите Рома на својој територији	Полазећи од Закона о буџетском систему у коме је предвиђено програмско буџетирање и имајући у виду последњи став члана 13. Закона о здравственој заштити, неопходно је да локалне самоуправе утврђују и сопствена средства за реализацију програма заштите Рома на својој територији.	Локалне самоуправе
Да локалне самоуправе буџетирају своје програме здравствене заштите Рома по активностима и изворима средстава	Пошто у Србији постоји релативно велика разлика у нивоу развијености локалних самоуправа, ако неке нису у могућности да утврђене програме здравствене заштите Рома финансирају само из буџетске линије локалног буџета, потребно је да предвиде и друге изворе средстава по активностима реализације одређеног програма – домаће и иностране донације, невладин сектор, Републички буџет и друго.	Локалне самоуправе

СТРАТЕШКИ ОКВИР		
Препорука	Образложење	Носиоци
Евалуација донетих локалних стратегија о Ромима заснована на подацима	Један, мали, број општина је донео стратегије о Ромима. Међутим, израда ових стратегија, према нашим сазнањима, није била заснована на подацима који би упућивали на остваривање користи од донетих стратегија. Због тога је потребно да се изврши њихова евалуација и на основу добијених резултата да се изврше евентуалне измене и допуне донетих стратегија.	Министарство здравља Локалне самоуправе Невладин сектор Донатори
Доношење локалних стратегија о побољшавању положаја Рома, заснованих на подацима, у локалним самоуправама које их нису донеле. Ове стратегије треба да укључе циљеве и активности везане за укључивање Рома у образовни систем, решавање стамбених проблема, проблема запошљавања и уз бављење сопственим бизнисом, остваривање права у здравственој и социјалној заштити и свих других законских права без дискриминације.	Полазећи од циљева Националне стратегије за побољшавање положаја Рома, локалне самоуправе треба да донесу своје стратегије о побољшавању положаја Рома које би укључивале све области од значаја за бољи положај Рома. Локалне стратегије треба да буду буџетиране и засноване на анализама о могућности остваривања користи за Роме од њихове имплементације. Буџет сваке локалне стратегије треба да садржи потребан износ средства за сваку утврђену активност, изворе средстава и користи које се очекују од планираних улагања.	Локалне самоуправе Невладин сектор Донатори
Стварати повољне услове за имплементацију донетих стратегија базиране на координацији јавних политика, вођењу дијалога са институционалним и ванинституционалним актерима у њиховој имплементацији и на активном развијању стратешких партнерстава	Европска комисија је 2010. године усвојила Платформу за повећање социјалне укључености осетљивих група становништва, међу којима је највише Рома. У Платформи се инсистира на повећању социјалне укључености путем координације јавних политика, вођења дијалога између партнера и развијању стратешког партнерства између учесника у реализације циља о социјалном укључивању.	Влада Републике Србије Локалне самоуправе Приватни сектор Невладин сектор
Стварање повољних услова за социјално укључивање Рома у развој локалних самоуправа и друштва у целини	Резултати наше анализе су показали да Роме треба подстицати да учествују у развој локалних заједница и земље у целини, путем постепеног укључивања у сферу рада и одлучивања, на	Влада Републике Србије Локалне самоуправе

	локалном и националном нивоу, како би и сами доприносили стварању услова за побољшавање квалитета њиховог живота.	Ромске здравствене медијаторке
--	---	--------------------------------

УСЛУГЕ

Препорука	Образложење	Носиоци
Повећавати сензибилизацију локалне администрације и запослених у другим неопходним институцијама за рад са ромском популацијом	Потребно је подизање капацитета запослених у локалним самоуправама и институцијама на локалном нивоу, ради обезбеђивања ефикасне комуникације са ромском популацијом при пружању информација о питањима везаним за живот и рад Рома, остваривању њихових права и укључивање у друштвени систем земље.	Надлежна министарства Локалне самоуправе Донатори
Обезбеђивање даље подршке за реализацију пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки у јавним установама Србије“	У садашњим условима и у будућем релативно примереном року, запошљавање ромских здравствених медијаторки је неопходно јер оне директно подстичу Роме да користе услуге здравствене и социјалне заштите и све друге услуге при остваривању њихових грађанских и законских права и обавеза. На тај начин се подиже ниво знања и повећава укљученост Рома.	Министарство здравља Локалне самоуправе Донатори
Појачати и даље развијати активности о здравим стиловима живота код ромске популације, у свим насељима	Ова активност је тек успела да заинтересује један број Рома и ромских породица. Зато је треба даље развијати и усавршавати методе рада који су прихватљиви за ромску популацију	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке
Појачати и даље развијати активности о унапређивању животне околине и услова становања у свим ромским насељима	Ромске здравствене медијаторке су, у претходне две године, оствариле почетне резултате по питању уређивања животне средине и услова становања. Због тога је неопходно да се ове активности подигну на виши ниво како би се што већи број Рома и ромских породицу укључио у њихову реализацију, а што би резултовало у побољшању услова становања и услова живота у целини. То ће, такође, допринети и побољшавању здравственог стања ромске популације у Србији	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке

Укључити здраво ромско становништво у саветовалишта у домовима здравља, према полу и узрасту	Укључивањем здравог ромског становништва у саветовалишта домова здравља омогућило би се смањење оболевања	Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке Домови здравља
Обезбедити вакцинасање одраслог здравог ромског становништва против тетануса	Вакцинација одраслих Рома против тетануса је од великог значаја с обзиром на послове којима се Роми баве у садашњим условима	Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке Домови здравља

ЕКОНОМСКА АНАЛИЗА

Препорука	Образложење	Носиоци
Успоставити систем излазних података на основу формиране информационе базе пројекта	Систем излазних података је део информационе базе који, у току досадашње имплементације пројекта, није развијен. Са успостављањем овог система успоставиће се и систем контроле улазних података у информациону базу, како би могле да се врше одговарајуће корекције, уколико се покаже да су неки од улазних података погрешно унесени у информациону базу.	Министарство здравља
Проширити Протокол и обезбедити квантификовање сада неквантификованих услуга које су саставни део свих активности из пројекта које ромске здравствене медијаторке реализују	Одређен број, сада неквантификованих услуга, захтева одређена улагања која би била мерљива при спровођењу економске анализе. Због тога је нужно да се осмисле индикатори који би одражавали квантитет појединих услуга, да би могле да се идентификују, у оквиру економске анализе, као мерљива улагања и који би омогућили обрачун мерљивих ефеката	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке

1. УВОД

Једна од активности Министарства здравља Републике Србије је развијање и подстицање пројеката у области здравствене политике и праћење и евалуација њихове реализације. Ово се односи и на пројекте који имају за циљ побољшање здравља и заштите здравља осетљивих група грађана, као што је то случај са Ромима. Допринос ових пројеката огледа се и у унапређивању здравствене политике и здравственог система у Србији у целини и посебно са становишта остваривања права Рома у области здравствене заштите.

Иницијатива Министарства здравља за покретање и реализацију пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки у Србији“ произашла је из препознавања важности конкретне реализације циљева и мера из усвојених стратешких докумената од стране Владе, као што су, Декада инклузије Рома и у оквиру ње Акциони план за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године, затим Стратегија за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, Национални миленијумски циљеви развоја у Републици Србији²⁰, као и више локалних стратегија у којима се разматра положај Рома и остваривање њихових права на локалном нивоу. Пројекат финансира и спроводи Министарство здравља Републике Србије, уз финансијску подршку донатора.

Користећи искуства земаља у окружењу, пре свега, Румуније, Министарство здравља је покренуло овај пројекат маја 2008. године. Тада је запослено 15 ромских здравствених медијаторки које су распоређене у домовима здравља Србије при поливалентној патронажној служби. Априла 2009. године Министарство здравља, путем јавног конкурса, запослило је још 30 медијаторки и распоредило их у још 30 домовна здравља, у општинама за које је процењено да постоји потреба за ангажовање ромских здравствених медијаторки. У 2010. години запослено је још 15 ромских здравствених медијаторки, тако да их је, заједно са 2010. годином било запослено укупно 60.

Пошто су медијаторке добиле техничку опрему за унос података о својим активностима у електронској форми, у Министарству здравља је урађен софтвер за унос података и инсталиран сервер за формирање базе података за овај пројекат.

Анализирајући једногодишњи рад медијаторки, Радна група Министарства здравља је 2009. године припремила нови програм за њихов рад у коме је дат приоритет уласка медијаторки у тзв. картонска насеља, насеља на депонијама и у ромске породице које живе у нужном смештају. Уведен је и нови начин евидентирања података из Протокола, у електронској форми, који је, такође, креирала Радна група Министарства здравља. Публикован је и Приручник за здравствене медијаторке едукативног карактера у коме су садржане све области и сва питања која би морала свака медијаторка да зна како би што ефикасније обавила активности из Пројекта. Уведене су редовне едукације медијаторки ради подизања нивоа њиховог знања који одговара захтевима обављања посла у циљу ефикасне реализације активности утврђених у пројекту. Такође, обезбеђен је и сав неопходан материјал за рад на терену, путем предавања, организовања радионица, обављања разговора у оквиру породице, клубова, месне заједнице, уз расподелу агитки на различите теме везане за садржај пројекта.

²⁰ Влада Републике Србије (2006), припремио експертски тим у саставу: Миросинка Динкић, Ана Пешикан, Марина Благојевић, Весна Бјеговић Микановић, Слободан Милутиновић.

Континуирано праћење имплементације пројекта и сагледавање резултата рада медијаторки од стране Министарства здравља и донатора, вршено је и путем одржавања симпозијума на којима су медијаторке излагале своје постигнуте резултате.²¹

Основни циљ ове студије је спровођење економске анализе имплементације пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки у Србији“, ради оцене економске оправданости увођења овог облика помоћи ромској популацији у Србији у остваривању њихових права из свих области утврђених у законској регулативи и у усвојеним стратешким документима на националном и локалном нивоу.

Стога се у студији анализирају: постојећи законодавни оквир везан за положај Рома, стратешки оквир у коме су утврђени циљеви и задаци за решавање проблема Рома, релевантна искуства других земаља о раду ромских здравствених медијатора, статус ромске популације у Србији пре увођења ромских здравствених медијаторки у систем јавних здравствених установа, рад и активности ромских здравствених медијаторки у Србији у периоду од 2008. до 2010. године, који обухватају евидентирано стање код ромске популације на почетку имплементације пројекта (током првих посета), према утврђеним обележјима у Протоколу на националном и локалном нивоу, и пружање услуга Ромима од стране медијаторки у наведеном периоду, које су везане за обезбеђивање бољег приступа здравственој и социјалној заштити и остваривању других законских права, такође, на националном и на локалном нивоу.

На крају, дата је методологија спровођења економске анализе и презентирано спровођење економске анализе до сада имплементираних пројекта, уз примену *Cost-Benefit* анализе, ради утврђивања исплативости овог Пројекта. На основу резултата економске анализе дати су закључци и препоруке, како за побољшање имплементације самог пројекта, тако и за унапређивање здравственог система и политике у Србији.

Неопходно је истаћи да, према нашим сазнањима, економска анализа пројекта о ромским здравственим медијаторкама није до сада рађена у региону и да је ово прва студија која се бави овом проблематиком.

Имајући ово у виду може се рећи да је ово истраживање оригинално и да представља научни допринос у евалуацији пројекта из домена здравства и социјалне укључености. Европска комисија је најавила израду и имплементацију пројекта заснованих на подацима у наредном периоду, па би ова монографија могла да представља неку врсту водича у изради економске анализе у области социјалног укључивања, нарочито осетљивих група као што су Роми.

²¹ Први симпозијум здравствених медијаторки, Зборник радова, Врњачка Бања, 09.09-11.09.2009, Министарство здравља Републике Србије и OEBS. Публикацију Зборника радова финансирала Европска унија; Други симпозијум здравствених медијаторки, Зборник радова, Медијаторка у улози едукаторке, Сокобања 20.09.-23.09. 2010, Министарство здравља Републике Србије и OEBS. Публикацију Зборника радова финансирала Европска унија.

2. ЗАКОНОДАВНИ ОКВИР

Законодавни оквир за укључивање Рома у здравствени систем Србије је основ за запошљавање ромских здравствених медијатора.

Права Рома из система здравствене заштите регулисана су у оквиру два основна закона:

- Закон о здравственој заштити
- Закон о здравственом осигурању.

По **Закону о здравственој заштити** грађани Републике Србије и лица која имају пребивалиште или боравиште у Србији имају право на здравствену заштиту у складу са законом, али и дужност да чувају и унапређују своје здравље и услове живота и рада. У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите учествују грађани, породица, послодавци, здравствена служба, организација за здравствено осигурање, образовне, хуманитарне и друге организације и удружења, као и власти на свим нивоима, од локалног до националног. То су субјекти и институције који обезбеђују средства за финансирање здравствених услуга и који спроводе здравствену заштиту грађана и свих лица обухваћених овим законом. Овом одредбом обухваћени су и грађани ромске националности који имају пребивалиште или боравиште у Србији и право на обавезну здравствену заштиту. Међутим, услед веће учесталости промене места сталног боравка и непоседовања одговарајућих личних докумената, а нарочито због неинформисаности о правима приступа и коришћења услуга здравствене заштите, пре увођења ромских здравствених медијатора, неукљученост Рома у здравствени систем Србије је била наглашена. У 2007. години 25% ромске популације је користило здравствене услуге. При томе, 22% Рома је користило ванболничке, само 3% њих је користило стоматолошке и 4% болничке здравствене услуге. Свака трећа болесна особа у Ромској популацији (33%) није користила здравствене услуге због тога што није имала новац.²² Према члану 26. овог Закона сваки пацијент има право на једнак приступ здравственој служби без дискриминације у односу на финансијске могућности.

Здравствену службу у Србији чине здравствене установе и други облици здравствене службе (приватни сектор) који се оснивају ради спровођења и обезбеђивања здравствене заштите, као и здравствени радници и сарадници који обављају здравствену делатност у складу са наведеним законом.

У члану 10. Закона о здравственој заштити је дефинисана друштвена брига за здравље грађана на нивоу Републике. Када је реч о укључивању Рома у здравствени систем Србије, друштвена брига на националном нивоу се, нарочито, огледа у доношењу посебних програма за спровођење здравствене заштите, обезбеђивању услова за васпитање за здравље ромског становништва, успостављању информационог система о здравственом стању Рома и обезбеђивању услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника за квалитетно обављање послова и пружање здравствених услуга ромској популацији. Реализација пројеката везаних за запошљавање ромских здравствених медијатора од стране Министарства здравља је прави одговор на спровођење друштвене

²² Републички завод за статистику Србије (2008), страна 87-97. Треба напоменути да наведена студија обухвата Роме који су интегрисани у основну популацију, али не и Роме који живе у ромским насељима.

бриге за здравље Рома са националног нивоа, у складу са Законом, а њихов рад у оквиру домова здравља намеће одговорност и локалним самоуправама за здравље Рома на њиховој територији.

У члану 11. Закона утврђена је друштвена брига за здравствену заштиту социјално угрожених грађана Србије, под једнаким условима. Када је реч о ромској популацији, најважније су следеће одредбе којима је дефинисан обухват обавезном здравственом заштитом, а којима се обухвата доминантан део Рома:

- деце до навршене 15. године живота, школске деце и студената најкасније до навршене 26. године живота
- жена у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја
- лица старијих од 55 година живота
- особа са инвалидитетом и ментално недовољно развијена лица
- лица која болују од ХИВ инфекција и других заразних болести, малигних болести, хемофилије, шећерне болести, болести зависности и других тешких обољења утврђених у Закону
- незапослена лица и друге категорије социјално угрожених лица чији су месечни приходи испод прихода утврђених у складу са законом којим се уређује област здравственог осигурања
- лица ромске националности која, због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Србији.

Финансирање претходно наведених права обезбеђује се из средстава здравственог осигурања у складу са законом из те области. Ако пак, према претходно наведеном закону средства нису обезбеђена, Влада уређује садржај и обим, начин, поступак и услове за остваривање појединих права на обавезну здравствену заштиту из члана 11. За лица која немају обавезно здравствено осигурање Влада утврђује потребна средства у буџету Републике и трансферише их организацији за обавезно здравствено осигурање ради финансирања извршених услуга из домена обавезне здравствене заштите из члана 11. Закона о здравственој заштити.

Локални органи власти – општина, град, аутономна покрајина, имају по закону обавезу да се, у сарадњи а невладиним сектором, старају о спровођењу здравствене заштите свих грађана на својој територији и да у том циљу предузимају одређене мере по закону и да, као оснивачи здравствених установа, обезбеђују средства за изградњу, опремање, одржавање и за рад здравствених установа, у складу са законом и Планом мреже здравствених установа, за опремање и одржавање интегрисаног здравственог информационог система, као и за друге намене утврђене у Закону. Најважније мере које су локални органи власти дужни да предузимају у области обавезне здравствене заштите су:

- праћење здравственог стања становништва и рада здравствених служби на својој територији
- стварање услова за приступачност и уједначеност коришћења примарне здравствене заштите од свих грађана на њиховој територији
- координирање, подстицање и усмеравање остваривања обавезне здравствене заштите на својој територији, која се остварује делатношћу свих субјеката –

органа локалне самоуправе, грађана, здравствених служби, послодаваца, социјалних, образовних и других установа, организација и удружења

- планирање и остваривање сопственог програма за заштиту здравља од загађивања животне средине и вршењем систематског испитивања квалитета намирница, воде за пиће и других вода које се користе за производњу животних намирница и томе слично
- сарадња са хуманитарним и другим организацијама и удружењима која се баве развојем здравствене заштите.

Сваки појединац у локалној средини је дужан да се брине о свом здрављу и да се подвргава обавезној вакцинацији против одређених заразних болести утврђених у закону.

Послодавац из својих средстава обезбеђује здравствену заштиту запослених кроз организовање систематских превентивних прегледа, спровођење мера за спречавање и рано откривање професионалних болести, обезбеђивање заштите на раду, санитарно-техничких и хигијенских услова за рад и томе слично.

Појединац је дужан да чува сопствено здравље, да се подвргава обавезној вакцинацији, да чува здравље других људи и животну и радну средину.

У Закону су утврђена основна начела о здравственој заштити:

- начело приступачности – остварује се обезбеђивањем здравствене заштите свим грађанима Србије, нарочито на примарном нивоу
- начело правичности – остварује се забраном дискриминације у пружању здравствених услуга према расној, полној, старосној, националној припадности, вероисповести, политичком или другом убеђењу, имовном стању и др.
- начело свеобухватности – остварује се укључивањем свих грађана Србије у систем здравствене заштите уз примену мера које обухватају промоцију здравља, превенцију болести на свим нивоима, рану дијагнозу, лечење и рехабилитацију
- начело континуираности – остварује се укупном организацијом здравствене службе која мора бити функционално повезана и усклађена по нивоима, од примарног преко секундарног до терцијарног нивоа здравствене заштите и која пружа непрекидну здравствену заштиту грађанима Србије у сваком животном добу
- начело сталног унапређивања квалитета здравствене заштите – остварује се мерама и активностима којима се повећава ефикасност и позитивни исходи, а смањују ризици по здравље и здравствено стање појединаца и друштва у целини
- начело ефикасности здравствене заштите – остварује се постизањем најбољих могућих резултата и постизањем највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава.

Претходно наведена начела омогућавају пружање квалитетне и ефикасне здравствене заштите Ромима који живе у Србији, уз помоћ ромских медијатора.

Према члану 41. Закона, сви грађани Србије, а пре свега Роми који живе у нехигијенским насељима, имају право на информације које су потребне за очување здравља и стицање здравих животних навика, као и на информације о штетним факторима животне и радне средине који могу имати негативне последице по здравље. Стога,

здравствене медијаторке имају значајну улогу у помоћи да Роми остварују права и дужности у здравственом систему као и сви остали грађани Србије.

У **Закону о здравственом осигурању** уређена су права из обавезног здравственог осигурања запослених и других грађана, организација и финансирање обавезног здравственог осигурања, добровољно здравствено осигурање и друга питања од важности за ову област.

Средства за финансирање права из обавезног здравственог осигурања обезбеђују се из доприноса за обавезно здравствено осигурање из бруто зарада запослених и део који уплаћују послодавци за своје запослене у складу са законом, као и из других извора, од којих је значајан део из републичког буџета за финансирање права из система обавезне здравствене заштите одређених категорија становништва укључујући и Роме.

Према члану 22. наведеног Закона осигураници су и лица која су изложена повећаном ризику оболевања, као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва. У овом члану је посебно утврђено да статус осигураника имају лица ромске националности која због традиционалног начина живота немају стално пребивалиште, односно боравиште у Србији. Овоме треба додати и чињеницу да је сиромаштво Рома у Србији веома велико. У 2007. години, број сиромашних Рома у Србији је био око половине од укупне ромске популације (49,2%, РС, 2008.), мада се сматра да би општа стопа сиромаштва ромске популације била и виша да је Анкетом о животном стандарду било значајније обухваћено и становништво које живи у нехигијенским ромским насељима и сламовима.²³

У циљу унапређења здравља осигураника, укључујући и Роме који тај статус имају на основу члана 22., у овом Закону су утврђене мере превенције (члан 35.) које обухватају:

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

²³ Динкић, Огњеновић, McClelland (2009a), стр. 57.

- Хигијенско-епидемиолошке и друге законом предвиђене мере и поступке у вези са спречавањем, откривањем и лечењем ХИВ инфекције и других заразних болести и спречавањем њиховог ширења.

Право осигураног лица на здравствену заштиту утврђује се на основу плана здравствене заштите који доноси Републички завод за здравствено осигурање за сваку календарску годину, најкасније до 31. децембра претходне године. Надлежни Министар даје сагласност на овај план који се, након тога, објављује у Службеном гласнику Републике Србије. На овај начин се обезбеђује транспарентност здравствене заштите јер је омогућено да сви грађани имају увид у планиране мере и могу се укључивати као корисници одређених програма. Обзиром да ове информације, редовним путем, веома тешко стижу до највећег дела ромске популације, ромски медијатори помажу да и Роми који живе у Србији буду благовремено упознати са планираним мерама здравствене заштите како би могли да се укључују у програме од значаја за њихово здравље.

Систем обавезног здравственог осигурања у Србији се, поред осталог, базира на начелима солидарности и узајамности. Ова начела се остварују успостављањем солидарности и узајамности између генерација, полова, болесних и здравих грађана, као и између грађана различитог материјалног статуса. Имајући у виду висок степен сиромаштва и друге значајне релативно неповољне индикаторе везане за живот Рома, ова популација се убраја у осетљиве групе код којих се, пре свега, примењују начела солидарности и узајамности у остваривању права здравствене заштите.

У циљу ефикасне примене члана 22. Закона о здравственом осигурању којим су регулисана права осетљивих група грађана за добијање статуса осигураника, пре свега, деце и омладине на школовању до навршених 26 година живота, жена у вези са планирањем породице, у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја, старих, особа са инвалидитетом, лица са лечењем ХИВ инфекције и других у Закону утврђених болести, сиромашних и лица ромске националности која немају стално пребивалиште, односно боравиште у Србији, Министарство здравља је донело Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања²⁴ у коме је прописано која документа треба да обезбеде лица која имају право на обавезно здравствено осигурање према члану 22. Овог Закона, да би добила статус осигураника. На овај начин су дате јасне инструкције на који начин поменуте групе грађана могу да остваре статус осигураника. Тиме је, у значајној мери, олакшан рад ромских медијатора приликом обављања послова везаних за информисање и пружање помоћи лицима ромске националности у ефикасном остваривању права из области здравствене заштите и здравственог осигурања.

²⁴ „Службени гласник Републике Србије“ број 10/2010, 18/2010 и 46/2010.

3. СТРАТЕШКИ ОКВИР ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ“

Од средине прве половине декаде 2000-тих година, здравствена политика у Србији се базира на усвојеним стратешким документима на националном и локалном нивоу.²⁵ Међу првима је усвојена Стратегија за смањење сиромаштва (2003.). Затим, донете су и друге међусекторске стратегије на националном нивоу које укључују и здравствени систем и политику, те Национални миленијумски циљеви развоја, Национални план акције за децу, Декада инклузије Рома и у оквиру ње Акциони план за здравствену заштиту Рома за период до 2015. године. У Стратегији за смањење сиромаштва дефинисан је циљ о реформи система здравствене заштите како би се омогућио приступ осетљивим групама, укључујући и Роме, здравственим услугама одговарајућег квалитета и без финансијских баријера. Ради повећања ефикасности у остваривању овог циља, касније су урађене и имплементирају се неколико значајних националних стратегија из области здравства.²⁶ Такође, у једном броју општина, усвојене су и међусекторске локалне стратегије којима је обухваћена и проблематика здравства, а у мањем броју општина донети су локални акциони планови за унапређење здравља Рома, локални планови акције за децу и стратегије развоја социјалне заштите, у којима је, такође, посвећена пажња побољшавању здравља Рома.²⁷

Почетком 2009. године Влада Републике Србије је усвојила **Стратегију за унапређивање положаја Рома у Републици Србији.**²⁸ Овим документом су постављене шире основе и обједињен приступ за унапређивање положаја Рома и за смањивање разлика између ромске и укупне популације у земљи, у важним областима живота и рада Рома. Најприоритетније, када се ради о здравственом стању Рома су: образовање, становање, запошљавање, социјално осигурање и социјална заштита, доступност личних докумената и здравствена заштита.

Основни циљеви Стратегије за унапређивање положаја Рома у Републици Србији су базирани, првенствено, на Декларацији Декаде инклузије Рома 2005-2015. године, која је потписана од стране председника влада земаља учесница доношења Декларације 2. Фебруара 2005. године у Софији, међу којима је и Република Србија, као и на резултатима бројних истраживања која су извршена од стране државних органа и невладиног сектора који се бави проблематиком Рома у Србији.

Основни принципи и вредности на којима почива ова Стратегија подразумевају:

- поштовање, заштита и испуњавање законских права Рома;
- пуно и ефикасно укључивање Рома у све области друштвеног живота;
- поштовање, признавање и промоција различитости;

²⁵ Анализа усаглашености националног и локалног стратешког оквира у Републици Србији, студија припремљена за Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва, Институт за економска и социјална истраживања, Београд, 2008.

²⁶ Исто.

²⁷ Исто.

²⁸ Службени гласник Републике Србије број 27/2009.

- једнаке могућности засноване на једнаким правима;
- родну равноправност;
- спречавање и борба против свих облика дискриминације, и
- спровођење мера афирмативне акције.²⁹

У наставку анализираћемо кључне области из Стратегије за унапређивање положаја Рома у Републици Србији које се неминовно везују за здравствено стање ромске популације, јер значајно утичу на животне и радне услове Рома, па самим тим опредељујуће делују и на укљученост Рома у здравствени систем.

Неопходно је истаћи да ова Стратегија, уз законе које смо анализирали, представља основу за реализацију пројеката о запошљавању ромских медијатора и за осмишљавање активности и делокруга рада ромских медијатора на локалном нивоу, односно на терену.

3.1. ОБРАЗОВАЊЕ

Подаци о ниском обухвату ромске деце и младих образовањем, као и подаци о напуштању основне школе показују да образовни систем у Србији не омогућава образовање за сву децу и да не располаже механизмима који обезбеђују задржавање ромске деце у школама да би остваривали своје право на образовање³⁰. Према извршеним истраживањима број ромске популације узраста до 15 година износи 32%, што је знатно више у односу на децу истог узраста у општој популацији који износи 16%. Број Рома без завршене основне школе износи 63%, а само 0,9 Рома има стечено више и високо образовање.³¹ Анализе³² показују да је „системом образовања обухваћено 20% ромске деце, да 30-40% уписаних у основну школу не пређе пети разред, као и да у специјалним школама Роми чине већину.“

Наведени и бројни други неповољни подаци у вези са образовањем Рома указали су да је било нужно да се јасно дефинишу стратешки циљеви у области образовања Рома у Србији. У Стратегији су утврђена четири кључна стратешка циља:

- укључивање Рома у систем образовања Србије на свим нивоима и обезбеђивање континуитета у њиховом школовању;
- обезбеђивање квалитетног образовања за Роме кроз елиминацију системских разлога у школским постигнућима између ромских и осталих ученика;
- успостављање механизма који ће подстицати толеранцију и уважавање различитости, првенствено путем развијања осетљивости професионалне јавности и шире друштвене заједнице за образовне потребе Рома, спречавања сегрегације и подстицање десегрегације и спровођења мера против дискриминације;

²⁹ Видети: Стратегија за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, Службени гласник Републике Србије број 27/2009.

³⁰ Сем тога, укључивање у школски систем деце из маргинализованих група, укључујући и ромску децу је, донедавно, било везивано искључиво за систем социјалне заштите, док неопходност да се и саме школе укључе у стварање услова за веће укључивање наведене деце није била потенцирана. Извор: Динкић, Огњеновић, Бранковић (2011), стр. 102.

³¹ Републички завод за статистику (2008), стр. 101.

³² Исто.

- неговање културног идентитета уз заступљеност елемената ромске националне културе и традиције у образовним програмима.

За ефикасно остваривање наведених стратешких циљева у Стратегији су утврђени основни приоритети:

- Правовремено и ефикасно укључивање ромске деце у предшколско и основно образовање, што захтева:
 - нова законска решења за регулисање укључивања у наставу деце која су прерасла упис у први разред;
 - израду система за адекватну процену спремности за полазак у школу;
 - стварање услова за двојезичну наставу и наставу ромског језика као обавезног, изборног или факултативног предмета;
 - стручно усавршавање наставног особља за индивидуализован образовни рад и интерактивну наставу, а посебно за сузбијање стереотипа, предрасуда и дискриминације;
 - систематско праћење и санкционисање дискриминације и других облика понашања заснованих на етничким и другим предрасудама у предшколским и школским срединама, а посебно међу васпитачима, наставницима и особљем ових институција;
 - регулисање и омогућавање наставка образовања за децу која су испала из система (друга шанса);
 - вредновање образовних исхода у раду са ромском децом кроз систем подстицања и награђивања наставника и образовних установа од стране Министарства просвете;
 - промовисање образовања девојчица, посебно оних које су напустиле образовање или из других разлога испале из система;
 - материјалну подршку ромским ученицима и њиховим породицама у виду обезбеђења бесплатног превоза за ученике који живе у насељима далеко од предшколске установе или основне школе, бесплатних оброка у предшколским установама или основним школама, одеће, бесплатних уџбеника и другог образовног материјала.
- Повећање броја Рома са средњим и високим образовањем, што захтева:
 - законско прецизирање и регулисање критеријума, процедура и механизма за реализацију уписа ромских ученика и студената у средњошколске и високошколске образовне институције;
 - праћење успешности уписаних ученика и студената;
 - развијање и интензивирање активности у вези са информисањем о доступним стипендијама, кредитима и другим расположивим видовима материјалне подршке ромским ученицима и студентима;
 - развијање менторског рада са ромским ученицима и студентима;
 - успостављање и развијање механизма повезивања са тржиштем рада;

- обезбеђивање стипендија за ученике средњих школа и студенте из ромских породица;
- обезбеђивање смештаја у студентским домовима за одређен број ромских студената;
- подстицање сарадње универзитетских установа са ромским удружењима грађана у оснивању информативних центара за студенте.

Све ово намеће потребу доношења нових законских решења и ефикасно предузимање мера у области образовања.

Образовање Рома има значајну улогу у побољшавању здравственог стања и одржавању здравља Рома. Ово тим пре што је у Србији удео деце и младих у укупној ромској популацији релативно велик, па је за продужавање животног века Рома битно да, нарочито деца и млади буду укључени у здравствене програме које држава нуди. Стога је веома важно да одрасли Роми буду информисани о могућностима коришћења услуга здравствене заштите за себе и за своје породице. Пошто је, као што смо видели, ниво њиховог образовања на ниском нивоу па се због тога тешко сналазе у коришћењу законских могућности и могућности које нуди здравствена политика изражена кроз стратешки оквир за побољшавање њиховог положаја у друштву, увођење програма запошљавања ромских медијатора у здравствени систем Србије веома битно.

3.2. СТАНОВАЊЕ

Други важан стратешки циљ везује се за побољшање услова становања ромске популације. Савет Европе је донео читав низ докумената који се односе на једнак приступ становању. У Европској социјалној повељи је предвиђено предузимање широке лепезе мера којима би се унапредио приступ стамбеном смештају, спречило или умањило бескућништво до његовог постепеног искорењивања и обезбеђивања доступности становања лицима без финансијских средстава. Посебно је значајна Препорука Савета Европе о унапређивању услова становања Рома.

За решавање проблема становања социјално угрожених група укључујући и Роме, у Србији су задужене локалне самоуправе. Али, локалне самоуправе у Србији, у данашњим условима, не располажу довољним средствима да би могле самостално да решавају ова питања, пре свега, због високог степена централизације фискалног система и проблема везаних за располагање државном имовином. Зато је неопходно да се што пре приступи решавању ових питања на ефикасан начин.

Већина Рома у Србији живи у веома лошим стамбеним условима. Насеља и објекти у којима Роми живе, у највећем броју случајева немају регулисан правни статус, лоше су опремљени инфраструктуром и томе слично. Сумирајући резултате који су остварени у првој половини Декаде Рома, Лига за Декаду Рома је саопштила да је најмање урађено на плану становања.³³ Међутим, стамбени услови Рома не могу се посматрати само са становишта сиромаштва везано за недостатак новца, већ је реч о знатно сложенијим проблемима везаним за свеопште сиромаштво у коме они живе из чега произлази и општа ускраћеност услед лошег образовања, слабих могућности запошљавања и неадекватног

³³ Лига за Декаду Рома, <http://ligazadekaduroma.org.rs>, 6. билтен о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва, март 2011. године.

приступа социјалној и здравственој заштити. Ово је утицало да влада Републике Србије, први пут, у Стратегији за смањење сиромаштва, утврди да је становање у функцији смањења сиромаштва и да посебно обухвати решавање стамбених питања Рома.³⁴ Усвајањем Акционог плана за становање Рома (2005.) у оквиру Декаде Рома, дефинисане су основне активности за решавање проблема становања Рома у Републици Србији. Године 2007. донете су Смернице за легализацију неформалних ромских насеља којима су дата упутства локалним самоуправама како да решавају ова питања, а Закон о социјалном становању представља основни системски услов за решавање питања становања угрожених категорија становништва које нису у могућности да ово егзистенцијално питање решавају на тржишту, где свакако спада доминантан део Рома у Србији. У планирању конкретних пројеката потребно је укључити, поред власти на свим нивоима, ромске заједнице, приватни и невладин сектор, као и међународне организације и донаторе.

Решавањем стамбених питања Рома треба да се обезбеди једнак приступ здравственим, образовним, социјалним услугама, као и услугама тржишта рада. Другим речима тиме се омогућава постепено укључивање Рома у њихово и шире друштвено окружење.

Препоруке које су дате у Стратегији за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, везане су, првенствено за: преиспитивање законских решења и других релевантних прописа од стране надлежних државних органа и укидање свих одредби које имају директне или индиректне последице на дискриминацију Рома у стамбеној области; трајно институционално и системско решавање проблема стамбено угрожених Рома; праћење спровођења урбанистичких планова за ромска насеља; рад локалних самоуправа које треба да се континуирано баве унапређивањем ромских насеља и да у својим буџетима обезбеђују средства за решавање стамбених питања Рома на својој територији; рад локалних ромских заједница које треба да се активно укључују у решавање свих питања везаних за становање Рома; обезбеђивање редовног комуналног и техничког одржавања у ромским насељима као и у другим деловима локалне заједнице. У Стратегији је утврђен читав низ мера које треба да спроводе у пракси Влада, поједина министарства и локалне заједнице ради ефикасног решавања стамбених проблема Рома у Србији.

3.3. ЗАПОШЉАВАЊЕ

Већина Рома у Србији је ван тржишта рада. Основни узроци томе су демографске природе јер је ромска популација релативно млада и има низак ниво образовања, па су области у којима би могли да се Роми ангажују веома сужене. Најчешће се баве сакупљањем секундарних сировина, ситном трговином, и спорадичним пословима, као што су сезонски послови у пољопривреди и грађевинарству³⁵. Донето је доста међународних докумената који представљају правни оквир за решавање проблема Рома на тржишту рада. У оквиру Декаде Рома донет је Акциони план за запошљавање Рома у коме су утврђене одређене мере, али предвиђене мере нису биле буџетиране, односно за њих нису била предвиђена финансијска средства и оне нису могле да дају очекиване резултате.

У Стратегији је, такође је дат низ конкретних мера које треба предузети да би се повећале могућности запошљавања Рома. Али, Стратегија не садржи буџет за реализацију предвиђених мера. Међутим, након доношења ове Стратегије, Влада је донела и Акциони

³⁴ Влада Републике Србије (2003).

³⁵ Динкић, Бранковић, Тошић, Станисављевић, Ђурић (2007b), стр. 24.

план за њено спровођење за период од 2009. до 2011. године³⁶, у коме су предвиђени износи и извори финансијских средстава, по појединим областима, па и у области запошљавања, за конкретну примену мера. Од тада, када је реч о запошљавању, Министарство економије и регионалног развоја, сваке године преноси планирана средства за програме запошљавања Рома Националној служби за запошљавање за активне мере запошљавања Рома. Активне мере запошљавања Рома обухватају програме додатног образовања и обуке за лица без завршене основне школе и стручних квалификација, што је у оквиру програма за стицање прве квалификације, затим програме за преквалификације и доквалификације, програме субвенција за samozapošljavanje и отпочињање сопственог бизниса, програме субвенције за отварање и опремање нових радних места које се додељују послодавцима, као и програме јавних радова. Усмеравање средстава за спровођење активних мера запошљавања Рома врши се путем конкурса који расписује Национална служба за запошљавање.³⁷ У неким градовима Роми се све више укључују у програме активних мера запошљавања, укључујући и програме који се односе на незапослене, а који се реализују за познатог послодавца. У Стратегији су дате препоруке за укључивање Рома у програме стручних обука за занимања која се траже на локалним тржиштима рада, као и на подстицање развоја малих и средњих предузећа чији су предузетници Роми. Такође, препоручено је да се повећа број запослених Рома у државним институцијама, као и да се програми јавних радова у које су укључени Роми, реализују на трајнијим основама, односно да се обезбеди одрживост тих програма.

Извршена истраживања показују³⁸ да се Роми, у релативно малом проценту баве сопственим бизнисом. На основу спроведене анкете у Јабланичком округу 2007. године, на пример, само 0,8% носилаца ромских домаћинстава има регистрован сопствени бизнис, 1,1% има нелегалан бизнис, око 3,5% носилаца домаћинства имало је регистровану тезгу на локалној пијаци, али су и остали чланови домаћинства, такође радили и имали тезгу на пијаци, мада у нешто мањем броју. Ово истраживање показује да је један од основних проблема запошљавања Рома у Јабланичком округу недостатак образовања и низак ниво компетенција. Скоро 90% носилаца ромских домаћинстава у Јабланичком округу, према резултатима спроведене анкете, су неквалификовани радници са незавршеном основном школом. Ово показује да су утврђене мере у Стратегији и у Акционом плану добре, али да је неопходно предузимање активности, пре свега, од стране локалних самоуправа, за поспешивање Рома да се знатно више укључују у систем активних мера запошљавања, јер је то једини реалан начин да се повећа њихова укљученост на тржишту рада и у све области друштва. Ово је посебно важно и са становишта здравственог система, јер ће путем легалног запошљавања обезбедити себи и члановима своје породице, у складу са законом, статус осигураника у систему обавезног здравственог осигурања, а самим тим и приступ здравственим услугама на нормалан начин. Истраживања показују да се и Ромске организације залажу за легализацију рада Рома на „црно“, посебно тзв. индивидуалним сакупљачима секундарних сировина да свој рад легализују што би им омогућило плаћање доприноса за социјално осигурање и укљученост у здравствени систем земље.³⁹

³⁶ Акциони план за спровођење Стратегије за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, Службени гласник Републике Србије бр. 57/09.

³⁷ Видети: 6. Билтен о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва, Тим потпредседника Владе за социјално укључивање и смањење сиромаштва, Март 2011. године, страна 15.

³⁸ Dinkić, Ognjenović (2007a).

³⁹ Не постоји прецизан податак о томе колико је Рома ангажовано на овим пословима, али се претпоставља, на основу оцена ромских организација, да их широм Србије на овим пословима ради више хиљада. Извор: Dinkić, Ognjenović (2007a).

3.4. ЛИЧНА ДОКУМЕНТА

Велики број Рома се суочава са озбиљним препрекама у остваривању права из области здравствене заштите и здравственог осигурања због тога што немају **лична документа**. Посебно су угрожени Роми који живе у нелегалним насељима, у сеоским и неразвијеним подручјима, Роми расељени са Косова и Метохије, рођени на територији бивших република СФРЈ и повратници из западно-европских земаља по основу споразума о реадмисији. У наведеној Стратегији дати су **поступци за издавање личних докумената**, као што су:

- **Прво пријављивање** које се врши уобичајено при рођењу. За то је потребно да родитељи имају лична документа, а ако их немају потребно је да покрену поступак доказивања свог идентитета
- **Пријава пребивалишта, промене адресе стана и боравишта** обавља се код општинских органа унутрашњих послова и том приликом је потребно показати лична документа, као и документ у вези са становањем
- **Личну карту** издаје надлежан орган министарства унутрашњих послова на лични захтев грађана, који су дужни да уз захтев за издавање личне карте доставе документа на основу којих се утврђује идентитет, као што је извод из матичне књиге рођених, уверење о држављанству и др.
- **Здравствену књижицу** издаје и оверава Републички завод за здравствено осигурање и њоме се доказује својство осигураника
- Поседовање **Радне књижице** је потребно за заснивање радног односа и за пријављивање Националној служби за запошљавање, а она се издаје на основу поседовања одређених личних докумената
- **Поступак обнове и накнадног уписа у матичне књиге** покреће се ако су матичне књиге нестале, уништене и томе слично.

У Стратегији су утврђене препоруке ради уредног издавања личних докумената грађанима ромске националности које су, пре свега, везане за: измену и допуну закона и прописа којима ће се олакшати упис у матичну књигу рођених, доношење инструкција о накнадном упису у матичну књигу рођених, организовање службеника у надлежним органима ради повећања њихове сензибилизације за решавање проблема Рома који нису уписани у матичну књигу рођених, обезбеђивање пријаве пребивалишта, односно боравишта за лица без легалног основа становања, поједностављивање процедура регулисања статуса неуписаних Рома и Рома без личне карте, посебно оних који живе у неформалним ромским насељима, упознавање службеника локалне самоуправе са проблемима са којима се суочавају Роми и са модалитетима како могу да им помогну код добијања личних докумената, увођење мобилних екипа од представника локалне самоуправе, полиције и ромске заједнице са задатком да упишу лица која нису уписана приликом рођења, запошљавање Рома од стране локалне заједнице који могу бити спона између Рома који живе у ромским насељима и локалне заједнице, покретање кампање о упознавању Рома са њиховим правима и грађанским дужностима.

Као приоритет за решавање претходно наведених препорука утврђено је да је неопходно допунити Уредбу о утврђивању кућних бројева, означавању зграда бројевима и означавању назива насељених места, улица и тргова.

3.5. СОЦИЈАЛНО ОСИГУРАЊЕ И СОЦИЈАЛНА ЗАШТИТА

Уставом Републике Србије и законима из области социјалног осигурања су решена права свих грађана који живе у Србији из система пензијског и инвалидског осигурања и осигурања за случај незапослености. За остваривање ових права стара се држава.

Права из области социјалне заштите су, такође, решена за све грађане који живе у Србији законима и другим прописима из домена социјалне заштите.

О остваривању права грађана из домена социјалне заштите старају се надлежни државни органи на националном и на локалном нивоу.

Извршена истраживања показују да је изразито сиромаштво у Србији концентрисано у ромској популацији. Према Анкети о животном стандарду 2007. године, било је 49,2% сиромашних Рома, док је код укупне популације без Рома овај проценат далеко мањи и износио је 5,4%. Процент екстремно сиромашних Рома је у 2007. години износио 6,4%, а код популације без Рома проценат екстремног сиромаштва је био далеко мањи и износио је 0,1%.⁴⁰

За Србију је карактеристично да је, пре свега, донета Стратегија социјалне заштите на националном нивоу, као и да су, у једном не тако малом броју општина, донете и локалне стратегије социјалне заштите. У свим овим документима држава је активно промовисала социјалну укљученост, нарочито Рома као веома осетљивог дела становништва са високом стопом сиромаштва. Проблем је, међутим, у чињеници да у највећем броју стратешких докумената нису били буџетирани циљеви и активности које треба реализовати.⁴¹ А када се не предвиде финансијска средства и извори финансирања, показало се, тешко је оствариво спровођење утврђених циљева и активности у пракси, нарочито у иначе сиромашним локалним самоуправама.

У Стратегији за унапређивање положаја Рома дат је низ препорука за даљу акцију и утврђени најважнији приоритети за повећање укључености Рома у систем социјалне заштите Републике Србије. Међу основним приоритетима посебно је значајан онај који упућује на потребу спровођења озбиљних истраживања на локалном нивоу како би се идентификовале социјалне потребе Рома и могуће и одрживе услуге социјалне заштите које би угроженим Ромима пружале локалне самоуправе у координацији са надлежним републичким органима. Ово подразумева и активно укључивање Рома у реализацију истраживања и креирање одрживих програма социјалне заштите. Ромски медијатори у оквиру здравственог система, са осмишљеним садржајем рада, би требало у томе да имају веома значајну улогу.

⁴⁰ Треба имати у виду да је наведена Анкета обухватила само Роме који су интегрисани у основно становништво, за које се претпоставља да су у бољој материјалној ситуацији, док Роми из ромских насеља који су потенцијално угроженије групације, нису обухваћени овом Анкетом. Извор: Републички завод за статистику (2008), стр. 11.

⁴¹ Анализа усаглашености националног и локалног стратешког оквира у Републици Србији, студија припремљена за Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва, Институт за економска и социјална истраживања, Београд, 2008.

3.6. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

При дефинисању стратешких циљева за побољшање здравља Рома у Републици Србији пошло се од чињенице да је право на здравствену заштиту загарантовано свим грађанима Србије без обзира на националну, етничку и верску припадност. Ово је, пре свега, уставна обавеза државе која је, као што смо приказали у делу који се односи на законодавни оквир, конкретно прописана у релевантним законима и другим прописима.

Старосна структура и просечна старост Рома се значајно разликују у односу на општу популацију. У ромској популацији деца млађа од шест година имају релативно велико учешће (око 11%), док је животни век Рома за око 10 до 12 година краћи у односу на општу популацију. Имајући ово у виду, у Стратегији за унапређивање положаја Рома, посебна пажња је посвећена здравственој заштити деце и здравственој заштити жена у репродуктивном периоду, као и здравственој заштити одраслих.

Услед лоших услова живота Роми су у већој мери изложени ризицима за настанак бројних болести. Због тога је, последњих година, здравствени сектор у Србији активно учествовао у изради и имплементацији више међусекторских стратегија и бројних пројеката који доприносе побољшању здравственог стања, свеукупног положаја и ефикаснијем укључивању Рома у друштвени систем земље. У оквиру имплементације Плана здравствене заштите Рома реализују се и пројекти о запошљавању ромских здравствених медијатора. Уз то, и бројна удружења грађана веома активно раде на заступању права Рома у области здравствене заштите.

Општи циљ у оквиру здравствене заштите је унапређивање здравственог стања Рома.

Специфични циљеви су:

- утврђивање здравственог стања ромске популације;
- побољшање остваривања права Рома на здравствену заштиту кроз праћење примене Закона о здравственој заштити;
- побољшање доступности здравствене заштите за ромску популацију и
- унапређење животног окружења у ромској заједници.

У Стратегији је утврђено да ће успешност њеног спровођења у области здравствене заштите бити мерена следећим индикаторима:

- дефинисани скуп показатеља здравственог стања и понашања у вези са здрављем у популацији Рома (укупно, по полу и по старосним групама), који се редовно прате;
- обухват (у процентима) ромске популације здравствено промотивним и превентивним активностима (едукација, здравствено информисање, имунизација, превентивни прегледи) као и прегледима и интервенцијама ради дијагностике и лечења;
- проценат ромских насеља која се снабдевају исправном водом за пиће, имају прикључак на канализациону мрежу и регулисано уклањање чврстог отпада;
- број сачињених и број успешно имплементираних предлога мера завода за јавно здравље;

- број успешно имплементираних програма и пројеката у вези са здрављем Рома;
- број одржаних едукативних састанака и семинара са здравственим радницима и број едукованих здравствених радника у вези са специфичностима рада са ромском популацијом, уз уважавање принципа здравствене етике и
- задовољство корисника ромске националности пруженим услугама у систему здравствене заштите, као и у оквиру посебних програма и пројеката.

С обзиром да на здравствено стање Рома утичу бројни фактори везани, пре свега, за њихове животне и радне услове, у Стратегији су утврђене опште и специфичне препоруке које би доприносиле унапређивању здравственог стања Рома. Опште препоруке упућују на потребу:

- спровођења циљаних истраживања за утврђивање најзначајнијих ризика оболевања, узрока оболевања и узрока смрти;
- повећања нивоа информисаности и знања међу Ромима о њиховим правима у области здравствене заштите;
- примене здравствено васпитних метода и развијања вештина комуникације које ће утицати на промену понашања Рома у вези са њиховим здравственим проблемима, уважавајући при томе традицију и културу ромске заједнице;
- подржавања пројеката који се баве проценом хигијенских и епидемиолошких услова у ромским насељима;
- интензивнијег рада на преношењу информација и знања као и на промени понашања ромске популације у вези са личном и хигијеном становања, ради превенције и спречавања заразних болести;
- повећања сензибилизације путем едуковања здравствених радника за рад са Ромима као посебно осетљивом групом;
- укључивања Рома у израду и имплементацију стратешких докумената и конкретних програма, на националном и локалном нивоу, који се тичу ове нарочито осетљиве групе становништва.

Специфичне препоруке су:

- интензивирање рада на евидентирању здравствено неосигураних Рома који немају стално место боравка и на прибављању документације неопходне за остваривање права на здравствену заштиту;
- спровођење пројеката са посебним акцентом на повећање обухвата обавезном имунизацијом, побољшање репродуктивног здравља и превенцију хроничних незаразних обољења;
- обезбеђивање едукације и превенције ризика за Роме који се баве сакупљањем секундарних сировина;
- подржавање реализације пројекта "Побољшање нутритивног статуса одојчади и мале деце у ромским насељима", који се спроводи у сарадњи са Светском здравственом организацијом и УНИЦЕФ-ом;
- усклађивање обима финансијских средстава која се издвајају из буџета Републике на основу члана 22. Закона о здравственом осигурању са реалним потребама Рома;

- унапређивање сарадње и развијања партнерстава између удружења грађана која се баве проблемима Рома, установа здравствене и социјалне заштите и васпитно образовних институција, локалних заједница и медија, у циљу креирања одрживих програма и пројеката који одговарају специфичним потребама ромске популације.

Полазећи од претходно датих општих и специфичних препорука, у Стратегији су утврђена пет приоритета који би требало да се остваре у периоду њене имплементације. То су:

- запошљавање ромских здравствених медијаторки у домовима здравља;
- спровођење пројеката за унапређење хигијенско- епидемиолошких услова у ромским насељима: анализом и предлогом мера јединици локалне самоуправе;
- повећање обухвата обавезном имунизацијом, побољшање репродуктивног здравља и превенција хроничних незаразних обољења спровођењем пројеката у партнерству здравствених установа и ромских удружења грађана;
- подршка пројекту "Побољшање нутритивног статуса одојчади и мале деце у ромским насељима", у сарадњи са Светском здравственом организацијом и УНИЦЕФ-ом;
- Сензибилизација и едукација здравствених радника за рад са ромском популацијом.

Дакле, запошљавање ромских здравствених медијаторки у домовима здравља је један од првих приоритета који је утврђен у Стратегији за унапређивање положаја Рома у Републици Србији. Овај пројекат се реализује већ неколико година, па је Министарство здравља покренуло иницијативу да се анализира исплативост овог пројекта са становишта ефеката који се остварују његовом реализацијом, што је суштина израде ове студије.

Ромски медијатори обављају послове по протоколу који је увело Министарство здравља, а који обухвата и релативно широк спектар прикупљања информација о Ромима и ромским породицама из свих области које на директан, или индиректан начин могу имати утицај на побољшање здравља ромске популације. Стога би примена овог програма требало да произведе позитивне ефекте. Поменути протокол се ослања на циљеве и приоритете који су утврђени у овој Стратегији и зато је она, уз законодавни оквир, основа за имплементацију програма запошљавања ромских медијатора у здравствени систем Србије.

Последња финансијска и економска криза утицала је на успоравање процеса социјалног укључивања и у земљама Европске уније. Највећи терет економске кризе пао је на осетљиве групе становништва: деца, млади, незапослени, стари, особе са инвалидитетом. Вишеструка депривација имала је несразмерно велики утицај на етничке мањине међу којима су Роми највећа група – око 10 до 12 милиона људи у Европи.⁴² Циљ Платформе је да се земље чланице, институције ЕУ и кључни актери обавезу на остварење заједничког циља – на борбу против сиромаштва и социјалне искључености. Како се рачуна са смањеним државним буџетима у већем делу текуће деценије, активности би требало да

⁴² Европска комисија (2010). Уз овај документ је приложен и Списак кључних иницијатива ради предузимања мера против сиромаштва и социјалне искључености у оквиру јавних политика, како на нивоу ЕУ, тако и у земљама чланицама, земљама кандидатима за прикључење и земљама на које се рачуна да буду прикључене ЕУ.

повећају ефикасност и путем осмишљавања нових партиципативних начина решавања проблема сиромаштва и социјалне искључености, уз истовремено креирање превентивних политика и таргетирање потреба тамо где настану. Платформом је дефинисан динамичан оквир активности усмерен на обезбеђивање социјалне и територијалне кохезије која ће осигурати да користи од раста и запошљавања буду искоришћене широм Европске уније и да се сиромашним људима и људима који се налазе у положају социјалне искључености омогући да живе достојанствено и да буду активни чланови друштва.

Европска комисија је идентификовала пет поља за акцију:

- Предузимање мера у области јавних политика
- Веће и успешније коришћење фондова ЕУ у циљу подршке социјалном укључивању
- Промовисање социјалних иновација заснованих на подацима
- Рад кроз партнерства и искоришћавање потенцијала социјалне економије
- Побољшање координације јавних политика између земаља чланица.

У Платформи Комисије ЕУ се наводи да је маргинализација етничких група, попут Рома, повећана. Истраживање о дискриминацији које је Агенција за основна права спровела 2009. године у седам земаља чланица показало је да је половина испитаних Рома искусила дискриминацију у протеклих 12 месеци, а да је петина била жртва расно мотивисаних кривичних дела.⁴³ Ово истраживање је, такође, показало да многи Роми у ЕУ живе у некавалитетним сегрегираним становима и смештају. Ромска деца су изложена већој вероватноћи да похађају сегрегиране школе, да слабо похађају часове и да рано напуштају школовање. Комисија је упутила позив земљама чланицама да представе националне стратегије за укључивање Рома у националним програмима реформе, тако да би ове стратегије могле допринети испуњавању главног циља смањења сиромаштва и социјалне искључености.

У делу иницијатива о доприносу финансијских средстава које ЕУ издваја за остваривање циљева из домена социјалне укључености утврђено је да ће у периоду 2011-2013 године бити промовисано коришћење и примена структурних фондова, укључујући Европски фонд за регионални развој и Европски социјални фонд, ради подршке укључивању Рома у текући и будући програмски период, у оквиру интегрисаног приступа, у области урбане регенерације, становања, бриге о деци, здравства, образовања и обука.

У Платформи се наводи да државним програмима у области социјалне политике често недостају докази о томе шта даје резултате, а шта не. Стога, евалуација програма заснована на подацима, може бити снажан инструмент оцене ефикасности појединих програма у процесу њихове имплементације. У оквиру Списка кључних иницијатива Комисија је утврдила да се, у периоду 2011-2012. покрене истраживачки пројекат усмерен на креирање функционалних метода и конкретних мерења утицаја имплементације појединих пројеката на остваривање постављених циљева, али и на мерење утицаја пројеката који ће бити предузети засновано на подацима. Такође, утврђено је да ће бити дефинисани заједнички принципи израде, имплементације и евалуације малих пројеката намењених тестирању иновација или реформи у јавним политикама пре него што оне буду усвојене у већим размерама.

⁴³ EU Fundamental Rights survey on EU Minorities and Discrimination – the Roma – November 2009, наведено према: Европска комисија (2010).

Комисија је иницирала да се одржавање Годишњег округлог стола о сиромаштву и искључености трансформише у ширу Годишњу конвенцију Европске платформе осмишљену да окупи све актере. Годишња конвенција, која би била одржана у јесен 2011, ће бити форум за дискусију о оствареном напретку ка основном циљу, оствареним активностима из Платформе и давања предлога за наредне активности.

У Платформи Комисије ЕУ се наводи да Европа 2020. представља ново партнерство између Европских институција, држава чланица, и свих заинтересованих страна на европском, националним, регионалним и локалним нивоима. Ово пружа могућност за унапређење постојећих партнерских структура, али и за укључивање нових актера у партнерства. Подршка напорима националних, регионалних и локалних власти биће и даље у центру активности ЕУ. Ове власти руководе процесом имплементације политика и проверени су „инкубатори“ социјалних иновација. Њиховим ангажовањем, нарочито кроз Комитет региона и кључне европске мреже и национална удружења, биће повећана пажња на територијалну димензију сиромаштва и укључивања и ојачана синергија у расподели фондова ЕУ. Улога социјалних партнера у омогућавању приступа тржишту рада осетљивих група, укључујући и Роме, биће од великог значаја.

Дакле, кључне активности Платформе се заснивају на мешавини координација јавних политика дијалога са институционалним и ванинституционалним актерима, финансирању и стратешким партнерствима.

Ако се упореди наш национални стратешки оквир за побољшање положаја Рома са претходно анализираним Платформом ЕУ у њеним најважнијим сегментима везаним за положај Рома, може се констатовати да Србија у овој области иде у корак са ЕУ. Са реализацијом овог истраживања заснованог на подацима, Србија ће добити одговор да ли су улагања у запошљавање ромских медијаторки у здравству дала позитивне ефекте и да ли је тај део здравствене политике био оправдан. Истина, то је само један од бројних пројеката који су реализовани у области здравства. Али, иницијатива Министарства здравља Републике Србије да крене у евалуацију једног од имплементираних пројеката, даје наду да ће ово Министарство у будућности радити евалуације засноване на подацима и за пројекте који се планирају и на тај начин оцењивати какву здравствену политику треба да предлаже да би она дала најбоље ефекте у примени, односно у пракси, како када су у питању Роми, тако и у свим другим сегментима.

4. РЕЛЕВАНТНА ИСКУСТВА И РЕЗУЛТАТИ ЗАПОШЉАВАЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У ЗЕМЉАМА У ОКРУЖЕЊУ

Показатељи здравственог стања Рома, као и доступности услуга здравствене заштите ромској популацији широм Европе су, по правилу, значајно неповољнији у односу на општу популацију. Неки од разлога за овакво стање су „незадовољавајући услови становања, недоступност или недовољна доступност пијаће воде, неприкупљање или недовољно често прикупљање отпада од стране надлежних комуналних служби, лош приступ саобраћајницама, географска изолованост...сиромаштво, дискриминација, и ниска позиција у оквиру друштвене хијерархије...“⁴⁴. Уз то, знања већине припадника ромске етничке заједнице о начинима очувања здравља и о болестима су доста ограничена, и захтевају тзв. мере здравствене заштите „од врата до врата“⁴⁵.

Један од начина да се унапреди неповољна здравствена ситуација ромске популације, који је почео да се примењује најпре у Румунији, а касније и у другим земљама у Европи, јесте ангажовање ромских здравствених медијатора. Од ромских здравствених медијатора се очекује да својим радом допринесу бољој покривености ромске популације услугама здравствене заштите, али и да помогну у остваривању неких других права припадника ромске популације (нпр. помоћ у добијању личних докумената), као и да раде на побољшању знања Рома о различитим здравственим аспектима и о здравим стиливима живота. С тим у вези, може се рећи да су најчешћи, и најважнији, задаци ромских здравствених медијатора следећи⁴⁶: а) да посредују између пацијената ромске националности и лекара током прегледа, б) да комуницирају са припадницима ромске заједнице у име здравственог система, в) да припаднике ромске заједнице подучавају основним знањима везано за здравље и г) да помажу припадницима ромске заједнице да стекну докумената који су им неопходна за остваривање права из здравственог осигурања (здравствена књижица, лична карта и др.).

Ромски здравствени медијатори су, по правилу, и сами припадници ромске етничке заједнице. Овакав приступ се показао као изузетно добар, јер омогућава да се превазиђе начелно неповерење које Роми могу да имају према представницима државних институција у земљама у којима живе, и да се лакше приволе да сарађују и приме помоћ. Показало се да је посебно корисно када су жене ангажоване као медијатори, будући да се сматра да, због патријархалних односа који владају у ромским заједницама, Ромкиње не би биле спремне да отворено разговарају са мушкарцима о неким темама, као што је, нпр. репродуктивно здравље. Медијаторке могу много лакше да успоставе комуникацију са мајкама у ромским породицама, што је врло важно не само са становишта унапређења репродуктивног здравља ромских жена, већ и са становишта побољшања здравља ромске деце, јер су мајке, по правилу, те које су задужене да воде бригу о деци у оквиру домаћинства.

⁴⁴ Open Society Institute (2005), стр. 5.

⁴⁵ Динкић, Бранковић, Тошић, Станисављевић, Ђурић (2007b), стр. 24.

⁴⁶ Open Society Institute (2005), стр. 5.

4.1. РУМУНИЈА

Румунија је прва земља у којој је почео да се развија концепт ромских здравствених медијатора, на начин који се данас примењује широм југоисточне Европе. Почети овог програма се везују за активности ромске невладине организације Romani CRISS, која је 1997. године ангажовала прве особе чији задатак је био да посредују између Рома који живе у ромским насељима и здравствених служби⁴⁷. **Временом се овај пројекат развио, и захваљујући одличним резултатима који су постигнути, прерастао је у званичну меру здравствене политике румунске владе, а од 2002. године радно место ромског здравственог медијатора је постало званично занимање у оквиру здравствене службе.**

Као здравствени медијатори се ангажују Ромкиње са завршеном основном школом, које су способне да комуницирају како са припадницима своје заједнице, тако и са јавним органима. На ову позицију се бирају жене, и то зато што су у ромским породицама мајке те које су задужене да брину о здрављу породице, а процењено је да Ромкиње не би биле спремне да са мушкарцима разговарају о темама које су везане за сексуално понашање. Сем тога, сматрало се да би избор жена као медијаторки требало да допринесе побољшању њиховог положаја у оквиру ромске заједнице⁴⁸.

Кандидате за позицију ромских здравствених медијатора углавном предлажу представници локалних ромских организација, а обуку спроводи Romani CRISS⁴⁹. На поменутиим обукама медијатори стичу знања везано за комуницирање, функционисање система јавног здравственог осигурања, приступ здравственим услугама превентивне и терапеутске природе, а обучавају се и за пружање прве помоћи. Након завршене теоретске обуке, будући медијатори морају да проведу три месеца радећи на терену са квалификованим здравственим радницима.

Опис занимања ромског здравственог медијатора у Румунији подразумева већи број активности, које су усмерене како на медијацију у комуникацији између припадника ромске заједнице и здравствених служби, тако и на подучавање Рома везано за здравствену заштиту и здраве стилове живота, па чак и активности које подразумевају сарадњу са представницима служби социјалне заштите и помоћ у остваривању одређених права. При томе, важно је напоменути да, с обзиром да РЗМ нису квалификовани здравствени радници, они не могу да пружају услуге здравствене заштите⁵⁰. Активности које спадају у задужења ромских здравствених медијатора су следеће⁵¹:

- Ради на унапређењу међусобног поверења између представника локалних јавних служби и ромске заједнице,
- Посредује у комуникацији између припадника ромске заједнице и здравствених служби,
- Евидентира труднице, објашњава значај прегледа у трудноћи и после порођаја, посредује у комуникацији с лекарима и обавља друге активности везано за унапређење репродуктивног здравља жена,
- Пружа основне информације везано за планирање породице,

⁴⁷ <http://www.romanicriss.org/press%20release%20health%20association%202010.pdf>

⁴⁸ Open Society Institute (2005), стр. 19.

⁴⁹ Правилник Министарства здравља и породице Румуније, бр. 619 / 14.08.2002.

⁵⁰ Исто.

⁵¹ Исто.

- Евидентира бебе у оквиру ромске заједнице,
- Пружа основна знања о неги деце и објашњава њен значај,
- Промовише здраву исхрану, нарочито међу децом (укључујући промовисање дојења),
- Прати да ли се пријављују рођења новорођенчади,
- Помаже другим здравственим радницима у надгледању процеса имунизације деце млађе од седам година,
- Објашњава користи од укључивања у систем здравствене заштите, и које су процедуре за остваривање наведених права,
- Пружа основна знања о значају и начину одржавања хигијене,
- Прати здравствено особље које пружа хитну медицинску помоћ у ромском насељу,
- Мобилише припаднике ромске заједнице да учествују у кампањама које спроводе службе за јавно здравље (нпр. вакцинација, информативне кампање, скрининг хроничних болести и др.) тако што објашњава сврху и значај тих активности,
- Учествоје у програмима детектовања туберкулозе и заразних болести,
- Под надзором лекара, пацијенту објашњава прописану терапију и могуће контраиндикације преписаних лекова,
- Прикључује се здравственим радницима који врше превенцију и контролу епидемија, и припадницима ромске заједнице објашњава сврху прописаних мера,
- Надлежним службама сигнализира појаву заразних болести, инфекција, тровања и сл. у ромским заједницама,
- Обавештава социјалне раднике о ученицима који напуштају школу.

Ромски здравствени медијатори у Румунији су првобитно били запослени као службеници Министарства за здравље и породицу, чије плате, као и други трошкови (превоз, материјални трошкови и сл.), су се финансирани из програмског фонда Министарства⁵². У међувремену је спроведена децентрализација здравственог система, где су постављање и финансирање ромских здравствених медијатора делегирани на ниво локалних самоуправа, што је у одређеним случајевима стварало проблеме, јер су поједина радна места укидана, радни задаци РЗМ су мењани и сл.⁵³ Један ромски здравствени медијатор би требало да опслужује популацију од 500-750 особа⁵⁴, а, **закључно са 2008. годином, у Румунији је било запослено око 575 медијатора⁵⁵.**

Њихов рад је подржан и нагледан⁵⁶ како на локалном тако и на централном нивоу. Када је реч о стручним аспектима рада, сваком медијатору се додељује лекар опште праксе у локалном дому здравља, с којим једном недељно обавља консултације. Једном месечно медијатори се састају и са представницима регионалних здравствених служби, а четири

⁵² Исто.

⁵³ Roma Civic Alliance of Romania (2010).

⁵⁴ Правилник Министарства здравља и породице Румуније, бр. 619 / 14.08.2002.

⁵⁵ Roma Civic Alliance of Romania (2010).

⁵⁶ Open Society Institute (2005), стр. 20.

пута годишње имају састанке и са представницима Министарства здравља. Сем тога, и представници невладине организације Romani CRISS свака два месеца обављају телефонске разговоре са медијаторима, како би разговарали о њиховим активностима.

4.2. БУГАРСКА

Ангажовање ромских здравствених медијатора у Бугарској је отпочело 2001. године, и првих неколико година је било пројектног типа: спроводиле су га различите невладине организације, финансирали међународни донатори, а званични органи власти нису били директно ангажовани.⁵⁷ **У другој половини 2005. године Влада Републике Бугарске усваја Стратегију за унапређење здравља особа са специјалним потребама које су припадници националних мањина, којом се установљава позиција здравственог медијатора, и предвиђа да они имају значајну улогу у спровођењу поменуте Стратегије**⁵⁸. На тај начин, радно место здравственог медијатора је уведено у здравствени систем Бугарске.

Кандидати за позицију ромског здравственог медијатора морају да имају завршену средњу школу, добре комуникационе способности и односе са локалном заједницом, и пожељно је да познају ромски или турски језик.⁵⁹ Они морају да прођу тренинг, који обављају две медицинске школе, у Пловдиву и у Вратси, које су лиценциране за те активности.⁶⁰

Активности које ромски здравствени медијатори у Бугарској обављају претежно су усмерене на унапређење комуникације и међусобног разумевања између припадника ромске заједнице и здравствених и социјалних служби. С тим у вези, задужења ромског здравственог медијатора у Бугарској укључују следеће активности⁶¹:

- Рад са клијентима:
 - Упознаје се са клијентима и њиховим проблемима,
 - Процењује потешкоће у приступу потребним здравственим услугама и развија план активности за сваки од случајева,
- Олакшава приступ услугама здравствене заштите особама којима су оне неопходне:
 - Помаже у остваривању контакта између лекара и пацијента (као пратилац, тумач, преводилац и др.),
 - Обавља патронажне посете породицама које су под ризиком, трудницама, и младим мајкама,
- Помаже у комуникацији са Фондом здравственог осигурања:
 - Објашњава значај услуга које се остварују преко Националног фонда здравственог осигурања и помаже у попуњавању неопходних формулара,

⁵⁷ Исто, стр. 21-22.

⁵⁸ http://www.zdravenmediator.net/en/index.php?pagetype=text&page_id=61

⁵⁹ Исто.

⁶⁰ Исто.

⁶¹ Исто.

- Информише и објашњава која су права и обавезе пацијената,
- Помаже у комуникацији са Службом за социјалну помоћ, Државном агенцијом за заштиту детета и Комисијом за заштиту од дискриминације:
 - Објашњава на који начин функционишу и помаже у остваривању приступа овим институцијама,
 - Наведеним институцијама пријављује случајеве кршења права (права деце, социјалних и људских права),
- Пружа ромској популацији основна знања о здрављу и превенцији болести:
 - Консултује циљне групе о планирању породице и репродуктивном здрављу,
 - Објашњава значај имунизације,
 - Даје савете везано за одржавање хигијене и одржавање здравља,
 - Пружа информације и доставља брошуре о здравим стиливима живота,
 - Заједно са надлежним службама ради на спровођењу превентивних кампања,
- Остали задаци:
 - Припрема редовне извештаје и препоруке за службе локалне самоуправе и регионалне здравствене центре,
 - Учествује у спровођењу националних здравствених програма, стратегије за здравље особа са специјалним потребама које су припадници националних мањина, и у спровођењу регионалних здравствених политика,
 - Води регистар клијената.

Ромске здравствене медијаторе запошљавају локалне самоуправе, које имају потребу за таквим радним местима у својој заједници. Оне плаћају трошкове тренинга медијатора, а плате се финансирају из буџета који је делегиран локалним самоуправама. **Закључно са 2008. годином, у Бугарској је било 111 ромских здравствених медијатора који су радили у 55 општина.**⁶² Медијатори међусобно сарађују и размењују искуства и кроз Националну мрежу здравствених медијатора која је основана 2007. године⁶³.

У студији Института за отворено друштво⁶⁴ су наведени и неки **недостаји пројеката ангажовања ромских здравствених медијатора који се спроводе у Румунији и Бугарској.** Поред тога што мало утичу на уклањање узрока који уопште доводе до тога да показатељи квалитета здравствене заштите Рома буду незадовољавајући, **један од кључних проблема јесте то што постоји опасност да се и Роми и здравствени радници у узајамној комуникацији сувише ослањају на медијаторе, уместо да се охрабрују да се све више остварује директна комуникација између здравствених радника и Рома.**

⁶² Исто.

⁶³ <http://www.zdravenmediator.net/en/pic/articles/EU15%20Ethnic%20Minorities%20PRO.pdf>

⁶⁴ Open Society Institute (2005), стр. 43-44.

5. АНАЛИЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ“

5.1. ОПИС ПРОЈЕКТА УВОЂЕЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ, И АНАЛИЗА КОРИШЋЕНИХ МЕТОДА И АЛАТА ЗА РАД ОД СТРАНЕ МЕДИЈАТОРА

Пројекат увођења ромских здравствених медијатора у систем јавних здравствених установа у Србији је заживео у мају 2008. године, када је ангажовано првих 15 медијаторки. У фебруару 2009. је ангажовано још 30, а у 2010. још 15 медијаторки. Треба напоменути да је од почетка 2011. године почело да ради још 15 медијаторки, тако да њихов укупан број, иако може да варира из месеца у месец, износи 75. **Предмет анализе у овој студији су активности 60 медијаторки које су биле ангажоване закључно са децембром 2010. године.**

Медијаторке се ангажују по основу уговора о делу, који потписују медијаторка и министар, а који се обнавља сваког месеца. Њихово присуство на послу и рад прати одговорна патронажна сестра у дому здравља, која своја запажања уписује у карнет, и доставља Министарству на крају месеца. И саме медијаторке сваког месеца састављају извештај о раду, који достављају Министарству.

За своје ангажовање, медијаторке примају финансијску надокнаду. Финансирање накнаде за рад највећег броја медијаторки се врши из буџета Републике Србије, и то из буџетске линије намењене за спровођење Стратегије за унапређење положаја Рома у Републици Србији. Један број медијаторки накнаде за рад прима из пројекта „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ (Delivery of Improved Local Services - DILS), а медијаторке које су почеле са радом у 2011. години плаћа Фонд за отворено друштво.

Накнада за рад медијаторки, поред тога што представља њихову зараду, служи и за надокнаду основних трошкова које имају у току рада, као што су трошкови превоза. Има примера да поједине општине излазе у сусрет медијаторкама ангажованим на њиховој територији, тако што им обезбеђују покриће трошкова коришћења јавног превоза. Некада, а поготово на почетку ангажовања, патронажне сестре из дома здравља такође могу да врше превоз медијаторки на терену.

Улога донатора у развоју мреже ромских здравствених медијатора је врло важна. Поред тога што се из ових извора финансирају плате једног броја медијаторки, донатори су финансирани и едукативне семинаре које похађају медијаторке, набавку торби, јакни и обуће за медијаторке, као и лаптопова, мобилних телефона (укључујући и трошкове позива) и интернета.

Медијаторке раде у складу са радним временом дома здравља, пре подне од 7 до 13:30 часова, а после подне од 13:30 до 19:30 часова. Медијаторке су ангажоване пет дана седмично, а имају и три радне суботе током сваког месеца. Током радне седмице обично раде на терену, а суботу углавном посвећују попуњавању протокола (у писаној и у електронској форми) и писању извештаја о раду. Уколико је у општини ангажована једна медијаторка, она ради три дана пре подне, и два дана после подне; а уколико има више од

једне медијаторке, оне наизменично мењају смене сваке седмице. У току радног дана медијаторке имају прописану норму коју треба да испуне, а која износи 5 посета у просеку.

Међутим, медијаторке често раде и прековремено. Оно на чему најчешће раде у таквим ситуацијама јесте припрема и ношење документације потребне за пријављивање одраслих и деце и упис у књиге рођених, остваривање права на здравствену заштиту, остваривање дечјег додатка и других видова социјалне помоћи, итд. Потреба за прековременим ангажманом се јавља и када се боравак на терену одужи, као и када учествују у активностима превентивних служби, као што је организована вакцинација у ромском насељу. Према наводима неких медијаторки, обично два пута недељно се јави потреба да остану дуже на послу, тако да у оквиру недељног ангажмана у просеку 2 сата чини прековремени рад. За прековремени рад медијаторке не добијају новчану накнаду. Уместо тога, на основу прековременог рада оне остварују право на 20 плаћених слободних дана у току године. Поред свега наведеног, медијаторке често примају телефонске позиве током читавог дана од Рома, који им се обраћају везано за здравствене тегобе које имају, али и за друге врсте проблема, као што су, примера ради, породични проблеми.

Од фебруара 2009. године ромске здравствене медијаторке воде протокол својих активности. Протокол омогућава да се испрате показатељи стања ромске популације, као и да се испрате активности медијаторки у циљу унапређења овог стања.

Приликом прве посете домаћинству, медијаторке евидентирају затечено стање, и у протокол уносе податке о сваком члану домаћинства, као и о самом домаћинству. Подаци које медијаторке уносе су подаци опште природе (старост, пол, образовни статус, запосленост, вид становања и сл.), показатељи који се односе на здравствени статус (нпр. да ли имају изабраног лекара, да ли су вакцинисани, од којих хроничних болести болују), али и друге врсте показатеља који могу да буду од значаја (да ли су корисници материјалне помоћи, да ли поседују лична документа, да ли су здравствено осигурани итд.).

На основу ситуације која је снимљена приликом прве посете, медијаторка планира активности које ће да обави током друге посете породици. Том приликом, она најчешће помаже у остваривању одређених права или посредује у пружању одређених здравствених услуга, а такође може да држи предавања члановима једне или више породица на одређену тему.

Активности које медијаторка обавља, односно „услуге“ које пружа члановима породице, између осталог, су следеће:

1. Активности везане за остваривање права из здравственог осигурања и помоћ у остваривању здравствене заштите и унапређењу здравља Рома
 - a. Помоћ у остваривању права на здравствено осигурање, односно добијање и овера здравствене књижице.
 - b. Помоћ у избору изабраног лекара (лекара опште праксе, гинеколога или педијатра).
 - c. Заказивање прегледа код изабраног лекара или специјалисте. С тим у вези, од посебног значаја је заказивање контролних прегледа трудница, уколико га нису обавиле.
 - d. Заказивање систематских прегледа – деце, одраслих и прегледа код стоматолога.

- e. Заказивање вакцинације деце или одраслих у дому здравља, и(ли) иницирање и учествовање у кампањи вакцинације у насељу у коме живе Роми.
 - f. Учешће у активностима превентивног центра, патронажне службе и др.
 - g. По потреби, обезбеђење пружања здравствених услуга на терену.
 - h. Помоћ у остваривању права на туђу негу и помоћ.
2. Активности везане за остваривање других права
- a. Помоћ у добијању личних докумената (извод из матичне књиге рођених, уверење о држављанству, лична карта).
 - b. Помоћ приликом уписа деце у предшколске и школске установе.
 - c. Помоћ приликом конкурсисања за стипендије.
 - d. Помоћ у остваривању материјалне помоћи – материјално обезбеђење породице, помоћ Црвеног крста, једнократна помоћ.
3. Остале активности медијаторки
- a. Помоћ на уређењу животне средине и услова становања.
 - b. Едукативне активности – држање предавања, разговори, дељење брошура, прављење постера, организовање радионица.

Детаљан преглед активности општих и специфичних циљева ангажовања ромских здравствених медијаторки, и услуга које пружају, дат је у Прилогу 2.

5.2. АНАЛИЗА СТАТУСА РОМСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ У СРБИЈИ ПРЕ УВОЂЕЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СИСТЕМ ЈАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СРБИЈИ

Резултати већег броја студија и научних радова које су објављивале различите међународне организације и тимови научника указују на то да су показатељи здравственог стања Рома лошији у односу на општу популацију у државама у којима живе. У Србији су такође у више наврата спровођена истраживања која су у фокусу имала праћење здравствене ситуације ромске популације и идентификовање узрока таквог стања. У наставку ће бити дат **преглед најзначајнијих резултата истраживања која су спроведена закључно са 2008. годином, како би се дао приказ здравственог стања ромске популације у Србији пре, или непосредно након, увођења ромских здравствених медијатора у систем јавних здравствених установа у Србији.**

5.2.1. Основни демографски подаци

Када је реч о броју Рома који живе у Србији, евидентно је да, као и у земљама у суседству, постоји велика диспропорција између званичних података, који су прикупљени током последњег Пописа становништва 2002. године, и процена које су изнете у различитим студијама. Наиме, према резултатима Пописа у Србији је регистровано нешто

преко 100 хиљада Рома⁶⁵, који су чинили 1,4% становништва, док се процењује да је њихов стварни број знатно виши, и да може да износи чак до пола милиона припадника⁶⁶, односно око 6% становника Србије. Основни разлог зашто значајан број Рома није обухваћен званичним демографским показатељима јесте феномен тзв. „етничке мимикрије“ Рома, који се често декларишу као припадници већинске заједнице у средини у којој живе^{67,68}.

Иако резултати Пописа становништва из 2002. не обухватају значајан део припадника ромске заједнице у Србији, то је једини извор који пружа увид у старосну структуру становника. С тим у вези, може се констатовати да су Роми у просеку тринаест година млађи у односу на већинско становништво у Србији, будући да је просечна старост Рома 2002. године била 27,5 година, док је просек на нивоу Србије износио чак 40,2 године⁶⁹. Старосна пирамида становника који су се изјаснили да припадају ромској етничкој групацији је правилна, односно са порастом броја година опада број становника. Најбројнија група међу Ромима су деца млађа од 5 година, која су чинила 11% ромског становништва, док су деца млађа од 15 година чинила готово 1/3 ромске популације. За разлику од тога, учешће деце (тј. особа млађих од 15 година) у структури укупног становништва Србије је било двоструко ниже него у случају ромске популације, и износило је свега 16%. С друге стране, старије особе (преко 65 година старости) су много мање заступљене међу Ромима у односу на остатак популације. Наиме, према резултатима Пописа становништва из 2002. године, међу Ромима је број деце старе до 14 година 7,5 пута виши него број особа старијих од 65 година, док је на нивоу Србије учешће ове две групе становника изједначено. Детаљнији подаци о старосној структури Рома и укупног становништва Србије су приказани на графикану који следи.

⁶⁵ Тачан број Рома регистрованих током Пописа 2002. године је био 108.193. Извор: Републички завод за статистику (2010а).

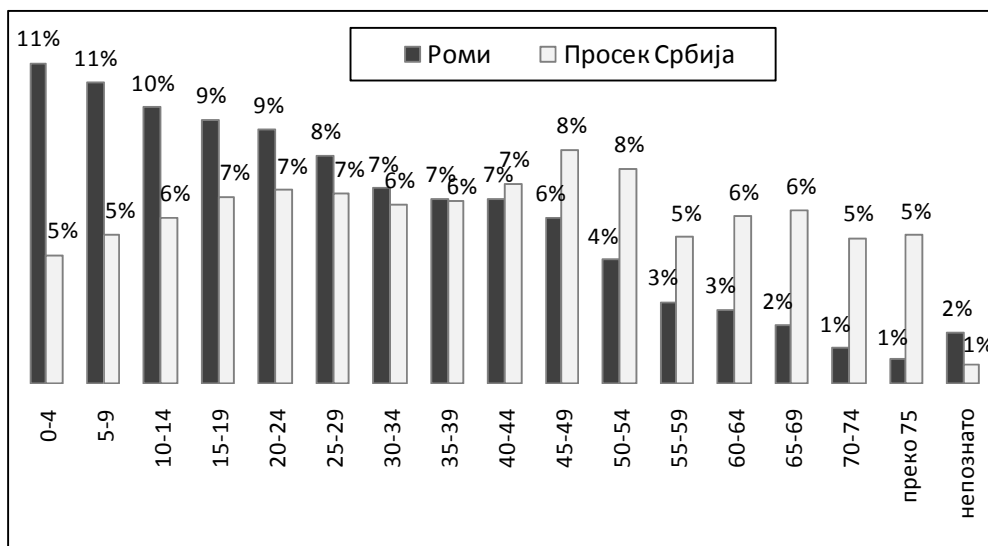
⁶⁶ UNDP (2006b), стр.12.

⁶⁷ Републички завод за статистику (2010b), стр. 7.

⁶⁸ Сем горе наведеног, постоје и додатни разлози зашто значајан број Рома није обухваћен званичним Пописом становништва, а који су објашњени у публикацији Републичког завода за статистику „Роми у Попису: Пробни попис становништва, домаћинства и станова 1-15. новембра 2009.“. Наиме, и поред темељних припрема које су извршене како би се обавио пробни попис становника који станују у одабраним ромским насељима, остварени резултати су били половични, и уместо очекиваних 14 хиљада лица пописано их је свега око 8 хиљада. Основни разлози зашто је обухват становника нижи од очекиваног су следећи: лоше временске прилике, због којих је приступ појединим домаћинствима био значајно отежан; проглашење пандемије вируса грипа, због чега су поједина домаћинства одбијала да комуницирају са пописивачима; одбијање пописивања због страха да ће подаци бити злоупотребљени, и домаћинства која живе у нелегалним објектима расељена; прикривање података о одсутним члановима домаћинства, нарочито онима који су боравили у иностранству, због страха од реадмисије. Извор: Републички завод за статистику (2010b), стр. 23.

⁶⁹ Израчунато на основу података преузетих из публикације: Републички завод за статистику (2003с).

Графикон бр. 1 Старосна структура Рома и укупног становништва у Србији, према резултатима Пописа становништва из 2002. године



Извор података: Републички завод за статистику. 2003. Књиге пописа: Национална или етничка припадност (подаци по насељима) – Књига 1.

Услед наведених демографских тенденција, учешће младих Рома у структури укупне популације одговарајућег узраста је значајно више него када се посматра укупна популација. Наиме, према резултатима Пописа из 2002. године, учешће Рома у становништву старом 0-19 година је износило 2,7%, док на нивоу укупне популације наведено учешће износи 1,4%⁷⁰.

5.2.2. Основни показатељи здравственог стања

Расположиви подаци о здравственом стању Рома у Србији су у многим аспектима неповољнији у односу на општу популацију.

Посебно је забрињавајуће то што значајан проценат Рома који су у радно способном узрасту болује од неког хроничног обољења. Наиме, у студији коју је објавила Светска банка⁷¹, а која је базирана на резултатима Анкете о животном стандарду из 2003. године, наводи се да 17,4% Рома старости између 25 и 44 године пријављује да болује од неког хроничног обољења, док је код опште популације наведени проценат значајно нижи, и износи 6,8%. Још су неповољнији подаци за особе старе између 40 и 55 година, будући да чак половина Рома, у односу на четвртину опште популације, наводи да болује од неке хроничне болести.

⁷⁰ Израчунато на основу података преузетих из публикације: Републички завод за статистику (2003b). и из базе података DevInfo (<http://devinfo.stat.gov.rs>).

⁷¹ Bodewig, Sethi (2005).

Табела бр. 2 Учестаност пријављених хроничних обољења

Године старости	Општа популација	Роми
0-25	3,0	5,9
25-40	6,8	17,4
40-55	25,9	47,6
55-70	53,9	61,8
70+	68,0	63,8
Просек година	27,2	19,9

Извор: Bodewig, Sethi (2005), на основу Анкете о животном стандарду из 2003.

Најчешће хроничне болести од којих Роми обољевају су бронхитис, висок притисак и друге кардиоваскуларне болести. Према анкети УНДП -а, која је обављена у ромским насељима или подручјима са компактном ромском популацијом, више од петине Рома је пријавило да болује од бронхитиса или емфизема, нешто мање од петине је боловало од високог крвног притиска, док је 16% боловало од других кардиоваскуларних обољења⁷². Ово је у складу са налазима истраживања које је обављено међу Ромима у Јабланичком округу, према коме Роми најчешће обољевају од болести крвних судова (39% испитаника), бронхитиса (21%) и астме (13%), као и од дијабетеса (8%)⁷³.

Поред тога што у млађем узрасту почињу да обољевају од хроничних болести, Роми су такође више склони да обољевају од појединих акутних обољења у односу на просек у Србији. Наиме, према студији коју је објавила Светска банка⁷⁴, током месеца који је претходио анкетирању, петина Рома је боловала од неке акутне болести или повреде, док је у општој популацији наведено учешће износило 16,5%. Према студији УНДП-а⁷⁵, најчешће нехроничне болести од којих Роми обољевају јесу прехлада и грип, од којих је, редом, 30% и 12% анкетираних Рома боловало током године која је претходила анкетирању.

Иако се може претпоставити да, због лошијег материјалног стања и услова становања, Роми чешће обољевају од појединих болести у односу на општу популацију, нема пуно расположивих података на основу којих се може установити да ли је инциденција појединих обољења чешћа међу Ромима у односу на општу популацију. Једна од болести за коју се у литератури наводи да је чешћа међу Ромима јесте туберкулоза, будући да се процењује да се 2,5 пута чешће јавља међу ромском популацијом у односу на просек у Србији⁷⁶. Такође, постоје индиције, које додатно треба да се истраже, да Роми нешто чешће болују од дијабетеса. Наиме, резултати једног истраживања спроведеног у неколико ромских насеља у Србији, показују да 11,1%⁷⁷ одраслих Рома имају неки облик дијабетеса, док инциденција дијабетеса у општој популацији старости 20-79 година износи 8,6%⁷⁸. Оно што је додатно забрињавајуће јесте да је, међу особама које живе у ромским насељима код којих је утврђено да болују од дијабетеса, болест од раније била дијагностикована код нешто преко половине особа, док су остали тек током спровођења истраживања сазнали да болују од дијабетеса.

Налази расположивих истраживања такође показују да би у случају масовних обољења на нивоу читаве популације (нпр. пандемије грипа)⁷⁹, Роми спадали у посебно

⁷² UNDP (2006a), стр. 24.

⁷³ Dinkić, Ognjenović (2007a).

⁷⁴ Bodewig, Sethi (2005).

⁷⁵ UNDP (2006a), стр. 24.

⁷⁶ Open Society Institute (2007).

⁷⁷ Beljić Živković et al. (2010).

⁷⁸ www.diabetesatlas.org

⁷⁹ Динкић, Бранковић, Тошић, Станисављевић, Ђурић (2007b), стр. 24.

угрожене групе, јер би се, услед лоше исхране, неадекватне доступности услуга здравствене заштите и лоших стамбених и санитарних услова, могло очекивати да стопе обољевања и смртности буду више у односу на општу популацију.

5.2.3. Здравље и положај деце

Деца која живе у ромским насељима су од самог рођења изложена већим ризицима који угрожавају њихово здравље и егзистенцију. Један од показатеља који говори о томе јесте стопа смртности одојчади и деце, која је значајно виша код деце која долазе из ромских насеља, него у случају опште популације⁸⁰. Наиме, процењује се да је стопа смртности новорођенчади из ромских насеља око 25 промила, док је стопа смртности деце млађе од 5 година око 28 промила⁸¹. При томе, стопа смртности је виша у урбаним срединама у односу на руралне, код дечака у односу на девојчице, и осетно виша у Централној Србији у односу на Војводину. Приказ стопа смртности деце у ромским насељима је дат у табели која следи.

Табела бр. 3 Стопе смртности деце која живе у ромским насељима, у промилима

	Смртност	Насеље		Пол		Подручје		
		Урбано	Рурално	Мушки	Женски	Војводина	Београд	Ц. Србија
Новорођенчад	25	32	22	36	23	18	29	33
Деца млађа од 5 година	28	28	20	32	20	16	26	29

Извор података: UNICEF (2007)

Сиромаштво и лоши стамбени услови са којима се сучавају многе породице које живе у ромским насељима, остављају трага и на физички развој деце. Готово свако десето новорођенче има недовољну телесну масу на рођењу (мању од 2,5 кг), што је двоструко чешће него у случају опште популације⁸². И у каснијем развоју, деца из ромских насеља заостају у односу на своје вршњаке: петина ромске деце млађе од 5 година је сувише ниска за свој узраст, а 8% њих има недовољну телесну масу.

⁸⁰ Према званичним подацима, у 2007. години у Србији стопа перинаталне смртности (број мртворођених и умрле новорођенчади старе до 6 дана) је износила 9,3 промила, док је стопа неонаталне смртности (број умрле новорођенчади старе до 28 дана) износила 5 промила. Извор: Институт за јавно здравље (2008).

⁸¹ UNICEF (2007), стр. 148.

⁸² Исто, стр. 150.

Табела бр. 4 Телесна маса и физички развој деце млађе од 5 година

	Деца из ромских насеља	Просек за Србију
Деца којој је измерена телесна маса на рођењу	90,1%	98,1%
од тога, деца која су имала недовољну телесну масу (мања од 2,5 кг) на рођењу	9,3%	4,9%
Деца с недовољном телесном масом	7,7%	1,4%
Деца са успореним физичким развојем или сувише ниска за свој узраст	20,0%	5,4%
Деца која су неухрањена или сувише мршава за своју висину	4,1%	3,2%

Извор података: UNICEF (2007)

С друге стране, вероватно управо захваљујућу томе што немају финансијских средстава да другачије прехрањују новорођенчад, многе ромске мајке чешће и дуже доје своју децу, тако да је чак свако треће дете дојено до краја друге године живота⁸³. Као закључак се може рећи да се бебе из ромских насеља хране правилније од других својих вршњака⁸⁴.

Када је реч о имунизацији деце из ромских насеља, расположиви показатељи обухвата ове деце вакцинацијом нису задовољавајући. Наиме, истраживање УНДП-а, спроведено у јесен 2004. године, показује да је свега 55% ромске деце млађе од 14 година вакцинисано против дифтерије, великог кашља и дечје парализе⁸⁵. Оно што је посебно проблематично је то што у великом броју случајева деца нису била вакцинисана зато што нису имала здравствене књижице (1/4 случајева). Остали разлози који су навођени указују на то да родитељи ове деце нису довољно упознати са значајем имунизације, али да се и од стране надлежних здравствених установа није радило много на томе да им се пружи потребна знања и помоћ: недостатак медицинске помоћи је у 15% случајева навођен као разлог зашто деца нису вакцинисана, недостатак одговарајућих информација у 8% случајева, а у чак 12% случајева је разлог био то што су родитељи сматрали да вакцинација није важна⁸⁶.

Деца која живе у ромским насељима су изложена већим ризицима од обољевања од појединих болести. Примера ради, ова деца чешће имају дијареју и симптоме упале плућа у односу на осталу децу која живе у Србији⁸⁷. Оно што је забрињавајуће је да постоје индикације да мајке из ромских насеља мање успешно умеју да препознају симптоме појединих болести у односу на друге мајке: према истраживању УНИЦЕФ-а свега 12% мајки

⁸³ На нивоу Србије тек 7% деце поменуте старости су дојена. Извор: UNICEF (2007), стр. 152.

⁸⁴ 29% деце старе до годину дана која живе у ромским насељима се храни на начин који препоручују педијатри, док је код опште популације то случај са 24% деце истог узраста. Извор: UNICEF (2007), стр. 153.

⁸⁵ UNDP (2006a), стр. 25.

⁸⁶ Исто, стр. 26.

⁸⁷ Према истраживању УНИЦЕФ-а 13% деце из ромских насеља је имало дијареју током две седмице које су претходиле анкетирању, док је то био случај са 5% остале деце чији родитељи су били анкетирани. И једни и други су у већини случајева примали неки облик терапије оралне рехидратације (89% деце у ромским насељима и 94% остале деце), али су деца из ромских насеља ређе негована код куће (15% у односу на 27% деце која нису из ромских насеља). Када је реч о симптомима упале плућа, свако десето дете млађе од 5 година из ромских насеља је током две седмице које су претходиле анкети имало ове симптоме (за разлику од свега 3% остале деце у Србији). У 90% случајева су се обратили за помоћ лекару, али су ређе добијали антибиотску терапију у односу на осталу децу (45% наспрам 57%). Извор: UNICEF (2007), стр. 158-163.

из ромских насеља зна да препозна два симптома упале плућа, док је то случај са 1/3 осталих мајки које живе у Србији⁸⁸.

Резултати истраживања показују да се, с обзиром на преовлађујуће сиромаштво и неповољне стамбене услове у којима живе, деца из ромских насеља чешће суочавају са ограничењима у развоју. Наиме, чак ¼ ове деце старости 2 до 9 година има нека ограничења у развоју, што је двоструко чешће у односу на осталу децу из Србије⁸⁹. Најчешћа ограничења код деце из ромских насеља су потешкоће са говором и неразумевање упутстава, неки облик менталне заосталости, као и тешкоће са видом.

Табела бр. 5 Деца стара 2-9 година са ограничењима у развоју

	Деца из ромских насеља	Просек за Србију
Деца са ограничењима у развоју, од тога:	23%	11%
Тешкоће са видом	4%	2%
Заостајање везано за седење, стајање, ходање	1,5%	0,7%
Тешкоће са ходањем, померањем руку, слабост или крутост	2%	0,6%
Тешкоће са слухом	1%	0,5%
Неразумевање упутстава	9%	3%
Има нападе, укрућује се, губи свест	2,4%	0,8%
Не уме да ради ствари које знају друга деца његовог узраста	5%	4%
Не прича, или се не разуме то што прича	8%	5%
Чини се да је ментално заостао или спор	5%	1%

Извор података: UNICEF (2007)

Индикатори образовног статуса ромске деце, на свим нивоима образовања, су такође веома неповољни у односу на општу популацију. Наведени показатељи су приказани у Табели бр. 6. Као што се може уочити, најбоља ситуација је на нивоу основношколског образовања, и то преваходно у нижим разредима, али је и она неповољна, будући да свако четврто дете из ромских насеља које је основношколског узраста (7-14 година старости) не похађа основну школу. Подаци показују да велика већина (тј. 97%) деце из ромских насеља који упишу први разред основне школе стигне до петог разреда, али је проблем у томе што у вишим разредима напуштају школу. Неукључивање у образовни систем, напуштање истог пре завршетка основне школе, као и понављање разреда, јесу разлози што свега 28% деце из ромских насеља старости 14 година похађа осми разред основне школе (у односу на 91% остале деце истог узраста).

⁸⁸ UNICEF (2007), стр. 164.

⁸⁹ Исто, стр. 201.

Табела бр. 6 Показатељи укључености деце у образовни систем

	Деца из ромских насеља	Просек за Србију
Предшколско образовање		
Деца старости 3-5 година која су укључена у неки вид предшколског образовања	4%	33%
Основна школа		
Деца старе 7 година која похађају први разред	66%	94%
Деца основношколског узраста (7-14 година) која похађају основну школу	74%	99%
Дечаци	76%	99%
Девојчице	71%	99%
Деца старе 14 година која похађају осми разред основне школе	28%	91%
Деца средњошколског узраста која похађају основну школу	8%	1%
Средња школа		
Деца средњошколског узраста (15-18 година) која похађају средњу школу	10%	86%
Дечаци	14%	82%
Девојчице	6%	89%

Извор података: UNICEF (2007)

На осталим нивоима образовања ситуација је још неповољнија. Неки вид предшколског васпитања похађало је свега 4% деце из ромских насеља старости 3-5 година (док је на нивоу опште популације свако треће дете поменутог узраста било укључено у предшколски систем). Када је реч о средњошколском образовању, тек свако десето дете старости 15-18 година из ромских насеља похађа средњу школу, што је значајно ниже у односу на децу која не живе у ромским насељима (86%). Оно што је евидентно је да су девојчице у неповољнијој позицији у односу на дечаке, када је реч и о основношколском, а посебно о средњошколском образовању.

Неповољни услови живота, борба за егзистенцију, као и бројност породица у ромским насељима, утичу на то да одређен број деце не добија одговарајућу негу и надзор. Примера ради, истраживање УНИЦЕФ-а показује да деца млађа од 5 година из ромских насеља двоструко чешће остају без адекватног надзора (18%, насупрот 9% у случају остале деце истог узраста)⁹⁰. Сем тога, исто истраживање показује да су деца из ромских насеља, чешће у односу на другу децу, изложена додатним притисцима, као што су потреба да раде, или физичко кажњавање⁹¹. Наиме, 7% деце из ромских насеља, старости 5 до 14 година, ради, док је на нивоу опште популације вредност овог показатеља 4%. При томе, велика већина деце која нису из ромских насеља а која раде похађају у исто време и школу (95% деце), док је то случај са само 58% деце која раде а која долазе из ромских насеља. Деца из ромских насеља старости 2 до 14 година су нешто чешће у односу на осталу децу изложена физичком или психичком кажњавању (81% у односу на 73%), али се знатно чешће ради о тежим видовима кажњавања (21% деце из ромских насеља, у односу на 7% остале деце истог узраста).

⁹⁰ Сличан проценат деце старости до 5 година из ромских насеља и деце која нису из ромских насеља је током седмице која је претходила анкетирању био остављан сам (6%, односно 5%); док су деца из ромских насеља чешће остављана под надзором друге деце, млађе од 10 година (16% случајева, у односу на 7%, колико износи просек на нивоу Србије). Извор: UNICEF (2007), стр. 184.

⁹¹ UNICEF (2007), стр. 197.

5.2.4. Здравље и положај жена

Подаци расположивих истраживања показују да се породиље из ромских насеља по правилу порађају у здравственим установама и уз присуство стручног медицинског особља – у истраживању УНИЦЕФ-а то је био случај са 93% жена старости 15-49 година које су се породиле током две године које су претходиле анкетирању. Вредност овог показатеља је на приближно сличном нивоу као у случају опште популације, где износи 99%. Када је реч о здравственој заштити трудница, 89% трудница из ромских насеља је навело да је имало бар један преглед током трудноће. Међутим, на бази њихових одговора се може закључити да у одређеним случајевима преглед није био комплетан. Наиме, око ¼ трудница из ромских насеља је навела да им током трудноће нису рађене лабораторијске анализе крви и мокраће, као ни мерење крвног притиска и телесне масе⁹².

Када је реч о заштити од нежељене трудноће и од полно преносивих болести, употреба контрацепције је на ниском нивоу међу женама у Србији, а још нижа међу женама које живе у ромским насеља. Наиме, истраживање УНИЦЕФ-а⁹³ је показало да свега 41% удатих жена старости 15-49 година у Србији користи контрацепцију, док је у ромским насељима ово учешће још ниже, и износи свега 28%. Употреба кондома је врло мало заступљена, будући да га на нивоу опште популације користи 9% жена, а у ромским насељима свега 1%. Оно што је индикативно јесте да висок проценат жена има незадовољену потребу за контрацепцијом, што обично значи да оне желе да се заштите, али да се муж томе противи. Овакву потребу има 1/3 удатих жена из ромских насеља. Преглед наведених индикатора дат је у табели која следи.

Табела бр. 7 Сексуално понашање удатих жена старости 15-49 година

	Ромска насеља	Просек за Србију
Старост приликом првог ступања у сексуални однос		
Пре 15. године (односи се на жене старе 15-19 година)	16%	1%
Пре 18. године (односи се на жене старе 20-24 година)	51%	19%
Контрацепција		
Употреба међу удатим женама старости 15-49 година	28%	41%
-модерни методи контрацепције	4%	19%
--кондом	1%	9%
Постоји незадовољена потреба да користе контрацепцију	33%	29%

Извор података: UNICEF (2007)

За Ромкиње је карактеристично да рано ступају у брак и у сексуалне односе. Као што се може видети из Табеле бр. 7, половина девојака из ромских насеља ступа у сексуалне односе пре осамнаесте године живота, а чак 16% и пре петнаесте године⁹⁴. Ступање у

⁹² У случају трудница које нису из ромских насеља у великој већини су рађене све наведене анализе: око 96% жена је навело да су рађене анализе крви и мокраће, и да је мерен крвни притисак, у 94% случајева је мерена телесна маса, а код нешто више од половине трудница је рађен Папаниколау тест. Извор: UNICEF (2007), стр. 180-181.

⁹³ UNICEF (2007), стр. 177-178.

⁹⁴ Ромкиње из ромских насеља ступају у сексуалне односе значајно пре у односу на остале девојке, будући да на нивоу опште популације тек 1% жена има сексуалне односе пре навршене 15. године живота, а пре навршене 18. године само 8%. Извор: UNICEF (2007), стр. 209.

сексуалне односе је, по правилу, везано за удају, будући да у многим ромским насељима преовлађују традиционални патријархални односи и да се од девојака очекује да очувају чедност до ступања у брак⁹⁵. Око половине Ромкиња се удаје пре осамнаесте године живота, а свака осма и пре него што наврши петнаест година⁹⁶.

Истраживање УНИЦЕФ-а⁹⁷ показује да жене из ромских насеља нису довољно информисане и едуковане када је реч о СИДИ. Наиме, свака четврта жена никада није чула за ову болест, а тек свака друга зна бар један начин да се спречи преношење ХИВ вируса. Забрињавајуће је и то што тек свака пета жена из ромских насеља зна где може да се тестира на присуство ХИВ вируса. Када је реч о преношењу вируса ХИВ са мајке на дете, половина жена из ромских насеља није упозната са тим да је то могуће. Детаљнији приказ налаза истраживања која је спровео УНИЦЕФ дат је у табели која следи.

Табела бр. 8 Сазнања о ХИВ/СИДИ, жене старости 15-49 година

	Ромска насеља	Просек за Србију
Жене које су икада чуле за Сиду	72%	98%
Познају бар један начин да се спречи преношење вируса	50%	92%
Знају да ХИВ може да се пренесе с мајке на дете	50%	87%
-не познају ниједан начин преношења с мајке на дете	22%	11%
Слажу се с бар једном дискриминаторном изјавом везано за ХИВ	84%	63%
Не би бринуле о члану породице који би био заражен ХИВ-ом	7%	2%
Знају где могу да се тестирају на ХИВ	21%	70%

Извор података: UNICEF (2007)

Када је реч о положају жена из ромских насеља, оне су често дискриминисане, подређене су свом мужу, и имају велики број обавеза везано за домаћинство⁹⁸. Односи унутар многих породица у ромским насељима су такви да се породично насиље перцепира као прихватљив облик понашања. Наиме, 36% жена из ромских насеља сматра да може да буде оправдано да муж туче своју жену, а као најчешћи разлози за које сматрају да су оправдани наводе се неадекватна брига о деци, када жена противречи мужу, или када не обавести мужа када излази из куће⁹⁹. Жене из ромских насеља су спутане и у том погледу што им није омогућено да се образују, о чему говори податак да је свега половина жена старости 15-24 година писмена¹⁰⁰.

⁹⁵ Mladovsky (2007).

⁹⁶ Девојке из ромских насеља се удају знатно пре него њихове вршњакиње. Наиме, на нивоу опште популације мање од 1% жена се удаје пре 15. године живота, а пре 18. године свега 8%. Извор: UNICEF (2007), стр. 198.

⁹⁷ UNICEF (2007), стр. 202-209.

⁹⁸ UNDP (2003).

⁹⁹ UNICEF (2007), стр. 200.

¹⁰⁰ UNICEF (2007), стр. 193.

Бокс бр. 1 Резултати упоредних истраживања и анализа користи и резултата имплементације пројекта који се реализују у оквиру државног сектора

„У последњих неколико година у порасту је број Ромкиња које се порађају у здравственим установама. Тај број, према поменутом истраживању УНИЦЕФ-а, достиже чак 98 одсто. Међутим, процењује се да изван ових података ипак остаје одређен број жена без икаквих докумената, које живе у крајње маргинализованим заједницама и које се и даље порађају у кући. Такође, напредак у погледу броја порођаја уз присуство здравственог особља није сам по себи довољан за побољшање здравља мајке и детета јер велики проценат Ромкиња и даље не поседује лекара у току трудноће, и нема потребну здравствену заштиту после порођаја. У неким случајевима породиље и њихови чланови породице су застрашивани да им, све док болнички трошкови не буду плаћени неће бити допуштено да новорођенче изведу из породилишта. У једном случају је породиљи чак пређено кривичним гоњењем. Ипак, породиље које нису могле да плате болничке трошкове отпуштене су из болнице.“

Извод из студије: Praxis. 2011b. *Анализа главних препрека и проблема у приступу Рома правима на здравље и здравствену заштиту*. Praxis, Београд, јул 2011.стр. 16-17.

Наша анализа имплементације пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора“ потврђује чињеницу да је доступност здравствене заштите женама и нарочито трудницама Ромкињама у значајном порасту од почетка реализације овог пројекта, а резултати се односе само на 54 обухваћене општине у 2009. и 50 општина у 2010. години (доминанатн број општина је исти у обе године), и да се контролни прегледи идентификованих трудница редовно обављају код изабраног гинеколога. Изложено искуство медијаторки на организованим симпозијумима и кроз директне разговоре, показује да проблеми постоје, али и да их оне веома успешно решавају у свим срединама где живе Роми, уз помоћ служби домова здравља и других релевантних институција, када је у питању доступност здравствене заштите свим Ромима, и нарочито трудницама, укључујући и обезбеђивање докумената за остваривање права у свим сегментима из здравствене заштите.

5.2.5. Коришћење услуга здравствене заштите

Иако Роми у Србији чешће оболевају од појединих хроничних болести у односу на општу популацију, и чешће пате од појединих акутних болести и повреда, један број њих не добија одговарајући медицински третман. Наиме, студија УНДП-а¹⁰¹ из 2006. године показује да је, међу особама које су током године која је претходила анкети биле болесне, тек нешто више од половине (тачније 57%) њих тражило помоћ лекара.

Постоји већи број разлога зашто припадници ромске популације не добијају адекватну здравствену заштиту. Неки од разлога су системске природе, и могли би се релативно брзо решити адекватним ангажовањем надлежних служби, док су други везани за навике и ставове појединих припадника ромске заједнице, и било би потребно одређено време да се они упуте у здраве стилове живота и едукују о неопходности посете лекару у случају болести и коришћења прописане терапије.

Када је реч о системским разлозима, најважнији јесте то што поједини припадници ромске заједнице не поседују здравствене књижице, па тако не могу да остваре своја права везано за здравствено осигурање. Наиме, у анкети спроведеној крајем 2005. и почетком

¹⁰¹ UNDP (2006a), стр. 24.

2006. године показало се да се пружање здравствене услуге ускраћује особама које не поседују важећу здравствену исправу - чак 10% испитаних Рома је навело да су током године која је претходила анкети имало овакво искуство¹⁰². Други разлог зашто Роми недовољно често траже помоћ лекара када су болесни јесте и то што постоје индиције да Роми немају довољно поверења у државне установе и у здравствене раднике¹⁰³. У наведеном истраживању се не наводи шта су узроци таквог неповерења, али, с тим у вези, индикативни су резултати истраживања које је спроведено у Јабланичком округу, према коме је 10% анкетираних припадника ромске заједнице изјавило да је лош однос лекара према Ромима прва ствар коју би променили у здравственом систему¹⁰⁴. Лош материјални статус већине ромског становништва такође може бити један од разлога: у студији УНДП -а чак 55% испитаника Рома је одговорило да се дешавало да нису имали финансијских могућности да купе лек за болесног члана своје породице¹⁰⁵, док је код 44% испитаника у Јабланичком округу укидање плаћања партиципације прва ствар коју би променили у здравственом систему¹⁰⁶. Сем тога, Ромима је често проблем да физички приступе установама здравствене заштите, будући да су оне често удаљене од насеља у којима живе Роми. Примера ради, истраживање које је спроведено у ромским насељима у Ваљеву¹⁰⁷ показује да 57% испитаних Рома станује више од 5 километара далеко од најближе здравствене установе. На крају, још један разлог зашто не користе услуге здравствене заштите јесте то што поједини Роми имају немаран став према сопственом здрављу, јер сматрају да не могу пуно да учине како би га очували¹⁰⁸.

Студија коју је објавила Светска банка¹⁰⁹ такође указује на неадекватну здравствену заштиту ромског становништва, поготово особа које болују од хроничних обољења. Наиме, тек нешто преко половине Рома који пате од хроничних болести захтева редовну терапију, док у случају опште популације много виши проценат оболелих (79%) прима редовну терапију. Ситуација је посебно забрињавајућа код млађих Рома: свега 46% Рома млађих од 25 година, који болују од хроничних болести, односно само 39% ових особа старих између 24 и 40 година, прима редовну терапију. На основу наведених података, који су приказани у табели која следи, може се закључити да су доступност и квалитет здравствене заштите коју уживају хронично оболели Роми на много нижем нивоу у односу на општу популацију.

Табела бр. 9 Хронично оболеле особе које користе услуге здравствене услуге (у %)

	Општа популација	Роми
Пријављују хронична обољења и захтевају редовну терапију	78,6	52,3
Старост у годинама:		
0-25	79,3	45,9
25-40	60,9	39,2
40-55	74,0	53,2
55-70	80,7	67,3
70+	81,8	58,9

Извор: Bodewig, Sethi (2005), на основу Анкете о животном стандарду из 2003.

¹⁰² Исто, стр. 24.

¹⁰³ Исто, стр. 24.

¹⁰⁴ Dinkić, Ognjenović (2007a).

¹⁰⁵ UNDP (2006a), стр. 25.

¹⁰⁶ Dinkić, Ognjenović (2007a).

¹⁰⁷ Dimitrijević (2009).

¹⁰⁸ Истраживање спроведено у ромским насељима у Ваљеву показује да више од 70% испитаника сматра да не могу да учине ништа (31%) или да не могу да учине много (40%) везано за своје здравље. Извор: Dimitrijević (2009).

¹⁰⁹ Bodewig, Sethi (2005).

5.2.6. Ризично понашање

Постоје одређене навике и видови понашања који могу да угрозе здравствено стање појединаца и заједнице, као што су пушење, алкохолизам, коришћење психоактивних супстанци, ризичне сексуалне навике и сл. Свеобухватно истраживање које би се бавило навикама Рома везано за ризичне видове понашања у Србији не постоји. Оно што је расположиво су резултати одређених истраживања која су спровођена у појединим градовима у Србији, а која могу да пруже неке индикације о ризичним видовима понашања.

Навика која је широко заступљена међу Ромима јесте пушење, тако да се у литератури износи закључак да пушење представља „важан елемент културног, етничког и индивидуалног идентитета Рома“¹¹⁰. Када је реч о проценама заступљености пушења међу Ромима у Србији, резултати истраживања које је спроведено у ромским насељима у Ваљеву указују на то да више од половине Рома свакодневно пуши^{111, 112}. Оно што је посебно забрињавајуће је што је у ромским насељима прихватљиво да пуше сви, па чак и деца, о чему говори податак да је 79% пушача у ромским насељима у Ваљеву почело да пуши када су били стари између 8 и 15 година¹¹³.

Тешко је проценити у којој мери је неумерена употреба алкохола заступљена у оквиру ромске етничке заједнице. Подаци расположивих истраживања указују на то да је проблем алкохолизма, у одређеној мери, заступљен у појединим ромским заједницама. Наиме, 29% испитаника из ромских насеља у Ваљеву је изјавило да је алкохолизам заступљен у њиховом окружењу¹¹⁴. На то се може надовезати и податак да међу младим Ромима, који су испитивани у оквиру истраживања 2008. године¹¹⁵, 55% њих који живе у Београду повремено конзумира алкохол, док наведено учешће међу младим Ромима у Врању износи чак 82%.

Коришћење психоактивних супстанци међу Ромима је такође, у великој мери, непознаница. Резултати јединог доступног истраживања¹¹⁶ које дотиче проблем коришћења дроге међу Ромима указује на то да склоност конзумирању појединих психоактивних супстанци може да зависи од територије на којој живе. Наиме, резултати показују да је готово половина испитаних младих Рома у Београду конзумирала психоактивне супстанце (тачније, 44%), док је у Врању наведено учешће ниже, и износи 19%. При томе, млади Роми у Београду су чешће конзумирали марихуану (23% испитаника), док је у Врању више заступљена злоупотреба таблета (15% испитаника).

Са становишта сексуалног понашања, истраживање навика младих Рома у Београду и Врању¹¹⁷ указује на то да су заступљени одређени видови понашања који носе већи ризик

¹¹⁰ Petek et al. (2006).

¹¹¹ Према резултатима овог истраживања, жене су више склоне томе да пуше, будући да 73% Ромкиња су пушачи, док је међу мушкарцима наведено учешће нешто ниже, и износи 62%. Извор: Dimitrijević (2009).

¹¹² Ово је значајно више у односу на просек на нивоу Србије, с обзиром да подаци за 2006. годину показују да је у просеку 33,6% грађана Србије свакодневно или повремено пушило. Извор: Институт за јавно здравље (2010а), стр. 359.

¹¹³ Dimitrijević (2009).

¹¹⁴ Исто.

¹¹⁵ Истраживање је спроведено током фебруара 2008. године међу Ромима старим између 15 и 25 година, у Београду и Врању. Извор: Министарство здравља (2008), стр. 120.

¹¹⁶ Министарство здравља (2008), стр. 124.

¹¹⁷ Исто, стр. 124-126.

од добијања полно преносивих болести. Примера ради, младе особе које имају сталног партнера у већини случајева не користе кондом (у Београду 62%, а у Врању чак 85%). Посебно је забрињавајуће то што млади Роми ни у односима са случајним сексуалним партнерима у високом проценту не користе кондом (у Београду 40% а у Врању чак 67%), чиме се повећава ризик да они, али и њихови стални партнери, оболе од неке полно преносиве болести.

5.2.7. Смртност међу Ромима

Резултати истраживања које се бави смртношћу међу Ромима у периоду 2002-2005. године¹¹⁸, показују да је стопа смртности међу Ромима значајно виша у односу на општу популацију. Наиме, међу ромским становништвом стопа смртности је износила 18 промила код мушкараца и 14,9 промила код жена, док су вредности истих показатеља код опште популације износиле, редом, 12,5 промила и 8,8 промила. Сем тога, Роми су, у просеку, у тренутку смрти били чак 12 година млађи у односу на неромско становништво. Наиме, мушкарци који припадају ромској етничкој групацији у тренутку смрти у просеку били стари 57 година, док су жене имале, у просеку, 62 године живота.

Када је реч о узроцима смрти, исти узроци преовлађују и код Рома и код опште популације, будући да припадници обе групе најчешће умиру од болести циркулаторног система и од тумора. Наиме, у 2005. години код готово половине умрлих Рома (46%) је као узрок смрти наведена болест циркулаторног система, док су други по значају тумори, који су узрочник нешто више од петине смртних случајева у ромској популацији. На трећем месту по значају су болести респираторног система, код којих је инциденција смртности нешто виша него код неромског становништва. Структура узрока смрти у 2005. години је приказана у табели која следи.

Табела бр. 10 Структура умрлих према Међународној класификацији болести (X ревизија) у 2005. години

Међународна класификација болести (X ревизија)	Роми	Нероми
I Заразне и паразитарне болести	1,7%	0,5%
II Тумори	21,6%	18,8%
IX Болести циркулаторног система	46,1%	56,9%
X Болести респираторног система	7,0%	4,0%
XI Болести дигестивног система	3,0%	3,4%
XV Трудноћа, порођај и пуерперијум	-	0%
XVI Болести перинаталног периода	0,9%	0,3%
XVII Конгениталне малформације, деформитети и хромозомске абнормалности	0,6%	0,2%
XVIII Симптоми, знакови и абнормални клинички и лабораторијски налази који нису класификовани на другом месту	9,1%	6,1%
XIX Повреде, тровања и последице деловања спољашњих фактора	4,7%	3,6%
Остало	5,3%	6,3%

Извор: Bogdanović et al. (2007).

¹¹⁸ Bogdanović et al. (2007).

5.2.8. Услови становања

Један од разлога зашто су показатељи здравственог стања Рома у Србији неповољнији у односу на општу популацију јесте то што су услови живота у ромским насељима често неадекватни. Наиме, чак 60% домаћинстава која живе у ромским насељима живи у нехигијенским насељима¹¹⁹. То је значајно више у односу на општу популацију, за коју је такође број домаћинстава која живе у нехигијенским условима висок, будући да чине 1/5 укупног броја домаћинстава у Србији. Чак свако десето домаћинство у ромским насељима живи у привременом објекту, а 4% домаћинстава живе у опасном окружењу (оба показатеља на нивоу опште популације су занемарљива и износе 0,1-0,2%). У оваквим објектима је обично на малом простору сконцентрисан већи број укућана, о чему говори податак да више од ¼ становника у ромским насељима дели спаваћу собу са још две или више особа (на нивоу Србије наведено учешће је свега 4%)¹²⁰.

Када је реч о хигијенско-санитарним условима у ромским насељима, иако се не може рећи да су потпуно задовољавајући, ипак је добро то што 86% домаћинстава има пијаћу воду, а 95% домаћинстава има санитарне објекте (при чему половина поменутог броја има тоалет у кући, а друга половина користи пољски тоалет)¹²¹. Међутим, иако код већине домаћинстава постоје макар минимални санитарни услови за одржавање хигијене, има појединаца који немају адекватне хигијенске навике. Наиме, резултати истраживања спроведеног у ромским насељима у Ваљеви¹²² показују да већина испитаника увек пере руке након коришћења тоалета, али и да 17% особа то не чини; а проблематично је и то што је више од половине испитаника изјавило да нема навiku да пере руке када долази споља.

5.2.9. Правни статус

Процењује се да је у Србији 2008. године постојало неколико хиљада грађана, углавном Рома, чији правни субјективитет није признат¹²³. У питању су тзв. „невидљиве“ особе, чије рођење није пријављено, које не поседују никаква лична документа, и које не могу да остварују никаква права, као што су здравствена заштита, социјална помоћ, образовање и др.

Један од главних разлога јесте то што постоје родитељи који не пријављују рођење своје деце. Према подацима из истраживања УНИЦЕФ-а, у ромским насељима је било око 5% деце млађе од 5 година чије рођење није било пријављено¹²⁴.

Процене о укупном броју Рома који нису уписани у књигу рођених, као и о онима који нису уписани у књигу држављана, нису расположиве. Додатни проблем јесте то што се дешава да и особе које су уписане у књигу рођених и књигу држављана не поседују лична документа, или их не мењају када важност документа истекне. Због тога лица која су „невидљива“, као и она која не поседују важеће исправе, не могу да остварују права везано

¹¹⁹ Као нехигијенски услови становања (енг. slum) у студији УНИЦЕФ-а се подразумевају они код којих је испуњен бар један од следећих услова: не постоје извори пијаће воде, не постоје санитарни објекти, животни простор по члану домаћинства је недовољан, објекат није трајан, или не постоји сигурност посуда. Извор: UNICEF (2007), стр. 47.

¹²⁰ UNICEF (2007), стр. 176.

¹²¹ Исто, стр. 171-173.

¹²² Dimitrijević (2009).

¹²³ Praxis (2008), стр. 7.

¹²⁴ UNICEF (2007), стр. 194.

за здравствену заштиту, не могу да примају социјалну помоћ, нити да остварују друга права која би им припадала. Као што је већ напоменуто, из поменутих разлога, односно због непоседовања валидне здравствене легитимације, око 10% Рома се сучило са тим да им је било ускраћено пружање здравствене услуге.¹²⁵

Када је реч о власничким документима, 38% домаћинстава који живе у ромским насељима не поседује документа о власништву објекта у коме живи, што је значајно више у односу на општу популацију, где је то случај код 13% домаћинстава¹²⁶.

5.2.10. Социјални статус

Роми који живе у Србији спадају у најсиромашније слојеве становништва. Наиме, стопа сиромаштва међу Ромима је веома висока, без обзира на то којим показатељем се та стопа мерила. Као што је приказано у Табели бр. 11, 2004. године је готово 60% Рома живело испод апсолутне линије сиромаштва, при чему је 30% њих живело у условима екстремног сиромаштва. Оно што је додатни проблем јесте што је међу Ромима заступљено тзв. хронично сиромаштво, односно генерација за генерацијом живе у условима сиромаштва, и не успевају да се отргну из тога¹²⁷. Посебно су угрожени деца и старије особе, будући да је 68% Рома старијих од 65 година и 63% деце старе до 16 година сиромашно¹²⁸.

Табела бр. 11 Стопе сиромаштва међу Ромима у Србији, 2004. година

Показатељ	Вредност показатеља
<i>Апсолутна линија сиромаштва Светске банке – 430 УСД (по паритету куповне снаге) дневно</i>	
Линија сиромаштва заснована на приходима	58
Линија сиромаштва заснована на расходима	57
Јаз сиромаштва – линија сиромаштва заснована на приходима	27
<i>Апсолутна линија сиромаштва Светске банке – 430 УСД (по паритету куповне снаге) дневно</i>	
Линија сиромаштва заснована на приходима	30
Линија сиромаштва заснована на расходима	26
Јаз сиромаштва – линија сиромаштва заснована на приходима	11
<i>Линија сиромаштва из Стратегије о смањењу сиромаштва 2003.</i>	
Основица заснована на приходима (испод 4.489 динара месечно)	58
Основица заснована на расходима (испод 4.489 динара месечно)	57

Извор: UNDP (2006а), стр. 5.

Могућности сиромашних Рома да изађу из сиромаштва су доста ограничене чињеницом да је стопа незапослености међу Ромима веома висока. Будући да се званични статистички подаци о запослености и другим индикаторима који се односе на тржиште рада прате на нивоу укупне популације, и да подаци који се односе на поједине етничке групе нису комплетни¹²⁹, једини извор података о запошљавању Рома јесу налази појединих теренских истраживања.

¹²⁵ UNDP (2006а), стр. 24.

¹²⁶ UNICEF (2007), стр. 174.

¹²⁷ UNDP (2006а), стр. 5.

¹²⁸ Исто, стр. 6.

¹²⁹ Код попуњавања евиденционог листа о незапосленима у оквиру Националне службе за запошљавање, постоји поље предвиђено за упис податка о националној припадности незапослене особе, али не постоји обавеза да то поље буде попуњено. Извор: Dinkić, Ognjenović (2007а).

Анкета УНДП-а, која је спроведена у јесен 2004. године, показала је да стопа незапослености међу Ромима (мерено као проценат особа које су имале жељу да се запосле, али у референтном периоду нису обављале никакву активност која им је доносила зараду) износи 39%¹³⁰. Оно што је нарочито забрињавајуће јесте да чак 2/3 незапослених Рома никада није имало посао. Главни разлози за овако ниске стопе запошљавања међу Ромима су недостатак образовања и низак ниво компетенција¹³¹.

Недостатак формалног запослења међу Ромима се одражава и у структури прихода које они остварују. Наиме, Роми приликом анкетирања обично не пријављују приходе од рада, а разлог за то је природа послова које обављају, с обзиром да је реч обично о спорадичним пословима (рад у сивој економији, као што су сезонски послови у пољопривреди, грађевинарству, ситној трговини итд.)¹³². У складу с тим су и налази истраживања које је спровео УНДП¹³³, приказани у Табели бр. 12, према којима је највећи број Рома који су у месецу који је претходио истраживању остваривали приходе, зарађивао пре свега обављањем неформалних послова. У 21% случајева анкетирани Роми су зарађивали тако што су били плаћени за послове које су обављали за пријатеље и комшије, а исти проценат је зарадио и сакупљањем и продајом секундарних сировина и половних. Међу осталим неформалним делатностима значајна је неформална продаја на пијацама и на улици, захваљујући којој 10% Рома остварује своје приходе. Свега 17% Рома зарађује тако што прима редовну плату (у државној служби или у предузећима), а само 6% има сопствени бизнис. У структури прихода Рома важна ставка јесу трансфери које примају од државе по различитом основу, као што су пензија, дечји додатак, боловање и сл.

Табела бр. 12 Главни извори прихода Рома

Извор прихода	%
Редовна плата од посла у државној или општинској институцији или фирми	12%
Редовна плата од посла у приватној фирми или организацији	5%
Хонорари од повремених послова у државним институцијама или фирмама	2%
Хонорари од повремених послова у приватним фирмама или организацијама	6%
Плате или хонорари од послова при НВО	1%
Профит из сопственог бизниса	6%
Пензије, укључујући инвалидске и борачке, као боловања	9%
Државна помоћ незапосленима	1%
Стипендије и школарине	-
Дечји додатак, породично боловање, и сл.	10%
Продаја сопствених пољопривредних производа	-
Продаја добара на неформалном тржишту, као што су пијаце, бувље пијаце или на улици	10%
Новац од издавања, интереси, новац од дужника	0%
Финансијска помоћ од НВО, добротворне и хуманитарне донације	3%
Плаћен неформалан рад за комшије или пријатеље	21%
Новац од продаје сакупљених секундарних сировина или половних ствари	21%
Зарада од неформалних личних делатности, као што су коцкање, прошња, прорицање судбине, итд.	6%
Остало	2%
Одбија/не зна	6%

Напомена: подаци се односе на особе које су у месецу који је претходио анкетирању оствариле неки приход.

Извор: UNDP (2006a). стр. 9

¹³⁰ UNDP (2006a).

¹³¹ Dinkić, Ognjenović (2007a).

¹³² Динкић, Бранковић, Тошић, Станисављевић, Ђурић (2007b), стр. 24.

¹³³ UNDP (2006a).

Треба напоменути да су, са становишта запошљавања и остваривања сопствених прихода, посебно угрожене жене, будући да 29% Ромкиња јесу домаћице, а број Ромкиња које су запослене и плаћене за свој рад је чак четири пута мањи него број мушкараца.

Бокс бр. 2 Резултати упоредних истраживања – користи и резултати имплементираних пројеката у оквиру државног сектора

Неопходно је истаћи да постоје истраживања у Србији која указују на проблеме са којима се Роми суочавају у остваривању социјалних права. Тако на пример, у студији „Анализа главних препрека и проблема у приступу Рома праву на социјалну заштиту“, невладина организација PRAXIS оштро критикује српске институције задужене за питања социјалне заштите, пре свега, центре за социјални рад, који социјално угроженим Ромима, према мишљењу изнетом у овој студији, не помажу у остваривању њихових социјалних права, нарочито тиме што им не дају довољно информација око прикупљања докумената која су неопходна за остваривање тих права. Извор: Praxis (2011a).

Чињеница је да у овој области има доста проблема са којима се Роми у пракси суочавају, али се показало да су узроци тих проблема другачије природе. То потврђују резултати до сада имплементираних Пројеката који је предмет наше анализе. Ромске медијаторке, као што смо видели, доста успешно решавају све препреке везане за приступ Рома социјалној заштити и својим активностима обезбеђују остваривање најважнијих социјалних права Рома у Србији. Наиме, неопходно је нагласити да су истраживања везана за опис стања о животу Рома у Србији, као једне од најрањивијих група, веома корисна. Међутим, у пракси је много важније да се препознају могућности и механизми поправљања и искорењивања лошег стања, што, када су Роми у питању, није могуће ово учинити на кратак, већ на дужи рок у коме би се могла добра пракса која произлази из неког пројекта и институционализовати. Министарство здравља је, на бази постојећих истраживања, препознало начин решавања приступа здравственој и социјалној заштити Рома путем иницирања пројекта „Увођење ромских медијаторки у здравствени систем Републике Србије“. Након две и по године од отпочињања реализације овог пројекта показало се да се на овај начин могу решавати животни проблеми са којима су се Роми суочавали дуги низ година, а и данас се суочавају. Али, данас је ситуација у Србији, како резултати наше анализе показују, знатно боља јер је, пре свега, успостављен битно повољнији законодавни оквир и стратешки оквир за успешније решавање тих проблема, што је основна претпоставка за имплементацију Пројекта о запошљавању ромских медијаторки. Свакако, законодавни оквир треба стално усавршавати на основу праксе, посебно у области социјалне заштите, али се показало да ни добра законска решења нису применљива уколико се не успостави директан контакт са ромском популацијом због, још увек традиционалног начина живота ове популације, не само у Србији, већ и у земљама Европске уније. У томе се огледа огроман значај увођења и имплементације Пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки“.

5.3. АНАЛИЗА ПОДАТАКА О РАДУ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ, У ПЕРИОДУ ОД 2008. ДО 2010. ГОДИНЕ

У периоду од 2008. до 2010. године, Министарство здравља Републике Србије је, уз помоћ донатора, ангажовало 60 ромских медијаторки¹³⁴. Оне су распоређене по домовина здравља Републике Србије, при поливалентној патронажној служби.

Након годину дана од почетка запошљавања медијаторки (са радом су отпочеле маја 2008.), Радна група при Министарству здравља је, 2009. године, анализирао рад

¹³⁴ У 2011. години ангажовано је још 15 медијаторки, чије накнаде за рад финансира Фонд за отворено друштво.

медијаторки у протеклом периоду и дошла до закључка да је неопходно да се програм њиховог рада редефинише и прошири. Урађен је Протокол на основу кога је развијан рад медијаторки по областима значајним за евидентирање стања здравља Рома и по активностима које треба да буду реализоване у наредном периоду од стране ангажованих медијаторки. На тај начин је омогућено остваривање резултата побољшања здравља Рома у складу са Акционим планом којим је обезбеђена реализација циљева утврђених у Декларацији Декаде инклузије Рома коју је српска влада потписала, као и циљева, активности и приоритета утврђених у Стратегији за унапређивање положаја Рома.

Министарство здравља Републике Србије је припремило Приручник за здравствене медијаторе који је, у сарадњи са OEBS-ом и Европском унијом, публикован. Овај Приручник је намењен медијаторкама, има едукативни карактер са циљем да се медијаторке упознају са проблемима Рома и да се кроз свој рад истрајно боре да се ромска популација истински интегрише у здравствени и друштвени систем Србије. Својим садржајем он упућује медијаторке да буду прва „линија помоћи“ у процесу инклузије Рома и да својим радом покажу да и Роми, као и сви остали грађани Србије, могу у свим областима да остварују законска права и дужности.¹³⁵ Међутим, искуство је показало да им је за то неопходан директан подстицај, а који ће током реализације овог Пројекта, добијати од здравствених медијаторки које ће са њима радити приликом реализације активности које су утврђене у пројектном задатку.

Након годину дана рада медијаторки, радна група Министарства здравља је припремила нови програм рада за медијаторке који, пре свега, обухвата:

- Посете свакој ромској породици на територији коју покрива дом здравља у коме је медијаторка ангажована и у свим насељима где живе Роми (картонска, на депонијама и др.), као и ромским породицама које живе у нужном смештају
- Евидентирање посета у складу са Протоколом и месечно извештавање Министарства здравља о томе електронским путем
- Коришћење издатог Приручника за здравствене медијаторе при реализацији активности од стране медијатора
- Проширење едукације медијаторки (месечне обуке) на све области којима се оне баве
- Стално спровођење васпитно здравственог рада на терену кроз рад у малим групама и кроз осмишљене разговоре
- Медијаторкама је обезбеђен сав потребан материјал за рад на терену, а омогућено им је и штампање едукативног материјала (календар вакцинације, флајери, постери)
- Свака медијаторка има своју идентификациону картицу са личним бројем. Картице издаје Министарство здравља.¹³⁶

На Првом симпозијуму здравствених медијаторки одржаног у септембру 2009. године је констатовано да су измене у програму рада медијаторки дале веома добре резултате, да је остварена изузетна сарадња између медијаторки и патронажних сестара и да је неопходно интензивирати рад на едукацији медијаторки за нов изазов „Медијаторке у улози едукатора“.

¹³⁵ „Некада је помоћи, најплеменитије што човек може урадити а код Рома то често значи живот.“, извод из уводне речи проф. др Томице Милосављевића, тадашњег Министра здравља у Влади Републике Србије. Извор: Министарство здравља (2009а).

¹³⁶ Министарство здравља (2010).

Ромске здравствене медијаторке раде у локалној заједници, у дому здравља и у њиховом насељу за које су добиле надлежност.

Бокс бр. 3 Улога ромске здравствене медијаторке

Шта ради здравствена медијаторка

- СЛУША
- РАЗУМЕ
- ИМА ЖЕЉУ ДА ПОМОГНЕ
- ЗНА КО МОЖЕ ДА ПОМОГНЕ
- ПОВЕЗУЈЕ ОНОГА КОМЕ ТРЕБА ПОМОЋ СА ОНИМА КОЈИ МОГУ ДА ПОМОГНУ

Како ради здравствена медијаторка

- Слуша пажљиво
- Нема предрасуде
- Не изиграва свемоћног
- Добро сарађује са свима
- Не улази у конфликте
- Једнако према свима

Извор: Министарство здравља (2009а).

Усвојен Протокол представља, са једне стране, усмерење медијаторки ка областима које својим радом треба да обухвате, а са друге стране, евидентирање оног што су урадиле и обавезу достављања извештаја о раду са подацима унетим у табеларни приказ Протокола. То омогућава сагледавање и анализирање резултата њиховог рада.

Садржај Протокола, у аналитичком смислу, се може поделити на два дела:

(1) евидентирање стања код ромске популације са свих аспеката утврђених у Протоколу, и

2) активности здравствених медијаторки кроз пружање услуга Ромима везаних за побољшање њиховог здравственог и социјалног стања.

Стога ће, анализа која следи, бити систематизована у оквиру две подтачке како би се јасније и ефикасније сагледали резултати рада медијаторки у протеклом периоду.

5.3.1. Анализа евидентираног стања код ромске популације од стране ромских здравствених медијаторки

У овом делу студије анализирају се подаци прикупљени током првих посета медијаторки. Реч је о показатељима здравственог стања Рома, материјалног положаја, образовног нивоа, и др. Важно је напоменути да је реч о подацима које су медијаторке забележиле приликом прве посете ромским домаћинствима, тако да они **приказују затечено стање, и њима нису обухваћене активности које су медијаторке предузеле** како би Ромима помогле да побољшају свој статус.

Као што је напоменуто у претходној тачки, пројекат увођења ромских здравствених медијаторки у домове здравља у Србији је заживео у мају 2008. године. Врло брзо се указала потреба да се резултати рада медијаторки прате на детаљан и што свеобухватнији

начин. Због тога је од фебруара 2009. године уведен протокол, у који медијаторке уносе велики број података које прикупљају.

Имајући то у виду, подаци који се анализирају у овом делу највећим делом се односе на 2009. и 2010. године, с обзиром да се у 2008. евидентирање стања ромске популације и активности медијаторки није вршило на овако свеобухватан начин.

5.3.1.1. Основни демографски подаци

Током посета које су обављене у периоду 2008-2010. године, медијаторке су пописале више од 126 хиљада лица. У наведеној структури доминирају малолетна лица, са учешћем од око 40% у укупној популацији, док међу пунолетним лицима има нешто више жена него мушкараца. Наведени подаци су приказани у Табели бр. 13.

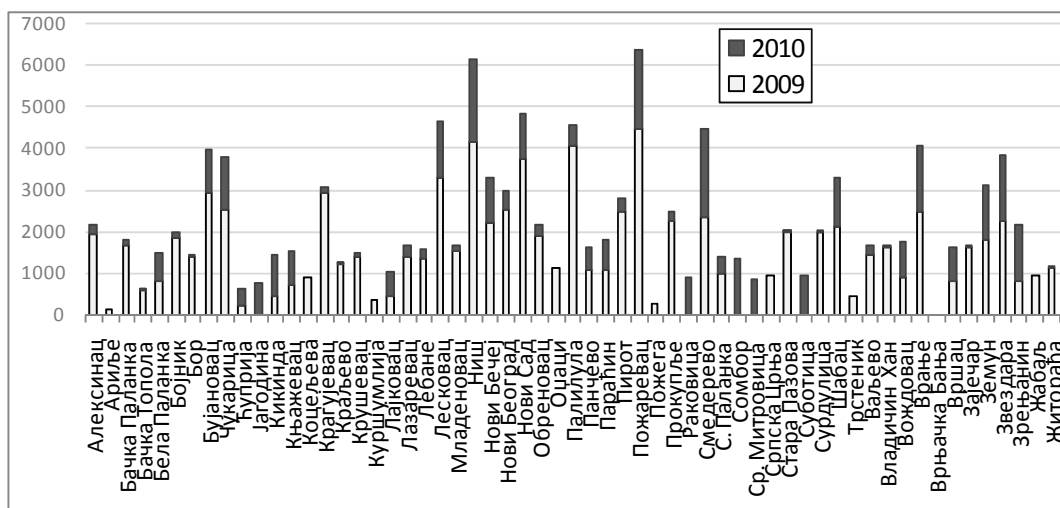
Табела бр. 13 Број евидентираних Рома

Година		Укупни број	Мушкарци	Жене	Деца
2008	Број	3.354	-	-	1.454
	%	-	-	-	43%
2009	Број	88.709	25.522	27.133	36.054
	%	100%	29%	31%	41%
2010	Број	34.397	9.996	10.920	13.481
	%	100%	29%	32%	39%
Укупно	Број	126.460	-	-	50.989
Укупно за 2009. и 2010.	Број	123.106	35.518	38.053	49.535
	%	100%	29%	31%	40%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Највећи број Рома је евидентиран на територијама општина Лесковац, Ниш, Нови Сад, Палилула, Пожаревац, Смедерево и Врање, и у свакој од њих је евидентирано по више од 4 хиљаде особа.

Графикон бр. 2 Број Рома које су ромске здравствене медијаторке евидентирале током 2009. и 2010. године – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Од укупног броја Рома за које је евидентиран достигнути највиши ниво образовања у периоду 2008-2010. године, чак 40% особа је било без завршене основне школе. Завршену основну школу је имало нешто мање од половине особа које су се изјасниле о својим образовним квалификацијама, док је тек свака десета особа завршила средњу школу. Преглед наведених података по годинама када су евидентирани дат је у Табели бр. 14.

Табела бр. 14 Степен образовања и запосленост евидентираних Рома

Година		Степен образовања			Запосленост	
		Без школе	До осмог разреда основне школе	Средња школа	Запослени	Незапослени
2008	Број	1.142	592	208	-	-
	%	59%	30%	11%	-	-
2009	Број	22.472	23.603	4.789	8.865	41.604
	%	44%	46%	9%	18%	82%
2010	Број	7.030	11.397	2.489	5.756	15.143
	%	34%	54%	12%	28%	72%
Укупно	Број	30.644	35.592	7.486	14.621	56.747
	%	42%	48%	10%	20%	80%

Напомене: приказани су подаци само за особе за које је евидентиран статус образовања или запослења. Подаци се не односе само на одрасле особе, већ и на особе млађе од 19 година које су окончале школовање или су се запослиле.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Посматрано по општинама, образовна структура евидентираних ромског становништва је нарочито неповољна у појединим општинама на југу Србије. Најлошија ситуација је у Бојнику, где је, од укупног броја Рома за које је евидентиран достигнути ниво образовања, за чак 85% лица утврђено да немају завршену основну школу. У Лебану и Коцељеви учешће ових лица износи преко $\frac{3}{4}$, док у Новом Београду више од $\frac{2}{3}$ лица за које је евидентиран статус образовања није завршило основну школу.

За особе које током образовања нису стекле одређене квалификације може се очекивати да ће бити теже запошљиве. То потврђују подаци које су прикупиле ромске здравствене медијаторке. Наиме, међу особама за које је евидентирано да ли су формално запослене или нису, учешће оних који су запослени је било веома ниско, и износило је свега 20%.

5.3.1.2. Карактеристике евидентираних домаћинстава

Током 2009. и 2010. године медијаторке су обишле и евидентирале више од 35 хиљада ромских домаћинстава¹³⁷. У највећем број случајева реч је о домаћинствима у којима су заступљене две генерације (родитељи и деца), а на другом месту по заступљености су домаћинства у којима живи више од две генерације. Учешће једногенерацијских ромских домаћинстава је релативно мало. Преглед основних карактеристика евидентираних ромских домаћинстава је дат у Табели бр. 15.

¹³⁷ За 2008. годину нису расположиви подаци о броју домаћинстава која су евидентирана током првих посета медијаторки.

Табела бр. 15 Карактеристике евидентираних домаћинстава

Година	Број домаћинстава	Тип домаћинства према генерацији				Врста брачне заједнице			
		Једногенерацијско	Двогенерацијско	Вишегенерацијско	Није познато	Брачна	Ванбрачна	Непотпуна ^{*)}	
2008	Број	-	-	560	315	-	427	290	202
	%	-	-	-	-	-	46%	32%	22%
2009	Број	25.370	4.374	15.211	4.835	950	10.839	10.254	5.981
	%	100%	17%	60%	19%	4%	40%	38%	22%
2010	Број	10.079	236	4.757	4.984	102	4.937	4.684	509
	%	100%	2%	47%	49%	1%	49%	46%	5%
Укупно за 2009. и 2010.	Број	35.449	4.610	19.968	9.819	1.052	15.776	14.938	6.490
	%	100%	13%	56%	28%	3%	42%	40%	17%

^{*)} Под непотпуним брачним заједницама се подразумевају удовице, удовци и самохрани разведени родитељи.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Као што се може видети из приказане табеле, међу евидентираним ромским домаћинствима у приближно сличној мери су заступљене брачне и ванбрачне заједнице. Географски посматрано, брачне заједнице имају највише релативно учешће у општинама јужне Србије, док је, у просеку, у београдским општинама забележено релативно највише учешће ванбрачних заједница.

У више од 2/3 случајева евидентирана ромска домаћинства су становала у сопственим кућама. Територијално посматрамо, високо учешће оваквог вида становања је забележено у већини општина јужне и источне Србије. На другом месту по значају је смештај који је декларисан као нужни, односно претежно је реч о привременим објектима који су смештени у нехигијенским насељима. У 2009. години чак ¼ евидентираних домаћинстава години је становала у оваквом виду смештаја, док је 2010. године то био случај са готово 1/5 евидентираних домаћинстава. Нужни смештај је најзаступљенији на територији Новог Београда, будући да је у оваквом виду смештаја становало 87% домаћинстава евидентираних 2009. године, односно сва домаћинства евидентирана током 2010. Мали број ромских породица има статус подстанара, и овакав вид становања је у просеку процентуално највише заступљен у појединим војвођанским општинама.

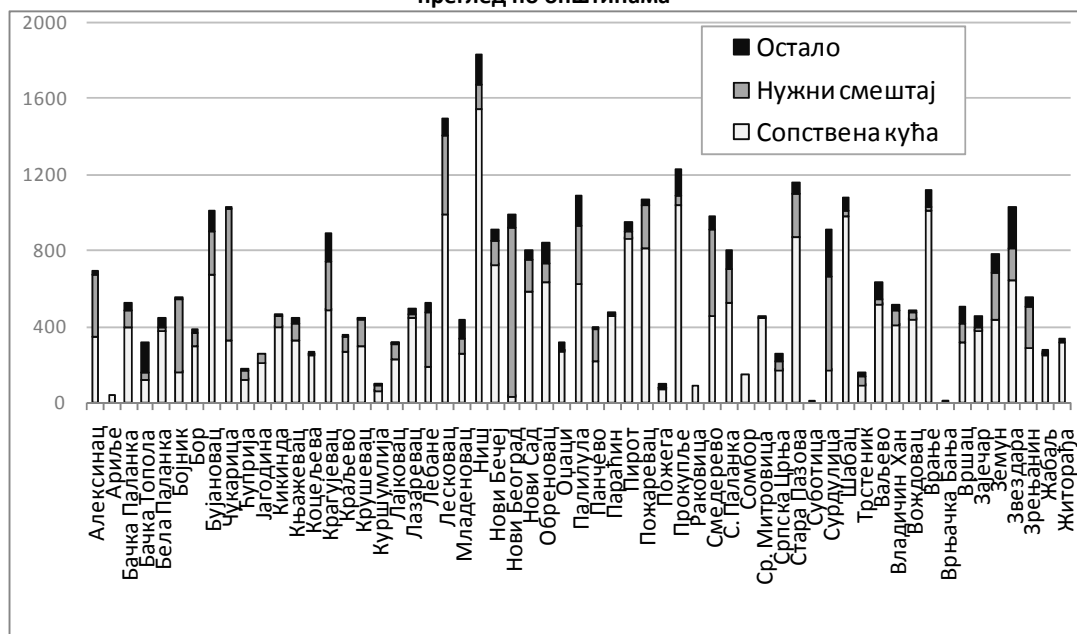
Табела бр. 16 Начин становања евидентираних домаћинстава

Година	Начин становања				
	Сопствена кућа	Подстанар	Нужни смештај ^{*)}	Није познато	
2008	Број	624	60	110	-
	%	-	-	-	-
2009	Број	16.951	2.027	6.207	185
	%	67%	8%	24%	1%
2010	Број	7.129	743	1.956	251
	%	71%	7%	19%	2%
Укупно за 2009. и 2010.	Број	24.080	2.770	8.163	436
	%	68%	8%	23%	1%

^{*)} Под нужним смештајем подразумевају се објекти привременог карактера, као што су објекти грађени од картона и дасака, објекти с лименим кровом, објекти без струје и воде и сл.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Графикон бр. 3 Начин становања домаћинстава евидентираних у 2009. и 2010. години (збирно) – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

5.3.1.3. Репродуктивно здравље жена¹³⁸

Међу евидентираним Ромкињама доминирају особе које су у генеративном периоду. Наиме, међу женама за које је током 2009. и 2010. евидентиран генеративни статус, 63% су чиниле жене у генеративном периоду, а 37% су биле жене у постгенеративном периоду. Учешће жена у генеративном периоду је највише у београдској општини Палилула, где износи чак 85%, а високо учешће, које износи више од $\frac{1}{4}$ укупног

¹³⁸ Приликом евидентирања чланова домаћинства, као жене су евидентиране особе женског пола старе 19 и више година. Међутим, број корисница појединих здравствених услуга може да буде већи од броја евидентираних жена, уколико су кориснице биле поједине особе женског пола млађе од 19 година (нпр. малолетне труднице или породиље).

броја евидентираних жена, постоји и у општинама Крушевац, Земун, Крагујевац и Куршумлија. С друге стране, у општини Вождовац у структури жена доминирају оне које су у постгенеративном периоду, док је у Зајечару, Ћуприји, Коцељеви, Новом Бечеју и Ваљеву учешће евидентираних Ромкиња у генеративном и постгенеративном периоду на приближно сличном нивоу.

Табела бр. 17 Показатељи генеративног статуса жена

Година		Генеративни период	Постгенеративни период	Није познато
2009	Број	17.609	8.155	1.369
	%	65%	30%	5%
2010	Број	6.362	4.555	3
	%	58%	42%	0%
Укупно	Број	23.971	12.710	1.372
	%	63%	33%	4%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Стање здравствене заштите жена, према евиденцији ромских здравствених медијаторки, не може се оценити као задовољавајуће, с обзиром да је за свега око половине одраслих Ромкиња приликом прве посете евидентирано да су имале изабраног гинеколога.

Табела бр. 18 Показатељи здравственог статуса жена – стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

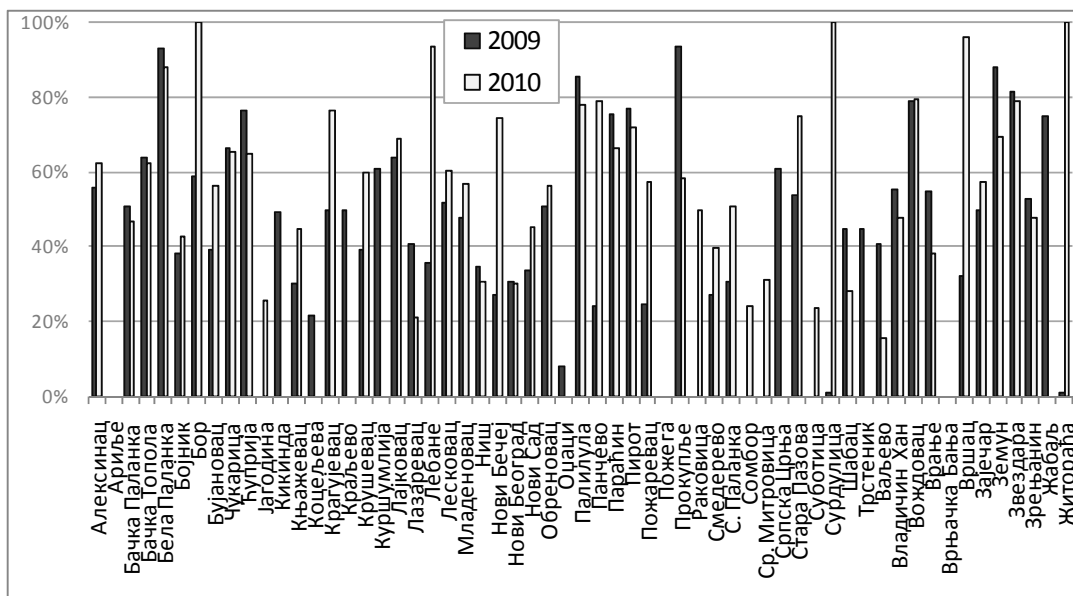
Година		Изабрани гинеколог			Гинеколошки прегледи	
		Да	Не	Није познато	Урађен систематски преглед ^{а)}	Урађена мамографија ^{б)}
2009	Број	13.041	12.370	1.722	1.992	190
	%	48%	46%	6%	15%	2%
2010	Број	5.663	5.253	4	1.192	0
	%	52%	48%	0%	21%	0%
Укупно	Број	18.704	17.623	1.726	3.184	190
	%	49%	46%	5%	17%	1%

Напомене: ^{а)} Структура је дата у односу на број жена за које је евидентирано да имају изабраног гинеколога. ^{б)} Структура је дата у односу на број жена за које је евидентирано да су у постгенеративном периоду.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Стање је било посебно забрињавајуће у општинама Ариље и Пожега, у којима ниједна евидентирана одрасла Ромкиња није имала изабраног гинеколога. Ситуација је по овом питању нешто боља у београдским општинама Палилула, Звездара, Земун и Вождовац, где учешће Ромкиња које имају изабраног гинеколога износи 80% и више.

Графикон бр. 4 Процент жена за које су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног гинеколога – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Посебно је забрињавајуће то што чак и жене које имају изабраног гинеколога у веома малом проценту редовно контролишу своје здравствено стање. Подаци показују да је свега 17% Ромкиња за које је током 2009. и 2010. године евидентирано да имају изабраног гинеколога, обавило систематски преглед.

Када је реч о специфичнијим врстама прегледа, као што је мамографија, на основу података које су прикупиле ромске здравствене медијаторке, може се утврдити да је свега 1,5% жена, за које је током 2009. и 2010. евидентирано да су у постгенеративном периоду, обавило мамографски преглед¹³⁹.

Евидентирање здравственог статуса трудница је од посебног значаја, и то нарочито евидентирање и праћење ризичних трудноћа. То је нарочито важно имајући у виду да се свака осма трудноћа које су ромске здравствене медијаторке евидентирале током 2009. и 2010. године водила као ризична.

Од јуна 2009. године започело је евидентирање тога да ли су труднице обавиле контролни гинеколошки преглед. На основу података прикупљених током првих посета, може се констатовати да је мање од половине трудница (42%) евидентираних од јуна 2009. до краја 2010. године обавило контролни гинеколошки преглед. Најлошија ситуација је била у општини Жабаљ, где ниједна трудница евидентирана у наведеном периоду није посетила гинеколога, а неповољна ситуација је регистрована и у Вршцу, Српској Црњи, Лебану и Обреновцу, где наведени преглед није обавило више од $\frac{3}{4}$ трудница. Важан показатељ у овом контексту јесте и број обављених контролних прегледа бабињара, који показује да је у 2010. години 82% бабињара изјавило да је обавило контролни преглед.

¹³⁹ Треба напоменути да мамограф није доступан у свим срединама у Србији. Скрининг још није почео да се примењује, тако да се за сада раде циљани прегледи са упутом гинеколога.

Табела бр. 19 Показатељи здравственог статуса породиља и бабињара - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година	Труднице					Бабињаре		
	Број регистрованих трудница	Број ризичних трудноћа	Урађена гинеколошка контрола труднице ^{а)}			Број бабињара	Урађен контролни преглед бабињаре	
			Да	Није се јављала лекару	Није познато			
2009	Број	1.219	171	309	217	257	584	-
	%		14%	39%	28%	33%		-
2010	Број	588	50	279	292	17	123	101
	%		9%	47%	50%	3%		82%
Укупно	Број	1.807	221	588	509	274	707	-
	%		12%	43%	37%	20%		-

Напомене: ^{а)} Подаци се односе на период почевши од јуна 2009. године, када је почела да се води евиденција о томе да ли су труднице обавиле контролни гинеколошки преглед.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Одређен број жена генеративног периода се током претходних година порађао код куће, тако да су ромске здравствене медијаторке приликом обављених посета евидентирале 136 оваквих случајева.

5.3.1.4. Деца

У протоколима ромских здравствених медијаторки као деца се евидентирају особе млађе од 19 година. У периоду 2008-2020. ромске здравствене медијаторке су евидентирале 51.000 деце. Као што је већ поменуто, учешће деце у структури укупног броја евидентираних Рома је високо, и износи око 40%.

Када је реч о старосној структури деце, у просеку нешто мање од 1/10 деце која су евидентирана током 2009. и 2010. години су била одојчад, око 30% су деца предшколског узраста, док деца школског узраста имају учешће од око 60% у укупном броју евидентираних ромске деце. Приказ наведених података је дат у Табели бр. 20.

Табела бр. 20 Евидентирана деца према узрасту

Година	Одојчад (0-12 месеци)	Деца старости 1-5 година	Деца старости 6-18 година	Није познато	Укупно
2008	Број	-	-	-	1.454
	%	-	-	-	100%
2009	Број	2.307	11.301	22.170	36.064
	%	6%	31%	61%	100%
2010	Број	1.760	3.741	7.952	13.481
	%	13%	28%	59%	100%
Укупно за 2009. и 2010.	Број	4.067	15.042	30.122	49.545
	%	8%	30%	61%	100%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Од укупног броја деце која су евидентирана током 2009. и 2010. године, у просеку око 2/3 њих је имало изабраног педијатра, док око 30% деце није имало изабраног лекара. Показатељи, приказани у Табели бр. 21, који се тичу одојчади и деце узраста 1-18 година, крећу се у сличним оквирима као и за укупан број деце.

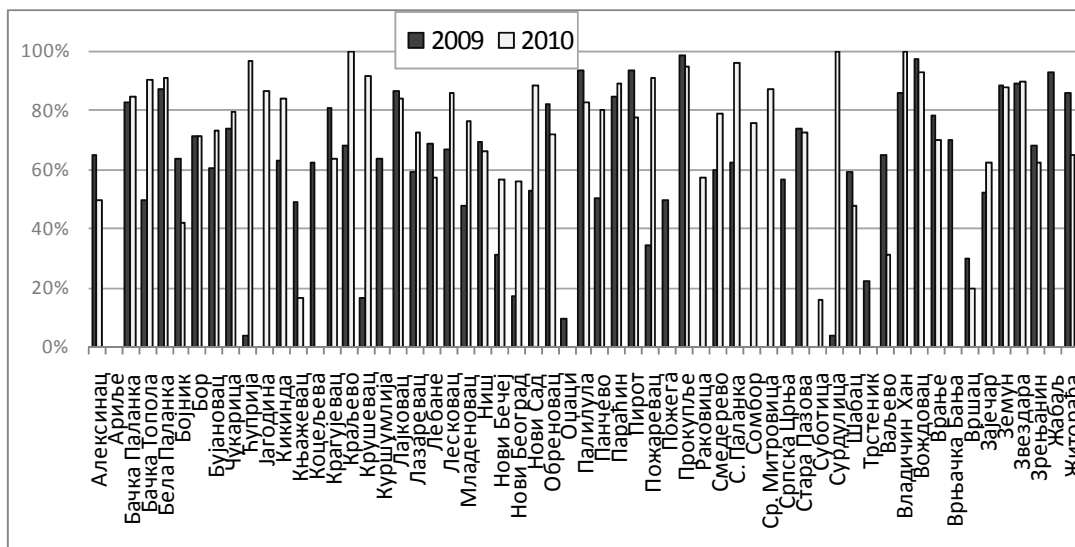
Табела бр. 21 Деца која имају изабраног лекара - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година		Одојчад (0-12 месеци)			Деца (1-18 година)			Укупно		
		Да	Не	Није познато	Да	Не	Није познато	Да	Не	Није познато
2009	Број	1.368	845	94	21.663	10.319	1.489	23.031	11.164	1.869
	%	59%	37%	4%	65%	31%	4%	64%	31%	5%
2010	Број	1.311	448	1	8.397	3.147	149	9.708	3.595	178
	%	74%	25%	0%	72%	27%	1%	72%	27%	1%
Укупно	Број	2.679	1.293	95	30.060	13.466	1.638	32.739	14.759	2.047
	%	66%	32%	2%	67%	30%	4%	66%	30%	4%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Посматрано по појединачним општинама, стање се чини доста забрињавајућим у Ариљу, где је медијаторка приликом прве посете утврдила да ниједно ромско дете није имало изабраног педијатра. Затечено стање није било много боље ни у Сурдулици (92% деце није имало изабраног педијатра), Оџацима (87%) и Суботици (84%). Ромска деца су најбоље укључена у здравствени систем у Прокупљу и Пироту, и у београдским општинама Вождовац, Палилула, Земун и Звездара, с обзиром да је око 90% и више евидентиране деце имало изабраног педијатра.

Графикон бр. 5 Процент деце за коју су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног педијатра – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Процент деце за коју је током 2009. и 2010. евидентирано да су комплетно обухваћена вакцинацијом у просеку износи 62%, што је сличан проценат као у случају деце која имају изабраног лекара. Поред тога, око ¼ деце је обухваћено вакцинацијом, али некомплетно, док учешће деце која уопште нису вакцинисана у просеку износи 4%.

Табела бр. 22 Вакцинација деце - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година	Одојчад (0-12 месеци)				Деца (1-18 година)				Укупно						
	Комплетно	Некомплетно	Без вакцина	Није познато	Комплетно	Некомплетно	Без вакцина	Није познато ^{*)}	Комплетно	Некомплетно	Без вакцина	Није познато ^{*)}			
2009	Број	1.087	919	215	86	Број	22.223	7.274	1.262	2.712	Број	23.310	8.193	1.477	3.084
	%	47%	40%	9%	4%	%	66%	22%	4%	8%	%	65%	23%	4%	9%
2010	Број	779	787	168	26	Број	6.750	2.944	478	1.521	Број	7.529	3.731	646	1.575
	%	44%	45%	10%	1%	%	58%	25%	4%	13%	%	56%	28%	5%	12%
Укупно	Број	1.866	1.706	383	112	Број	28.973	10.218	1.740	4.233	Број	30.839	11.924	2.123	4.659
	%	46%	42%	9%	3%	%	64%	23%	4%	9%	%	62%	24%	4%	9%

*) Деца старости 15-18 година не подлежу вакцинацији, тако да се највећи број деце за коју није познат статус вакцинације односи на децу наведеног узраста.

Напомена: комплетна вакцинација значи да је дете примило све вакцине, и да су извршене све ревакцинације, предвиђене за дати узраст. Некомплетна вакцинација значи да је примљена једна доза вакцина, али да нису извршене ревакцинације.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Међутим, оно што се учача јесте да су деца старијег узраста боље обухваћена вакцинацијом у односу на одојчад. Наиме, док се показатељи за децу узраста 1-18 година крећу на истом нивоу као за укупан број деце, у случају одојчади показатељи су мање повољни. Од укупног броја одојчади регистроване током 2009. и 2010. године, у просеку око 45% је било комплетно и 40% некомплетно вакцинисано, док свако десето одојче уопште није било вакцинисано.

С тим у вези, важно је напоменути да искуства Министарства здравља показују да је обухват деце вакцинацијом много бољи у школском узрасту него пре тога. Разлог за то лежи у чињеници да су за вакцинацију предшколске деце одговорни родитељи и изабрани педијатар, док се вакцинација школске деце обавља организовано, у самим школама, или довођењем деце из школа у домове здравља. То исто важи и за ромску децу. Међутим, код њих додатни проблем настаје онда када напусте школу, у којим случајевима ромска деца остају некомплетно вакцинисана.

Посматрано по појединачним општинама, вакцинација деце је најкомплетније спроведена у Оџацима, где је 95% регистроване деце било комплетно вакцинисано, а добра покривеност деце вакцинацијом постоји и у Крагујевцу и Сурдулици, где овај проценат износи око 90%.

Током 2009. и 2010. године ромске здравствене медијаторке су евидентирале више од 4.000 одојчади, која у структури укупног броја деце учествују са 8%.

Одојчад у ромским породицама у већини случајева сиса, што је веома добар показатељ. Наиме, на основу података које су ромске здравствене медијаторке прикупиле током 2009. и 2010. године, може се видети да је 57% укупног броја евидентираних одојчади искључиво било дојено, док је свега 5% евидентираних одојчади искључиво храњено адаптираним млеком. Такође, код 1/3 евидентираних одојчади су почеле да се уводе намирнице које се користе у редовној исхрани.

Табела бр. 23 Број одојчади (0-12 месеци) и њихова исхрана - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година	Број одојчади	Ризична одојчад	Исхрана				
			Природна (мајчино млеко)	Вештачка (адаптирано млеко)	Мешовита *)	Није познато	
2009	Број	2.307	62	1.164	216	837	90
	%		3%	50%	9%	36%	4%
2010	Број	1.760	240	1.146	4	605	5
	%		14%	65%	0%	34%	0%
Укупно	Број	4.067	302	2.310	220	1.442	95
	%		7%	57%	5%	35%	2%

*) Поред дојења или коришћења адаптираног млека, одојчад су почела да се прехрањују намирницама које се користе у редовној исхрани.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Табела бр. 24 Укљученост деце у образовни систем - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година	Редовна школа	Специјална школа	Ванредно школовање	Непотпуно школовање	Није укључено до 10. године *)	Није укључено 10-18. године *)	
2009	Број	13.693	1.688	207	1.607	1.472	1.496
	%	68%	8%	1%	8%	7%	7%
2010	Број	5.309	365	134	532	1.114	622
	%	66%	5%	2%	7%	14%	8%
Укупно	Број	19.002	2.053	341	2.139	2.586	2.118
	%	67%	7%	1%	8%	9%	8%

*) Показатељ се односи на децу која би, с обзиром на наведени узраст, требало да буду укључена у школски систем, али која не похађају школу (основну или средњу)

Напомена: процентуални показатељи су дати у односу на укупан број деце за коју је евидентирана укљученост у образовни систем.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Подаци који су прикупили ромске здравствене медијаторке указују на то да ниво укључености ромске деце у образовни систем није задовољавајући. Наиме, од укупног броја деце за коју је током 2009. и 2010. године евидентирано да ли су укључена у школски систем, нешто преко 21 хиљаде деце, односно око $\frac{3}{4}$, је похађало школу. Око $\frac{2}{3}$ евидентираних, односно 19 хиљада деце, је похађао редовну наставу, док је специјалну школу похађало 7% деце за коју је евидентиран школски статус, док се 1% деце школовао ванредно. Прикупљени подаци показују да свако четврто дете не похађа школу, било зато што су је напустили пре завршетка школовања, било зато што је никада нису ни уписали. Оно што је такође забрињавајуће је то што, чак и када је реч о деци која су укључена у образовни систем, висок проценат њих похађа специјалне школе, а не редовне.

На основу података прикупљених током првих посета које су остварене у 2009. и 2010. години, може се констатовати да у просеку свако друго евидентирано дете прима дечји додатак. С друге стране, у просеку у 20% случајева дечји додатак није остварен, иако би породица на то могла да има право. Разлози за то могу да буду различити: родитељи нису упознати с тим шта је потребно да ураде да би остварили право на дечји додатак, деца нису уписана у књигу рођених, тешкоће у прибављању неког од потребних докумената и сл. Наведени подаци могу бити и потцењени, с обзиром да евиденција оствареног права на дечји додатак није потпуна, и да за значајан проценат деце није познато да ли имају или немају право на дечји додатак, и да ли су то право остварили. С тим у вези, треба напоменути да породица има право на дечји додатак за четворо деце, тако да у породицама са петоро или више деце најмлађа деца неће имати право на дечји додатак¹⁴⁰.

Табела бр. 25 Остварен дечји додатак - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година		Остварен	Неостварен
2009	Број	20.397	8.860
	%	57%	25%
2010	Број	5.694	1.791
	%	42%	13%
Укупно	Број	26.091	10.651
	%	53%	21%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

5.3.1.5. Млади

У протоколима ромских здравствених медијаторки као млади су означаване особе старости 19-26 година. У просеку, они учествују са $\frac{1}{5}$ у броју евидентираних одраслих особа у 2009. и 2010. години, а у укупном броју евидентираних особа (укључујући децу) они учествују са 12%¹⁴¹.

Образовни статус младих је веома незадовољавајући, јер свега 1% евидентираних младих особа похађа академске или струковне студије. Ове особе се у великом броју случајева посвећују бризи о породици, о чему говори податак да је у 2010. $\frac{2}{3}$

¹⁴⁰ Закон о финансијској подршци породици са децом, Службени гласник РС бр. 16/02, 115/05, 107/09.

¹⁴¹ Особе старости 19-26 година се евидентирају од јула 2009. године, тако да њихово учешће у структури евидентираних особа у 2009. није у потпуности обухваћено.

евидентираних младих особа било у брачној или ванбрачној заједници. Формалне брачне заједнице међу младим Ромима нису уобичајене, с обзиром да је у 2010. свака друга евидентирана млада особа била у ванбрачној заједници.

Табела бр. 26 Показатељи статуса евидентираних младих особа (19-26 година)

Година	Број младих	Студенти	Брачно стање				
			У брачној заједници	У ванбрачној заједници	Није у браку	Није познато	
2009	Број	5.889	131	3.011	-	-	2.878
	%		2%	51%	-	-	49%
2010	Број	8.742	65	1.700	4.146	2.890	6
	%		1%	19%	47%	33%	0%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Статус запослености младих Рома је изузетно неповољан. Наиме, као што је приказано у табели датај испод, у просеку чак 85% евидентираних младих особа је незапослено. Међутим, треба имати у виду да се подаци односе на формално запослење, тако да се на основу прикупљених података не може сазнати који проценат младих остварује приходе по основу рада у сивој економији.

Табела бр. 27 Запосленост евидентираних младих особа (19-26 година)

Година		Запослени	Незапослени	Није познато
2009	Број	930	4.700	259
	%	16%	80%	4%
2010	Број	985	7.691	66
	%	11%	88%	1%
Укупно	Број	1.915	12.391	325
	%	13%	85%	2%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Оно што се може уочити јесте да се чини да су могућности за запошљавање младих Рома у неким општинама мало боље него у другим. То је нарочито случај у појединим београдским општинама (Земун, Нови Београд, Лазаревац и Палилула), као и у Алексинцу, где је, у просеку, више од 30% младих особа евидентираних током 2009. и 2010. године било формално запослено.

5.3.1.6. Одрасле особе

Када је реч о здравственом статусу одраслих особа, нешто више од половине одраслих особа које су евидентирани у 2009. и 2010. години је имало изабраног лекара, док га чак свака трећа особа није имала. Приказ података према годинама када су прикупљени дат је у Табели бр. 28.

Табела бр. 28 Показатељи здравственог статуса одраслих мушкараца и жена - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

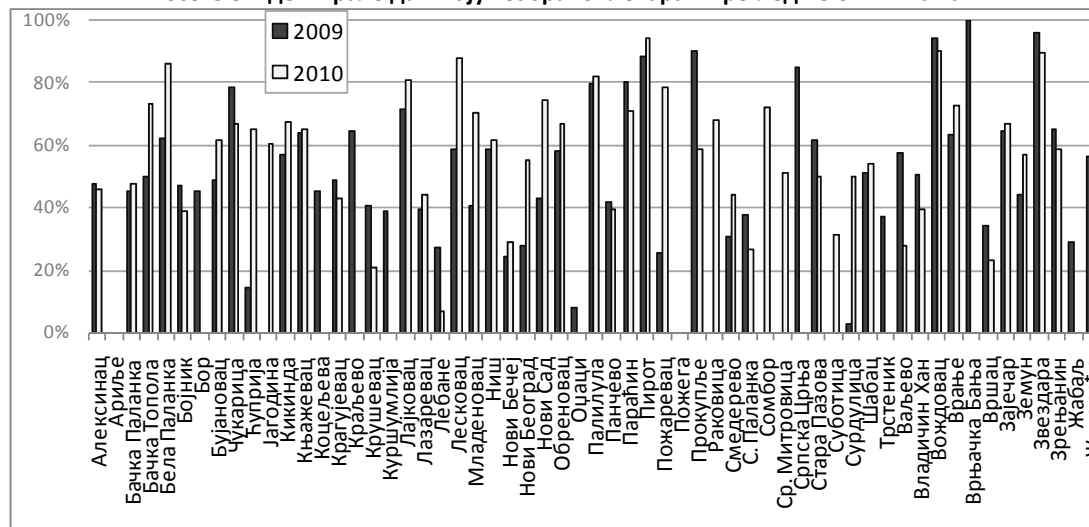
Година		Изабрани лекар			Вакцинација (Те, Ал, Еувакс)			
		Да	Не	Није познато	Комплетно	Некомплетно	Без вакцина	Није познато
2009	Број	27.375	19.068	6.212	1.483	1.616	3.492	46.064
	%	52%	36%	12%	3%	3%	7%	87%
2010	Број	13.161	7.543	212	34	24	221	20.637
	%	63%	36%	1%	0%	0%	1%	99%
Укупно	Број	40.536	26.611	6.424	1.517	1.640	3.713	66.701
	%	55%	36%	9%	2%	2%	5%	91%

Напомена: комплетна вакцинација значи да је особа примила све предвиђене вакцине, укључујући и ревакцинације, док некомплетна вакцинација значи да је примљена једна доза вакцина, али да нису извршене ревакцинације.

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Ситуација је значајно боља у београдским општинама Вождовац и Звездара, где је више од 90% одраслих Рома евидентираних током 2009. и 2010. године током прве посете медијаторки изјавило да има изабраног лекара, као и у Пироту, Прокупљу и Српској Црњи, где се то односило на више од 80% одраслих особа. С друге стране, у Сурдулици и Оџацима свега око 10% одраслих особа је изјавило да има изабраног лекара, а најгоре стање је затечено у Ариљу и у Пожеги, где ниједна евидентирана одрасла особа током прве посете медијаторки није изјавила да има изабраног лекара.

Графикон бр. 6 Процент одраслих особа за коју су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају изабраног лекара – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Подаци које су прикупиле ромске здравствене медијаторке указују на то да је покривеност одраслих особа обавезним вакцинацијама слаба. Наиме, свега 4% одраслих особа које су евидентиране 2009. и 2010. године било је покривено вакцинацијама, и то 2%

комплетно и 2% некомплетно. Подаци по годинама су приказани у Табели бр. 28. Ове податке, међутим, треба узети са резервом, јер за велики број особа уопште није евидентиран статус везано за вакцинације.

5.3.1.7. Најчешћа обољења

Приликом првих посета ромским породицама, здравствене медијаторке прикупљају и информације о обољењима која су заступљена међу члановима породице. На основу прикупљених података може се закључити да Роми у значајном проценту болују од болести срца и крвних судова, будући да око 30% особа које су дале одговор на ово питање болује од кардио-васкуларних болести. Међу хроничним болестима у значајном проценту су заступљени и шећерна болест и бронхијална астма, с обзиром да од сваке од њих болује свака десета особа која је дала одговор на ово питање. Учешће инвалида такође није занемарљиво, будући да у ову категорију спада око 4% особа које су током првих посета које су обављене у 2009. и 2010. години дали одговор на питање о обољењима.

Табела бр. 29 Обољења од којих болују евидентирани чланови ромске популације (мушкарци, жене и деца) - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година		Душевне болести	Малигна обољења	Шећерна болест	Обољење бубрега - лечење хемодијализом	Мишићна дистрофија	Кардио-васкуларне болести	Болести зависности	Бронхијална астма	Остала хронична обољења	Заразна жутица	Остале заразне болести	Инвалиди (слепи,непокретни, глуви) и др.
		Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број	Број
2009	Број	1.157	565	2.070	315	162	5.776	1.663	1.689	4.818	48	143	565
	%	6%	3%	11%	2%	1%	30%	9%	9%	25%	0%	1%	3%
2010	Број	419	323	607	151	59	2.192	86	642	1.983	14	130	471
	%	6%	5%	9%	2%	1%	31%	1%	9%	28%	0%	2%	7%
Укупно	Број	1.576	888	2.677	466	221	7.968	1.749	2.331	6.801	62	273	1.036
	%	6%	3%	10%	2%	1%	31%	7%	9%	26%	0%	1%	4%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

5.3.1.8. Остварена права

Приликом првих посета, ромске здравствене медијаторке су евидентирале и да ли чланови породица које су посећивале поседују лична документа, као и да ли су остварили одређена права, као што су поседовање што су здравствено осигурање, материјално обезбеђење породице, помоћ Црвеног крста и сл.

Када је реч о личним документима, пунолетна лица имају право и обавезу да поседују личну карту, док се код малолетних лица евидентирало да ли поседују извод из матичне књиге рођених или уверење о држављанству. За највећи број Рома који су

евидентирани током 2009. и 2010. године, односно за 86% особа, утврђено је да поседују лична документа. Међутим, чак 6% Рома, односно 7.741 особа, то право није остварило. Сем тога, за више од 9 хиљада приликом првих посета није евидентиран статус везано за поседовање личних докумената, тако да је могуће да је број оних који их не поседују био већи од евидентираног. Наведени подаци су веома забрињавајући, јер непоседовање личних докумената онемогућава чланове породице да буду здравствено осигурани, да остваре социјалну помоћ, да се бесплатно школују, да се запосле и да остваре друга права.

Када је реч о поседовању личних докумената, ситуација се доста разликује од општине до општине. Подаци показују да је стање најбоље у Житорађи, где је 99% особа евидентираних у 2009. и 2010. години током првих посета медијаторки изјавило да поседује лична документа. Ситуација је релативно задовољавајућа и у Жабљу и Вождовцу, где се то односило на 98% лица. Може се уочити да је најлошије стање постојало у београдској општини Нови Београд, где су медијаторке приликом првих посета евидентирале да чак 65% особа није имало лична документа. Остале општине у којима је постојао веома висок проценат особа без личних докумената су Вршац (22% особа евидентираних током 2009. и 2010. године) и Чукарица (19%).

Табела бр. 30 Остварена лична документа - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година		Остварена	Неостварена
2009	Број	73.860	5.554
	%	83%	6%
2010	Број	32.237	2.187
	%	94%	6%
Укупно	Број	106.097	7.741
	%	86%	6%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Као што је наведено у делу студије који се бави анализом законодавног оквира, постоји неколико основа по којима велики број Рома може да оствари право на здравствено осигурање, а који су дефинисани члановима 21. и 22. Закона о здравственом осигурању. Међутим, чини се да одређен број Рома није искористио ово право. Наиме, на основу података које су медијаторке прикупиле током првих посета, може се утврдити да је 82% Рома поседовало здравствену књижицу, док је 11% Рома изјавило да је не поседује.

Табела бр. 31 Остварено здравствено осигурање (здравствена књижица) - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

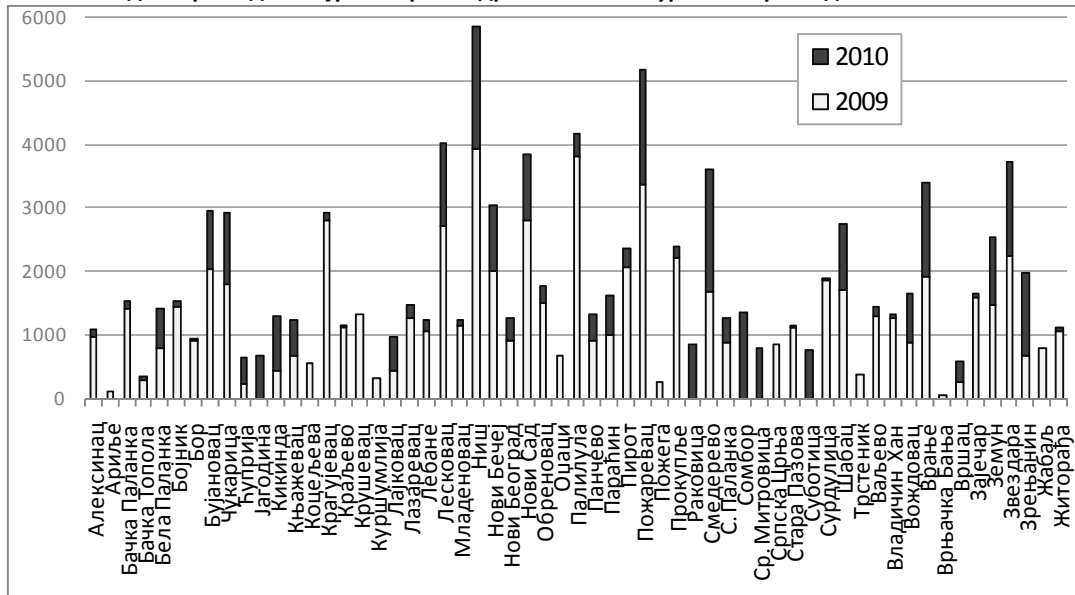
Година		Остварено	Неостварено	Непознато
2009	Број	71.085	9.305	8.319
	%	80%	10%	9%
2010	Број	30.175	4.142	80
	%	88%	12%	0%
Укупно	Број	101.260	13.447	8.399
	%	82%	11%	7%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Затечено стање када је реч о поседовању здравствене књижице, доста се разликује од општине до општине. Као и у случају поседовања личних докумената, најлошије стање је у Новом Београду и Вршцу, где чак око половине Рома евидентираних током 2009. и 2010.

године није поседовало здравствену књижицу. Неповољни показатељи су постојали и у општинама Ариље, Чукарица, Суботица, Књажевац, Обреновац, Панчево и Жабаљ, где је учешће ових особа износило 1/5 и више. С друге стране, постоји одређен број општина у којима је више од 95% евидентираних Рома током првих посета поседовао здравствену књижицу; у питању су општине Сомбор, Зајечар, Бела Паланка, Ђуприја и Звездара.

Графикон бр. 7 Број особа за које су ромске здравствене медијаторке током прве посете евидентирале да имају остварено здравствено осигурање – преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Опште је познато, и документовано у већем броју истраживања, чији је преглед дат у претходном делу ове студије, да је значајан број ромских породица сиромашан и живи у неповољним стамбеним условима. Такве породице имају могућност да буду корисници различитих врста социјалне помоћи, које пружају државни органи, као и невладине организације. Ромске здравствене медијаторке су приликом првих посета ромским породицама евидентирале да ли су породице корисници неких врста помоћи. На основу података прикупљених за домаћинства евидентирана током 2009. и 2010. године, може се закључити да су ромске породице најчешће корисници материјалног обезбеђења породице¹⁴², будући да је 36% домаћинстава примао ову врсту социјалне помоћи. Међутим, медијаторке су забележиле да четвртина породица ово право није остварила, из различитих разлога. С тим у вези, медијаторка има задатак да приликом следеће посете помогне у остваривању овог права. Коришћење других врста помоћи је значајно мање заступљено, тако да, у односу на укупан број породица, помоћ Црвеног крста је примило 2%, а једнократну помоћ свега 1% породица.

¹⁴² Материјално обезбеђење је једно од права у социјалној заштити и социјалној сигурности која су била прописана Законом о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана (Службени гласник Републике Србије бр. 36/91, 79/91, 33/93, 53/93, 67/93, 46/94, 48/94, 52/96, 29/01, 84/04, 101/05, 115/05). Материјално обезбеђење је врста редовног прихода који прима појединац или породица који остварују приходе испод минималног нивоа социјалне сигурности који је утврђен овим Законом. Новим Законом о социјалној помоћи (Службени гласник Републике Србије бр. 24/2011) право под оваквим називом престаје да постоји, а ново право са сличним садржајем јесте новчана социјална помоћ.

Табела бр. 32 Остварена материјална помоћ - стање евидентирано приликом првих посета ромских здравствених медијаторки

Година		Материјално обезбеђење породице		Корисници помоћи Црвеног крста	Корисници једнократне помоћи
		Остварено	Неостварено		
2008	Број	398	-	-	-
	Број	9.657	6.917	541	506
2009	% у односу на број домаћинстава	38%	27%	2%	2%
	Број	3.113	1.534	64	0
2010	% у односу на број домаћинстава	31%	15%	1%	0%
Укупно за 2009. и 2010.	Број	13.168	8.451	605	506
	% у односу на број домаћинстава	36%	24%	2%	1%

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

5.3.2. Анализа активности ромских здравствених медијаторки у области пружања услуга Ромима ради обезбеђивања бољег приступа здравственој и социјалној заштити и остваривању других законских права

На основу података које су медијаторке доставиле Министарству здравља у својим извештајима о раду путем попуњавања табела из Протокола, може се видети да су њихове активности, у суштини, везане за спровођење Протокола на терену.

Као што смо рекли, део Протокола се односи на директну реализацију услуга ромском становништву које су утврђене у Протоколу. Међутим, нужно је истаћи да поред евидентираних броја Рома који су добили неку услугу, постоји читав низ активности које се не могу, или нису квантификоване, а које омогућавају да се квантификоване услуге успешно обаве.

Комплетна евалуација рада медијаторки мора да обухвати све њихове активности, тј. оне које су унете у базу података, као и оне које нису унете у базу података, али су биле неопходне за извршавање задатака из Протокола. Информације о овој врсти активности добијене су путем разговора са медијаторкама.

5.3.2.1. Глобални резултати квантификованих активности ромских здравствених медијаторки

Познато је да се Роми, због разних неповољних околности и услова у којима живе, сусрећу са великим тешкоћама код коришћења услуга здравствене заштите. Пре свега, нису упознати са својим законским правима у области здравствене заштите, често немају потребна документа, а не знају где и коме да се обрате. Медијаторке имају задатак да их о свему томе обавесте и помогну да остваре своја права на одговарајући начин.

Када је реч о одраслим Ромима, једнако мушкарцима и женама, највећи је проблем што нису информисани да имају право, као и укупно становништво у Србији, да изаберу

свог лекара који ће их, по потреби, лечити. У 2009. години медијаторке су помогле да 2.795 одраслих Рома (жена и мушкараца) изаберу свог лекара, а у 2010. години, овај број је повећан на 4.227 одраслих Рома, што је за 51,2% више у 2010. у односу на претходну годину.

Табела бр. 33 Помоћ ромских здравствених медијаторки одраслим Ромима при избору лекара и вакцинацији

Година	Изабрани лекар	Вакцинација	
		Комплетно	Некомплетно ^{а)}
2009	2.795	339	220
2010	4.227	73	0

а) Некомплетне вакцинације се односе на случајеве када је примљена прва доза, али нису примљене остале дозе одређене вакцине

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Подаци, такође, показују да је, уз помоћ медијаторки, код 339 одраслих Рома, у 2009. години, извршена комплетна вакцинација, а код 220 некомплетна вакцинација. У 2010. години, код 73 одрасла Рома додатно је извршена комплетна вакцинација.

Веома значајна активност медијаторки огледа се и у помоћи женама Ромкињама код обављања систематских гинеколошких прегледа свих ромских жена, а нарочито трудница, као и заказивању контролних прегледа бабињара, и обављању мамографије.

Табела бр. 34 Помоћ ромских здравствених медијаторки Ромкињама при заказивању и обављању гинеколошких прегледа и мамографије

Година	Изабрани гинеколог	Заказани прегледи код гинеколога			
		Систематски прегледи	Контролни прегледи бабињара ^{а)}	Контролни преглед за труднице	Мамографија
2009	2.744	2.036	-	251	135
2010	2.743	1.980	134	570	334

Напомена: а) За 2009. годину не располаже се подацима о контролним прегледима бабињара

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Бокс бр. 4 Активност ромске здравствене медијаторке на збрињавању породиље и новорођенчета

На терену сам затекла жену Ђ.С. која се претходне ноћи породила у својој кући. Њу сам одмах са дететом одвела у саветовалиште, где су бебу прегледали и вакцинисали је, а затим је извршен преглед и мајке. И даље обилазим ту породицу, а беба је здрава и добро напредује.

Медијаторка – Арбенита Арифи
Дом здравља Бујановац

Министарство здравља (2010), стр. 50.

У периоду 2009-2010. године, медијаторке су помогле да 5.487 Ромкиња изаберу свог лекара гинеколога. У наведене две године, медијаторке су заказале и уз њихову помоћ је обављен систематски преглед код гинеколога за 4.016 жена. У 2010 години обављено је код 134 жене бабињаре. Контролни преглед за труднице заказан је и обављен код 821 Ромкиње, док је мамографски преглед заказан и обављен код 469 жена.

У посматране две године медијаторке су помогле да се обезбеди избор лекара за 4.483 ромске деце старости до 18 година. При томе, избор лекара је извршен за 92% деце старости од једне до 18 година, а само 8% за децу старости до једне године.

Табела бр. 35 Помоћ ромских здравствених медијаторки при избору лекара и вакцинацији деце

Година	Изабрани лекар			Вакцинација					
	Одојчад (0-12 месеци)	Деца (1-18 година)	Укупно	Одојчад (0-12 месеци)		Деца (1-15 година)		Укупно	
				Комплетна	Некомплетна	Комплетна	Некомплетна	Комплетна	Некомплетна
2009	226	1.990	2.216	236	207	2.194	930	2.430	1.137
2010	141	2.126	2.267	13	539	0	2.248	13	2.787

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Посредством медијаторки, у обе посматране године, обављена је вакцинација код 6.367 детета старости до 15 година, при чему је комплетна вакцинација обављена код 2.443 детета, а некомплетна код 3.924 детета. Код деце старости од једне до 15 година комплетном вакцинацијом је било обухваћено 2.194 детета, а некомплетном 3.178 детета. Комплетно вакцинисан број деце старости до једне године је износио 249, док је некомплетно вакцинисано 746 беба.

Бокс бр. 5 Активност ромске здравствене медијаторке на вакцинацији деце

После више покушаја да децу доведем у Дом здравља на вакцинацију, мој напор и труд је био безуспешан, зато сам уз помоћ патронажне сестре и педијатрије организовала вакцинацију на терену.

Медијаторка – Весна Јовановић
Дом здравља Раковица

Извор: Министарство здравља (2010), стр. 30.

Значајне активности медијаторки су биле везане за обављање послова у самим домовима здравља за потребе Рома, нарочито у 2010. години.

Табела бр. 36 Активности ромских здравствених медијаторки у домовима здравља

Година	Заказан преглед код лекара (изабрани лекар или специјалиста)	Акције превентивног центра, патронаже и др.	Обезбеђење здравствених услуга на терену	Превентивни преглед одраслих	Систематски преглед деце за упис у школу	Систематски преглед деце за упис у предшколско	Систематски преглед стоматолога
2009	1.944	209	297	705	621	-	733
2010	4.267	1.142	858	859	562	316	451

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Највећи део остварених активности се односи на заказивање прегледа код изабраног лекара или специјалисте - у 2009. години је било заказано укупно 1.944 прегледа, а у 2010. чак 4.267 прегледа, тј укупно 6.211 прегледа у претходне две године. У наведене две године, активношћу медијаторки је било обезбеђено деловање превентивног центра, патронаже и других служби домова здравља за 1.351 ромског становника Србије, док је пружање услуга на терену од стране домова здравља било омогућено за 1.155 Рома. Превентивни прегледи одраслих Рома у домовима здравља су обављени за 1.564 Рома. Такође, обављено је 316 систематских прегледа за упис ромске деце у предшколске установе и 1.183 систематских прегледа за упис ромске деце у школу. За 1.184 становника ромске националности обављен је и систематски преглед од стране стоматолога у домовима здравља.

Својим активностима медијаторке су помогле и код увођења ромске деце у систем образовања, као и у обезбеђивању стипендија.

Бокс бр. 6 Активност ромске здравствене медијаторке при укључивању девојчице у школски систем која је напустила породицу ради удаје

-Приликом рада на терену сазнала сам да се девојчица Б.Ц. стара 13 година, удала. Остварила сам успешан контакт са њом и у разговору сам сазнала да се покајала што се удала али да не сме да се врати код родитеља пошто је побегла од куће. Догађај сам пријавила Центру за социјални рад, али девојчица није хтела да сарађује са њима без мог присуства.

-И ја сам се укључила у рад и разговор са обе породице како би се нашло најбоље решење за девојчицу.

-Сада се Б.С. налази код родитеља, Центар за социјални рад ради са породицом, девојчица долази у дневно саветовалиште. Ја сам јој у сарадњи са Црвеним крстом обезбедила гардеробу, од септембра наставља са школовањем и ићи ће на летовање заједно са децом са посебним потребама у организацији Центра за социјални рад.

Медијаторка – Светлана Милојевић
Дом здравља Крагујевац

Извор: Министарство здравља (2010), стр. 15.

У 2009. години медијаторке су помогле да се 566 ромске деце упише у школе. Од тога, 526 ученика ромске националности је уписано у редовне школе, 13 ученика у специјалне школе, док су за 27 ученика обезбедиле ванредно школовање.

Табела бр. 37 Помоћ ромских здравствених медијаторки код укључивања ромске деце у систем образовања

Година	Упис деце у предшколску установу	Увођење у школски систем				Обезбеђена стипендија
		Упис деце у школу				
		Укупно	Редовна школа	Специјална школа	Ванредно школовање	
2009	-	566	526	13	27	24
2010	279	381	-	-	-	57

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години, медијаторке су, својим активностима, обезбедиле упис 279 ромске деце у предшколско образовање и упис 381 детета у школе вишег нивоа.

Такође, у 2009. години, медијаторке су, својим активностима, обезбедиле стипендије за 24, а у 2010. години за 57 Рома укључених у систем образовања Републике Србије.

Активност медијаторки везана је и за помоћ Ромима при остваривању права из домена социјалне заштите, пре свега, права на дечји додатак и на накнаду за туђу негу.

У 2009. години, медијаторке су помогле да 762 ромска детета оствари право на дечји додатак, а у 2010 години 532 детета. Такође, пружиле су неопходну помоћ и да 189 Рома оствари накнаду за туђу негу, док је у 2010. години, право на накнаду за туђу негу, уз помоћ медијаторки, остварило 123 Рома.

Табела бр. 38 Активности ромских здравствених медијаторки у области социјалне заштите

Година	Остварен дечји додатак	Помоћ медијатора у остваривању туђе неге	
2009	762		189
2010	532		123

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Имајући у виду карактеристике и услове живота Рома, веома важне активности медијаторки у претходном периоду се односе на услуге везане за остваривање њихових законских права.

Табела бр. 39 Помоћ ромских здравствених медијаторки у остваривању законских права Рома

Година	Разговори у надлежним институцијама на локалном нивоу				Помоћ у остваривању права из области социјалне заштите			Помоћ медијатора везано за лична документа и здравствено осигурање				Остало
	Разговор у филијали	Разговор у Центру за социјални рад	Разговор у Црвеном крсту	Разговор у локалној заједници	Остварена материјална помоћ	Остварена помоћ Црвеног крста	Остварена једнократна помоћ	Остварено здравствено осигурање	Овера здравствене књижице	Помоћ при прикупљању докумената	Остварена лична документа	
2009	-	-	-	-	756	1.497	1.382	2.917	-	-	1.439	391
2010	915	2.151	1.026	624	488	1.243	1.114	2.754	2.637	407	1.739	5.790

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Како Роми, у релативно великом броју, нису у могућности да препознају своја законска права из области здравственог осигурања и нису информисани о томе која документа треба да имају да би та права остварили, медијаторке су имале задатак да им помажу у остваривању контаката са надлежним институцијама. Тако је, у 2010. години, од стране медијаторки обављен разговор у филијалама Републичког завода за здравствено осигурање за потребе 915 Рома. У центрима за социјални рад разговори су обављени за 2.151 лице ромске националности ради остваривања одређених права, а у Црвеном крсту за 1.026 лица у циљу остваривања помоћи које Црвени крст пружа сиромашним породицама. За 624 лица разговори су обављени у локалној заједници, такође, ради остваривања одређених права Рома.

Уз помоћ медијаторки, у периоду 2009-2010. године, остварена су права Рома везана за добијање материјалних помоћи за 6.480 лица од центара за социјални рад, Црвеног крста и од локалних самоуправа. При томе, њих 1.244 је добило материјалну

помоћ у складу са законом, 2.740 је добило помоћ од Црвеног крста и 2.496 лица је добило једнократну помоћ коју обезбеђују локалне самоуправе.

Драгоцена активност медијаторки огледа се у помоћи Ромима при обезбеђивању и оверавању здравствених књижица и при добијању личних докумената. Тако је, у периоду 2009-2010. године, за 5.671 лице ромске националности обезбеђена здравствена књижица и осигурана права на здравствену заштиту у складу са законом. У 2010. години је за 2.637 Рома, уз помоћ медијаторки, оверена здравствена књижица. За 407 Рома, у 2010. години медијаторке су пружиле неопходну помоћ за прикупљање одређених докумената – разне потврде из земљишних књига, изјаве са два сведока, пријаве на тржиште рада за радно способна лица, прикупљање личних докумената за Роме који су рођени у другим општинама Србије и др. У периоду 2009-2010. године, медијаторке су помогле да 3.178 Рома добије потребна лична документа која раније нису поседовали, као на пример, изводи из матичне књиге рођених и уверења о држављанству за децу до 18 година старости, личне карте и слична.

Бокс бр. 7 Активност ромске здравствене медијаторке на обезбеђивању здравствених услуга и докумената из области здравствене заштите

Т.С. није имала ни један лични документ ни здравствено осигурање, када сам ушла у породицу затекла сам је у врло лошем здравственом стању. Одмах сам је довела код лекара и пружене су јој здравствене услуге. Након тога сам јој урадила здравствено осигурање које није имала више од десет година. Сада има свог изабраног лекара и редовно га посећује.

Медијаторка – Лела Усковић
Дом здравља Чукарица

Извор: Министарство здравља (2010), стр. 38.

Релативно велики број Рома је добио тзв. остале услуге од стране медијаторки, њих 6.181, од тога, 391 у 2009. и 5.790 у 2010. години. Ове услуге се односе, пре свега, на све помоћи које треба урадити да би се дошло до остваривања неког права или добијања личног документа – наручивање личних докумената из других општина, заказивање термина у МУП-у за израду личне карте и пасоша, попуњавање уплатница и плаћање разних такси за добијање личних докумената, пријаве пребивалишта при рођењу деце, писање молби, након обављених разговора, институцијама за добијање помоћи, писање захтева за добијање потврда од надлежне филијале Републичког завода за здравствено осигурање за ослобађање од плаћања партиципације приликом лекарских прегледа и добијања лекова на рецепт, писање молби за пријем у радни однос, набавка половних уџбеника за ученике, упис у матичне књиге рођених и у књигу држављана, писање захтева надлежној фирми за укидање РТВ претплате, или да у ратама плаћају рачуне за утрошену електричну енергију, обезбеђивање obroка у народним кухињама итд.

Део Протокола везан је за рад медијаторки на терену. Ови послови обухватају:

- Помоћ на уређивању животне средине и услова становања
- Предавања
- Радионице
- Агитке
- Постер
- Планирани разговор.

Области рада у оквиру којих медијаторке реализују активности на терену су:

- Исхрана
- Хигијена
- Планирање породице
- Вакцинација
- Здрави стилови живота
- Заразне болести

Места активности медијаторки на терену су:

- Месна заједница
- Породица
- Клуб.

На првом Симпозијуму здравствених медијаторки (одржан септембра 2009. године), Радна група Министарства здравља Републике Србије у сарадњи са донаторима који финансирају реализацију овог пројекта, одлучила је да се стечено знање ангажованих медијаторки прошири путем реализације обука под називом „Медијаторка у улози едукатора“. Радна група је сачинила план који се састојао из неколико фаза у едукацији:

- Рад на здравственом васпитању седам изабраних медијаторки за које је била организована тродневна едукација, уз примену свих техничких и писаних средстава неопходних за здравствено васпитни рад у малој групи
- Након тога, медијаторке су имале задатак да примене своја знања на терену у периоду од два месеца, а затим да презентују своја искуства, путем постер презентација, на Конференцији под називом „Здравље Рома – достигнућа, перспективе и изазови“, која је одржана у децембру 2009. године
- Едукација је настављена за још 23 медијаторке, које су након тога имале задатак да самостално припреме садржај излагања кроз презентације за радионице, планиране разговоре и предавања.

У последњој фази едукације едукују се и остале ангажоване медијаторке, али уз искуства других медијаторки.¹⁴³

Бокс бр. 8 Оцена улоге ромских здравствених медијаторки у здравственом васпитању

Са задовољством се може констатовати да је улога медијатора у здравственом васпитању до сада дала изузетне резултате у процесу учења кроз искуство, што је потврђено на „Другом симпозијуму здравствених медијаторки“ одржаном у септембру 2010. године, где је презентован целокупан досадашњи рад медијаторки у процесу здравственог васпитања.

Извор: Министарство здравља (2010).

Веома важна активност медијаторки на терену огледа се у помоћи Ромима везаним за уређивање животне средине и услова становања. Међутим, у претходне две године,

¹⁴³ Министарство здравља (2010), стр. 4-5.

релативно мали број наведених активности је обављен (310). Разлог је тај што општине немају довољно новца за такве активности, тако да захтеви медијаторки према општинама, који су чести и оправдани, обично не буду испуњени. Очигледно је да је потребно интензивирати рад на реализацији ове активности, имајући у виду реално стање у погледу услова живота Рома у Србији које је веома неповољно са овог аспекта.

Табела бр. 40 Остварени резултати по врстама активности ромских здравствених медијаторки на терену

Година	Помоћ на уређењу животне средине и услова становања	Врста активности				Планирани разговор
		Предавања	Радионице	Агитке	Постер	
2009	161	99	24	9.420	36	10.178
2010	149	2.233	6.552	9.809	24	28.651

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Подаци из претходне табеле показују да је едукација медијаторки за рад на терену кроз предавања и радионице дала веома добре резултате, јер је обухват Рома овим активностима био много, много већи у 2010. (2.233 – предавања, 6.552 – радионице) у поређењу са 2009. годином (99 – предавања, 24 – радионице).

Медијаторке су обавиле близу три пута више планираних разговора у 2010. (28.651) у односу на 2009. годину (10.178) са Ромима, а нешто више је подељено агитки у 2010. (9.809) у односу на 2009. (9.420) годину.

Резултати претходне анализе и наведени материјали Министарства здравља Републике Србије (два зборника радова у којима је илустрован рад медијаторки) упућују да су **активности медијаторки у претходном периоду биле веома успешне, па се може очекивати у наредном периоду битније побољшање здравственог стања Рома у Србији.**

Бокс бр. 9 Активност ромске здравствене медијаторке на остваривању здравствене заштите и личних докумената једној ромској породици

- У породици К. наишла сам на петоро деце. Ниједно од њих није било вакцинисано. Родитељи а и деца нису имали здравствене књижице, једно дете од три године није било пријављено у матичну књигу рођених јер мајка није имала лична документа.
- Прво што сам урадила, одвела сам децу на вакцинацију, затим сам остварила здравствено осигурање за све чланове породице. Мајци сам остварила лична документа. Дете сам уписала у матичну књигу рођених.
- Породица живи без икаквих примања, остварила сам им и материјалну помоћ.

Медијаторка – Маја Дурмишевић
Дом здравља Пирот

Извор: Министарство здравља (2010)

Посматрано по областима рада медијаторки, највећи број лица је био обухваћен активностима везаним за упознавање Рома са здравим стиливима живота - укупно 39.073, од којих је у 2009. години било 1.586 лица, а у 2010. години чак 37.487 лица. **Овако велик обухват указује, са једне стране, да су медијаторке препознале значај области која се односи на здраве стилове живота за ромску популацију, а са друге стране, да су и сами Роми показали интересовање за стицање знања из области здравих стилова живота**

како би са применом стечених знања у својим породицама и у свом окружењу и сами утицали на стварање бољих услова живота који имају веома битан утицај на њихово здравље.

Друга област рада медијаторки по значају мерено обухватом броја Рома је вакцинација – укупно обухваћено 3.241 лице, од којих у 2009. години 3.240 лица, а у 2010. години 1 лице.

Табела бр. 41 Области рада ромских здравствених медијаторки

Година	Области рада						Место одржавања активности		
	Исхрана	Хигијена	Планирање породице	Вакцинација	Здрави стилови живота	Заразне болести	Месна заједница	Породица	Клуб
2009	1.409	2.593	1.493	3.240	1.580	917	87	9.831	36
2010	0	0	2	1	37.487	0	0	37.206	284

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Трећа област је хигијена. Активностима медијаторки, у претходне две године, у области хигијене је било обухваћено 2.593 лица ромске популације. Четврта област је здрави стилови живота којом је било обухваћено 1.580 лица у 2009. години, а пета област је планирање породице где је активностима медијаторки било обухваћено 1.495 лица. На шестом месту је исхрана где је било обухваћено 1.409 лица, а на седмом месту заразне болести са обухватом од 917 лица.

У 2010. години, медијаторке су доминантно посветиле пажњу раду са Ромима и активностима о **здравим стиловима живота**. Овим активностима било је обухваћено 37.487 Рома.

Највећи број лица је био обухваћен активностима медијаторки које су биле обављене у ромским породицама – обухваћено укупно 47.037 лица, од којих у 2009. години 9.831 лице, а у 2010. години 37.206 лица. Знатно мањи обухват је остварен активностима медијаторки које су обављене у оквиру клубова – укупно 320 лица, од којих 36 у 2009. и 284 у 2010. години, док је у оквиру месних заједница одзив био још мањи – 87 лица у 2009. години, док у 2010. години нису забележене активности медијаторки у оквиру месних заједница.

5.3.2.2 . Активности ромских здравствених медијаторки које нису квантификоване

Активности које нису квантификоване,¹⁴⁴ идентификовали смо путем разговора са медијаторкама, јер оне нису могле бити предвиђене, нити утврђене у Протоколу, пошто су се јављале приликом спровођења редовних активности предвиђених Протоколом. Директне разговоре обавили смо са две медијаторке у просторијама Министарства здравља, тј. Тима за имплементацију и мониторинг Пројекта, и то са: Лепом Недељковић која као медијаторка ради у Дому здравља општине Палилула у Београду и са Зорицом

¹⁴⁴ Протоколом није било предвиђено да се и ове активности евидентирају.

Станојевић која ради у Дому здравља општине Чукарица у Београду. Разговоре смо обавили и са в.м.с. Милинком Здујић, вођом радног тима Министарства здравља, путем имејла и телефоном.

На основу претходно наведених разговора идентификовали смо, по нашој оцени, активности чија би реализација могла да има директне трошкове. Ове активности нису укључене у информатичку базу из објективних разлога. То су следеће активности:

- **Обављање одређених послова од стране медијаторки ван радног времена**
 - прикупљање документације за потребе Рома ради остваривања права и добијања личних докумената, због тога што се њихов рад у сменама не поклапа увек са радом институција преко којих се обезбеђују разна документа за Роме. Ове активности трају, по проценама медијаторки, у просеку око 2 - 3 сата недељно
- **Попуњавање формулара** за добијање одређених докумената, у сарадњи са невладиним организацијама које се баве проблемима Рома. Највећи проблем у вези са овом активношћу имају са Ромима који имају статус расељених лица са којима се веома тешко остварују контакти.
- **Прикупљање докумената из других општина за потребе Рома** ради добијања личних докумената и остваривања законских права
- **Помоћ трудницама при порођају** ангажовањем надлежних дежурних служби, или превозом до болнице на порођај.

5.3.2.3 . Анализа активности ромских здравствених медијаторки на обезбеђивању бољег приступа Рома здравственој заштити и остваривању других законских права по општинама

На основу података о пописаним Ромима од стране медијаторки, може се констатовати да су медијаторке распоређене у домовима здравља општина у којима, према сазнањима, живи највећи број Рома и где су уочени највећи проблеми са којима се Роми суочавају са животним проблемима, нарочито у поступку приступа здравственој заштити.

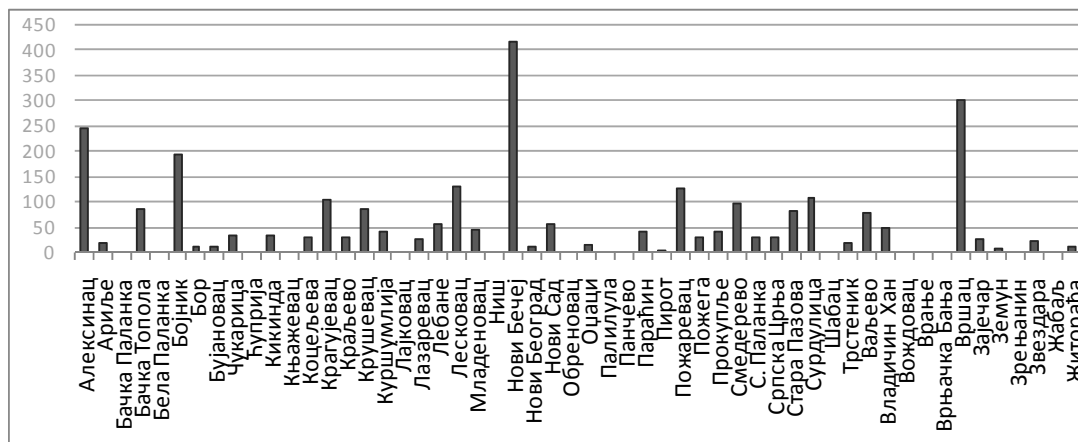
5.3.2.3.1. Услуге здравствене заштите одраслим Ромима

Када је реч о услугама које су медијаторке пружале одраслим Ромима, једна од најважнијих јесте имунизација против тетануса. Здравствене медијаторке су у оквиру овог Пројекта чиниле напоре да и одрасли Роми буду вакцинисани. Међутим, не би се могло рећи да је у оквиру ове активности постигнут задовољавајући успех, јер је од укупног броја пописаних одраслих Рома у 2009. години само код 1,06% обављена комплетна и некомплетна вакцинација, а у 2010. само 0,35%. Посматрано по општинама значајнији број одраслих Рома, у 2009. години је вакцинисан у општини Коцељева (86 комплетна и 51 некомплетна вакцинација) и Нови Бечеј (83 и 42 респективно), док је у осталим општинама тај број био знатно мањи: Обреновац (24 и 21), Бојник (21 и 12), Прокупље (30), Стара Пазова (15 и 23), Бачка Топола (18 и 4), Куршумлија (10 и 13), Вршац (2 и 17), Лебане (14) итд.

Знатно бољи резултати су остварени код избора лекара од стране одраслих Рома уз помоћ медијаторки.

Највећи резултати су остварени у следећим општинама: Нови Бечеј (417), Вршац (300), Алексинац (245), Бојник (192), Лесковац (132), Пожаревац (128), Сурдулица (107), Крагујевац (103), Бачка Топола и Крушевац (по 86), Лебане (57), Нови Сад (56) итд (графикон 1.).

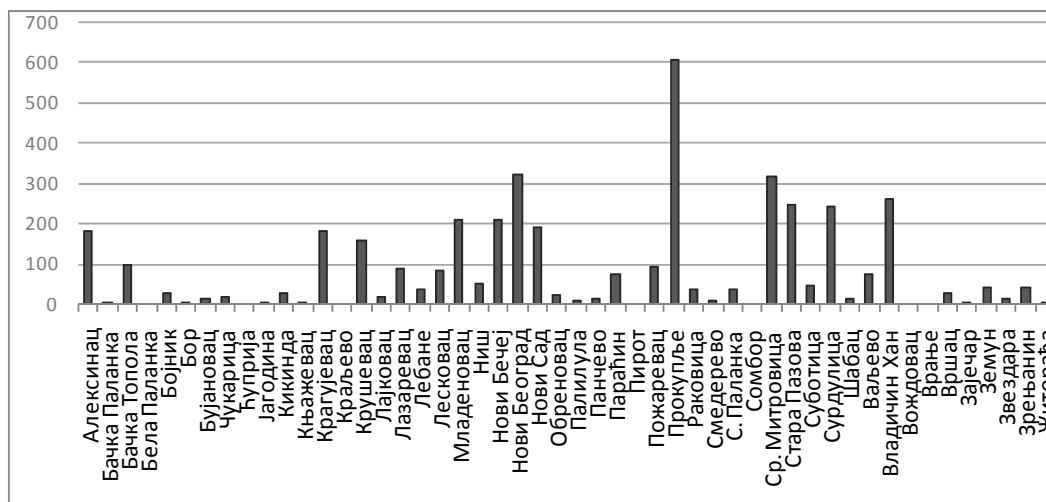
Графикон бр. 8 Избор лекара одраслих Рома – преглед по општинама, 2009. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години медијаторке су оствариле још боље резултате везано за помоћ одраслим Ромима код избора лекара, у целини за 51,23% више него у претходној години.

Графикон бр. 9 Избор лекара одраслих Рома, преглед по општинама, 2010. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Такође, позитивна је и чињеница што је значајно повећан број одраслих Рома у 2010. години који су, уз помоћ медијаторки, изабрали свог лекара у општинама где је тај избор био знатно мањи у претходној години, као и што је ова активност настављена и у општинама у којима су у претходној години остварени значајни резултати. Тако на пример, у Прокупљу је забележено 605 нових одраслих Рома који су изабрали свог лекара,

затим, у Новом Београду 324, Сремској Митровици 318, Владичином Хану 260, Старој Пазови 247, Сурдулици 245, Младеновцу 212, Новом Бечеју 211, Новом Саду 191, Алексинцу и Крагујевцу по 182, Крушевцу 159 итд. (табела у прилогу).

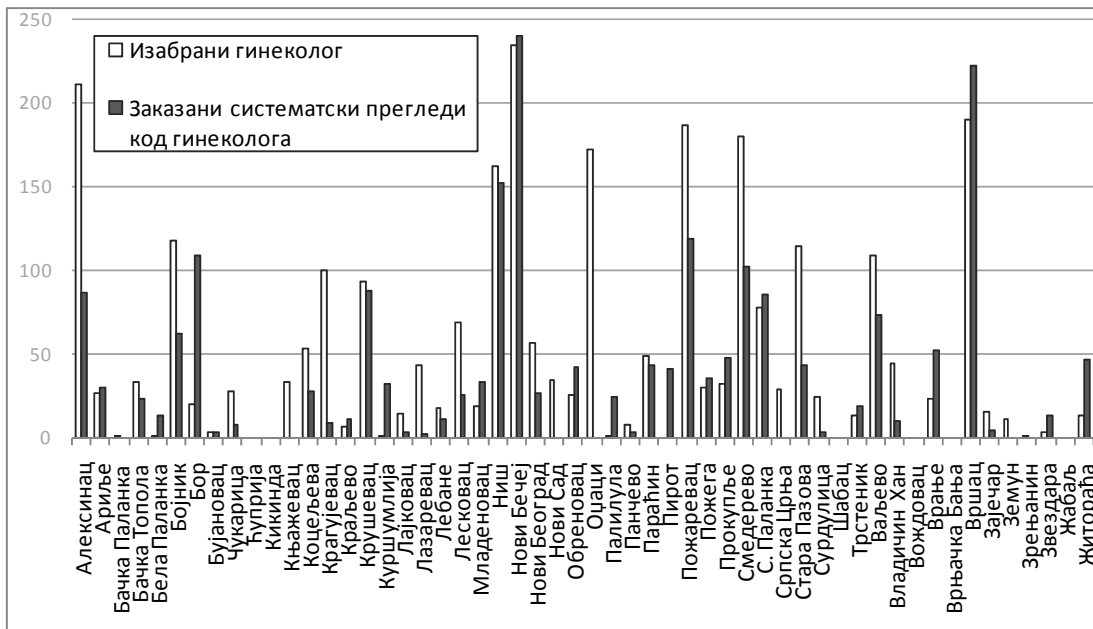
5.3.2.3.2. Услуге здравствене заштите женама Ромкињама

Од укупног броја пописаних жена Ромкиња у 2009. години, њих 10,11% је изабрало свог гинеколога уз помоћ медијаторки, док су за 7,50% жена медијаторке заказале систематски преглед код гинеколога.

У 2009. години, највећи број жена је изабрао свог гинеколога у следећим општинама: Нови Бечеј (235), Алексинац (211), Вршац (190), Пожаревац (187), Смедерево (180), Оџаци (172), Ниш (162), Бојник (118), Стара Пазова (114), Ваљево (109), Крагујевац (100).

Међутим, нису за све жене које су изабрале гинеколога заказани систематски прегледи код гинеколога. Са друге стране, **у појединим општинама, заказани су систематски прегледи код гинеколога од стране медијаторки већем броју жена него што су изабрале свог лекара, што упућује на претпоставку да је одређен број жена раније изабрао свог гинеколога.**

Графикон бр. 10 Изабрани гинеколог и заказани систематски прегледи код гинеколога за Ромкиње уз помоћ ромских здравствених медијаторки, преглед по општинама, 2009. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години пак, 25,12% од укупног броја пописаних жена у тој години, изабрало је свог гинеколога уз помоћ медијаторки, а за 18,13% жена медијаторке су заказале систематске прегледе код гинеколога. Ако имамо у виду чињеницу да је незнатна, односно мала разлика између две посматране године у укупном броју жена које су изабрале гинеколога и за које су заказани систематски прегледи код гинеколога, а

да је разлика код укупног броја пописаних жена значајна, долазимо до закључка да су медијаторке биле знатно активније код обављања овог задатка у 2010. години и да су резултати њиховог континуираног рада у пружању ових услуга женама Ромкињама дошли у следећој години до пуног изражаја. Посматрано по општинама, највеће резултате у 2010. години код избора гинеколога су остварени у домовима здравља општина: Прокупље (310 жена), Нови Сад (291), Нови Београд (232), Крагујевац (214), Сремска Митровица (185), Стара Пазова (162). Према броју заказаних систематских прегледа код гинеколога у 2010. години истичу се домови здравља: Прокупље (191), Алексинац (139), Нови Београд (121), Пирот и Чукарица (по 115), Крагујевац (113), Вршац (112), Нови Сад (111).

Медијаторке су, у претходне две године, својим активностима постигле одређене резултате и код заказивања контролних прегледа трудницама Ромкињама код гинеколога. Ови резултати су забележени у већим општинама (Нови Сад, Нови Београд, Пожаревац, Обреновац, Пирот, Чукарица, Земун), као и у општинама са већим бројем Рома (Бујановац, Лебане, Алексинац, Нови Бечеј).

У 2010. највећи број контролних прегледа бабињара је обављен у Пироту, београдској општини Чукарица и Алексинцу, затим у Шапцу, Ваљево, Новом Београду, Новом Бечеју, Панчеву, док је у другим општинама овај број био испод 5 у току посматране године.

Медијаторке су својим активностима, у претходне две године, омогућиле да приличан број жена Ромкиња обави мамографске прегледе (1,23% од укупног броја пописаних жена). Највећи успех је остварен у општини Нови Београд, затим у Нишу, Крушевцу, Старој Пазови, Смедереву, Бачкој Тополи.

5.3.2.3.3. Услуге ромских здравствених медијаторки усмерене на здравствену заштиту деце

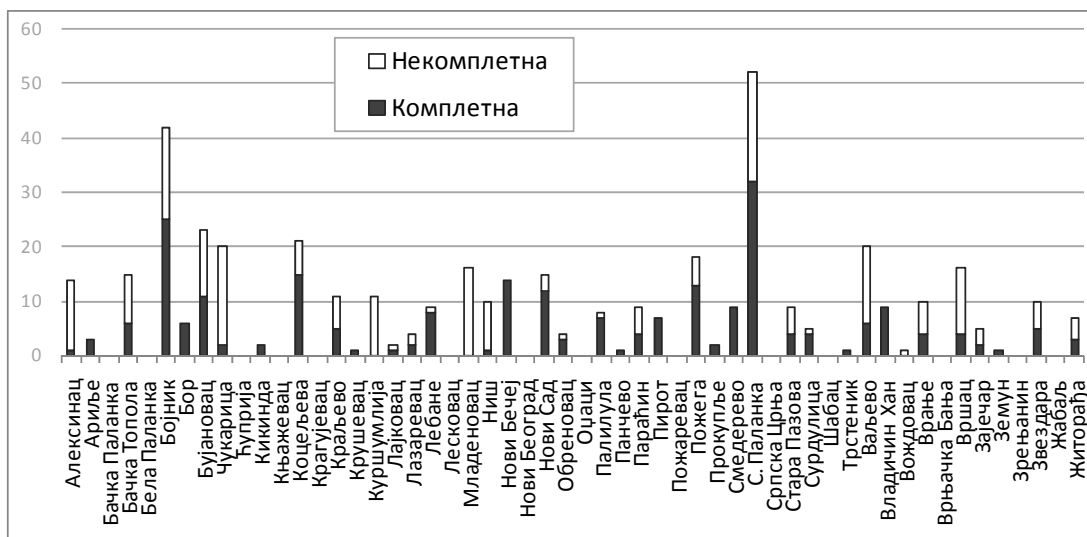
У периоду реализације Пројекта значајни резултати су остварени по питању здравствене заштите ромске деце. Главне активности су усмерене на утицај на родитеље да изаберу лекара за своју децу и да се обави потребна вакцинација деце. Од укупног броја пописаних беба у 2009. години, за њих 5,57% је изабран лекар.

Код избора лекара за бебе по општинама уочава се да је у мањем броју општина извршен избор за више од 10 беба у 2009. години (Нови Бечеј, Ваљево, Нови Сад, Стара Пазова), као и да у 18 од укупно 54 општине које су, у тој години, биле обухваћене Пројектом, није извршен избор лекара за бебе. У 2010. години избор лекара за бебе је извршен у само 5 општина од укупно 50 колико је у тој години било обухваћено Пројектом (Крагујевац – 100, Бојник – 24, Лебане – 12, Смедерево – 4 и Краљево – 1).

Избор лекара за децу старости 1-18 година је био релативно мање успешан у обе посматране године, у поређењу са бебама. У 2009. години, лекар је изабран за 4,41% од укупног броја пописане деце старости 1-18 година. За преко 100 детета, у 2009. години извршен је избор лекара у следећим општинама: Нови Бечеј (193), Вршац (189), Пожаревац (183), Алексинац (173), Оџаци (172), и Нови Сад (138). У 2010. години, ова активност је била успешнија јер је избор лекара за децу од 1 до 18 година старости био већи за 6,8% у односу на претходну годину у оквиру 50 општина. За преко 100 детета избор лекара је обављен у следећим општинама: Прокупље (346), Нови Сад (194), Нови Београд (187), Стара Пазова (125), Крагујевац (115), Младеновац (107) и Књажевац (104).

У 2009. години медијаторке су помогле да се обави комплетна вакцинација код 236 беба, а некомплетна код 207 беба. Према броју комплетно вакцинисаних беба издвајају се општине: Смедерево (32), Бојник (25), Коцељева (15), Нови Бечеј (14), Пожега (13), Нови Сад (12), Бујановац (11). Код осталих општина обухваћених Пројектом било је комплетно вакцинисано мање од 10 беба, док у једном броју општина није комплетно вакцинисана ни једна беба (Бачка Паланка, Бела Паланка, Ћуприја, Књажевац, Крагујевац, Куршумлија, Лесковац, Младеновац, Нови Београд, Оџаци, Пожаревац, Српска Црња, Шабац, Вождовац, Врњачка Бања, Зрењанин и Жабалј). Код више од 10 беба је обављена некомплетна вакцинација у општинама: Смедеревска Паланка (20), Чукарица (18), Бојник (17), Младеновац (16), Ваљево (14), Алексинац (13), Бујановац и Вршац (по 12), Куршумлија (11).

Графикон бр. 11 Број вакцинисане одојчади, преглед по општинама, 2009. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

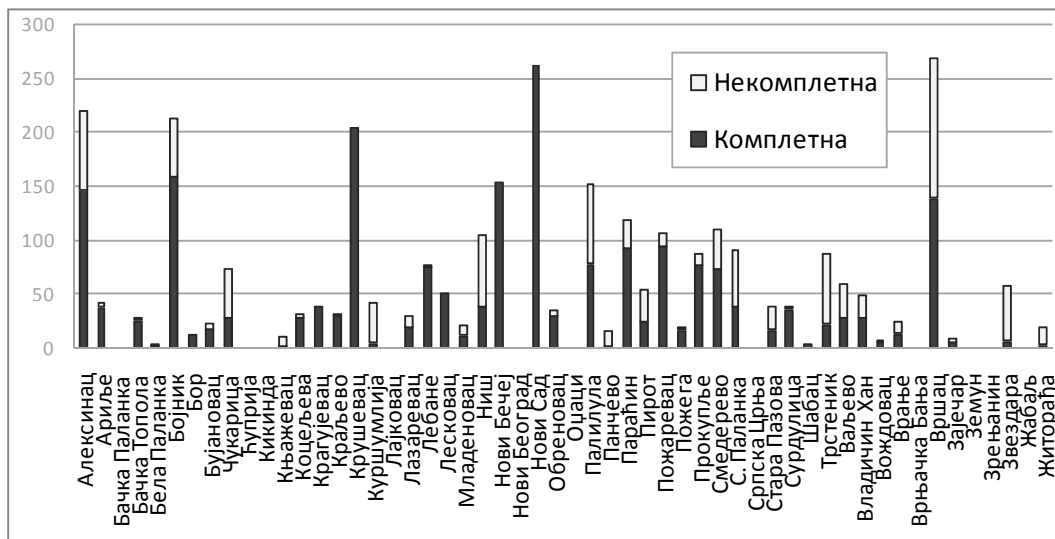
У 2010. години, комплетна вакцинација је обављена само код 13 беба (Кикинда -4, Суботица – 3, Алексинац и Обреновац по 2, Краљево и Смедерево по 1). Међутим, некомплетна вакцинације је урађена код много већег броја беба (539). Више од 10 беба некомплетно је вакцинисано у следећим општинама: Бојник (72), Књажевац (50), Нови Сад (47), Смедерево (30), Нови Београд (29), Зајечар (27), Лајковац (25), Бујановац (21), Ваљево (20), Раковица (19), Палилула (16), Нови Бечеј, Шабац и Житорађа (по 13), Бела Паланка (12), Земун (11), Младеновац и Ниш (по 10).

С обзиром да некомплетна вакцинација представља мањи број примљених од предвиђеног броја доза појединих вакцина, **на основу претходно наведених података могло би се претпоставити да је започета некомплетна вакцинација током 2009. настављена и заокружена код одређеног броја беба у 2010. години и да је, такође, започета код новорођених беба у последњим месецима 2010. године, као и да ће код њих бити комплетирана у 2011. години. Имајући ово у виду, у целини узев, може се констатовати да су медијаторке биле веома активне у спровођењу активности вакцинације ромских беба.**

Вакцинација деце старости од 1 до 18 година обављана је у доминантном броју општина у 2009. години. Највећи број деце овог узраста је комплетно вакцинисан у општини

Нови Сад (261), затим у општини Крушевац (205), Бојник (159), Нови Бечеј (154), Алексинац (147) и Вршац (139).

Графикон бр. 12 Број вакцинисане деце 1-18 година старости, преглед по општинама, 2009. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години, ни у једној од обухваћених општина Пројектом није рађена комплетна вакцинација деце старости 1-18 година, док је некомплетна вакцинација обављана у скоро свим општинама, изузев општине: Бачка Паланка, Бор, Младеновац и Сомбор. Највећи број деце код које је обављена некомплетна вакцинација у 2010. години је у следећим општинама: Нови Сад (300), Прокупље (297) и Крагујевац (221).

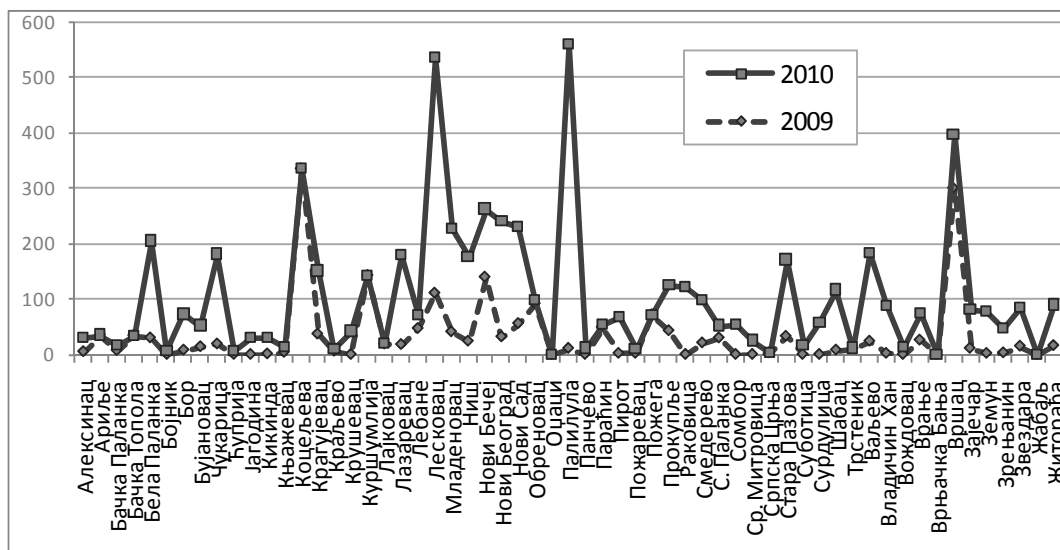
На основу претходне анализе може се констатовати да су медијаторке учиниле велике напоре да би обавиле активности које су утврђене Протоколом пројекта, а које се односе на здравствену заштиту ромске деце, *имајући у виду релативно неповољне околности у којима се одвија живот Рома у Србији и да је остварен значајан напредак спровођењем ових активности у односу на низ година које су претходиле увођењу и имплементацији овог Пројекта.*

5.3.2.3.4. Активности медијаторки у домовима здравља

Као што смо видели, главне активности медијаторки у домовима здравља везане су за: заказивање прегледа код лекара (изабрани лекар опште праксе или специјалиста), сарадња са превентивним центрима, патронажном и другим службама, обезбеђивање здравствених услуга на терену које пружају домови здравља, превентивни прегледи одраслих Рома, систематски прегледи деце за упис у школу и систематски прегледи код стоматолога.

У обе посматране године највећи резултати су остварени код заказивања прегледа код изабраног лекара или специјалисте.

Графикон бр. 13 Укупан број заказаних прегледа код лекара (опште праксе или специјалисте) у домовима здравља, преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2009. години је било заказано укупно 1944 прегледа, а у 2010. чак 4.267 прегледа. Посматрано по општинама, у 2009. години, највећи број прегледа је заказан у општини Коцељева (336) и у општини Вршац (301). У 2010. пак, највећи број прегледа је био заказан у београдској општини Палилула (549) и у општини Лесковац (425).

Веома је значајно што су медијаторке кроз реализацију овог Пројекта отпочеле са успостављањем контаката између Рома и превентивних центара и патронажних служби у домовима здравља. Ова активност има узлазну линију, тј. све већи број Рома користи услуге претходно наведених служби домова здравља. Посматрано по општинама, у 2009. години, највећи број Рома је користио услуге ових служби при домовима здравља у Лесковцу (69), Новом Бечеју (67) и Куршумлији (26). У 2010. години, повећан је значајно број корисника услуга ових служби, као и број општина у којима су ове службе при домовима здравља пружале услуге Ромима, а према броју корисника посебно се издвајају општине: Нови Сад (319), Ваљево (130) Чукарица (106) и Врање (104).

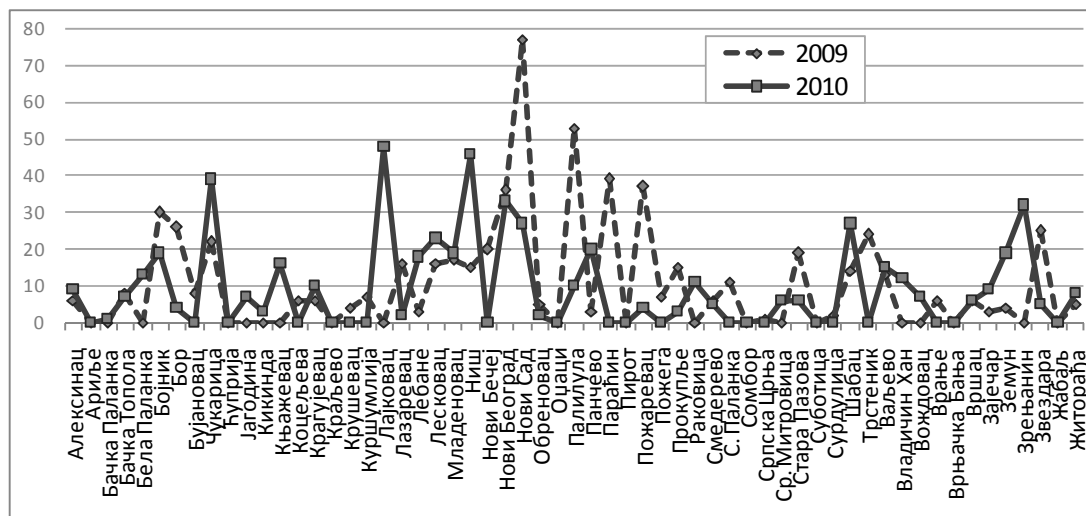
Обезбеђивање здравствених услуга Ромима од стране медијаторки преко домова здравља на терену је, такође, у порасту и веома је значајно да Роми данас могу да се све више ослањају на коришћење здравствених услуга од домова здравља и у месту становања када се за то укаже потреба. У 2009. години, у коришћењу ових услуга истичу се општине: Пожега (68), Нови Бечеј (58), Палилула (45), Зајечар (33), Нови Београд (17). У 2010. години, број Рома корисника услуга на терену од стране домова здравља је битно повећан (за близу три пута у односу на претходну годину). Највећи број корисника забележен је у општинама: Нови Сад (259), Раковица (177) и Прокупље (137), док је у осталим општинама обухваћеним Пројектом био знатно мањи (Чукарица – 36, Стара Пазова – 33, Зајечар – 32, Нови Београд – 31, Ниш – 29 итд.).

Повећава се и број корисника превентивних прегледа одраслих у домовима здравља, као и број општина у чијим домовима здравља се ови прегледи обављају. У 2009. години највећи број корисника превентивних прегледа одраслих Рома у домовима здравља забележен је у Смедеревској Паланци (105), Новом Бечеју (75), Пожеги (68), Чукарици (61), Лесковцу (56), Куршумлији (47), Коцељеви (44), Бачкој Тополи (38), Ваљево (36), Ариљу (29),

Новом Београду (26). У 2010. у поређењу са претходном годином, већи број одраслих Рома и у већем броју општина је обавио превентивне прегледе у домовима здравља. Тако на пример, највећи број превентивних прегледа одраслих Рома је урађен у Новом Београду (162), затим у Лесковцу (78), Ваљево (73), Алексинцу и Прокупљу (по 57), Новом Саду (49), Шапцу (38), Јагодини (37), Чукарици (36) итд.

Значајан успех медијаторки у току имплементације овог Пројекта огледа се у чињеници што су, у протекле две године, покренуле обављање систематских прегледа ромске деце за упис у школу у скоро свим општинама које су обухваћене Пројектом.

Графикон бр. 14 Број обављених систематских прегледа ромске деце за упис у школу, преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Највећи број прегледа је обављен у Новом Саду (104 у обе посматране године), затим у Новом Београду (69), Палилули (63), Чукарици и Нишу (по 61), Бојнику (49), Лајковцу (48), Пожаревцу (41) итд.

Изузетно важна активност медијаторки везана је за обезбеђивање обављања систематских прегледа Рома код стоматолога. У обе посматране године, у највећем броју општина, приличан број Рома се одазвао и обавио прегледе код стоматолога. У 2009. години, највећи број прегледа је обављен у Алексинцу (82), затим у Куршумлији (61), Старој Пазови (57), београдској општини Палилула (56), Пожеги (54), Новом Бечеју (47), Бојнику (45) итд. У 2010. години доминира Прокупље са 111 систематских прегледа Рома од стране стоматолога. Затим, следи Палилула (56), Лајковац (38), Ваљево (36), Чукарица (33), Стара Пазова (32) итд.

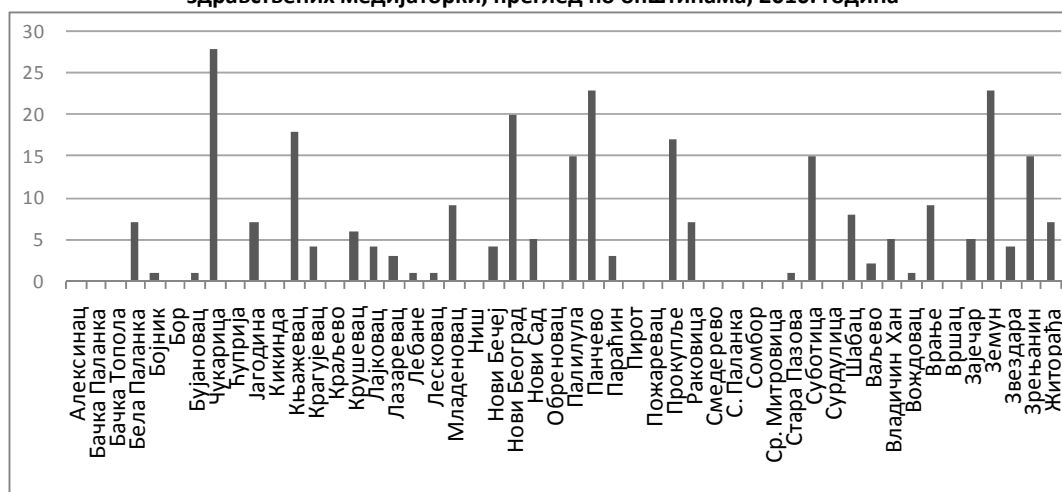
У целини узев, може се констатовати да су медијаторке покренуле и обавиле значајан број активности везаних за успостављање контаката између Рома и домовна здравља на територији где живе, што је омогућило битно побољшање приступа Рома здравственој заштити и коришћењу разноврсних услуга које домови здравља пружају грађанима Србије у складу са законом.

5.3.2.3.5. Помоћ ромских здравствених медијаторки код укључивања ромске деце у систем образовања

Резултат активности медијаторки огледа се и у значајним постигнућима код укључивања ромске деце у систем образовања. Нарочито је важно то што је, у **2009. години, 92,9% ромске деце уписано у редовне школе уз помоћ медијаторки у општинама обухваћеним Пројектом, док је само 2,3% уписано у специјалне школе и 4,8% у ванредне школе.** У редовне школе, највећи број деце је уписан у Новом Саду (62), Палилули (40), Пожаревцу (38), Новом Београду (30), Панчеву (26), Звездари (25) Лесковцу (24), Смедеревској Паланци (22), Трстенику (20) итд.

У 2010. години је уведена активност везана за упис ромске деце у установе предшколског образовања чијом реализацијом су остварени видни резултати. Од укупно уписаних 279 ромске деце у установе предшколског образовања, највећи број је забележен у општинама Чукарица (28), Панчево и Земун (по 23), Нови Београд (20), Књажевац (18), Прокупље (17), Палилула, Суботица и Зрењанин (по 15) итд.

Графикон бр. 15 Упис ромске деце у установе предшколског образовања од стране ромских здравствених медијаторки, преглед по општинама, 2010. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години, медијаторке су наставиле са активностима везаним за упис ромске деце у школу, мада је у тој години уписан мањи број ученика. Међутим, посматрано по општинама, карактеристично је да је у појединим општинама повећан број уписане деце у школе у односу на претходну годину (на пример, Чукарица, Нови Београд, Лебане), у другим општинама је тај број смањен (на пример, Нови Сад, Палилула, Прокупље, Смедерево, Бојник итд), док се у једном броју општина отпочело са уписом деце у школе у 2010. години (на пример, Зрењанин, Вождовац, Лајковац, Крагујевац, Књажевац, Кикинда, Ђурија).

У обе посматране године медијаторке су обезбедиле стипендије за ученике и студенте ромске националности. У 2009. години обезбеђено је 24 стипендија од којих у Алексици 1, Бачкој Паланци 2, Бачкој Тополи 3, Лебану 4, Панчеву 2, Параћину 7, Пожеги 2, Српској Црњи 2 и Житорађи 1. У 2010. години медијаторке су обезбедиле скоро двоструко више стипендија за ученике и студенте ромске националности (укупно 57): Алексица 2, Крагујевац 3, Крушевац 1, Лајковац 2, Лебане 1, Лесковац 12, Младеновац 3, Раковица 11, Смедеревска Паланка 2, Шабац 2, Ваљево 2, Вршац 5, Звездара 1, Житорађа 10.

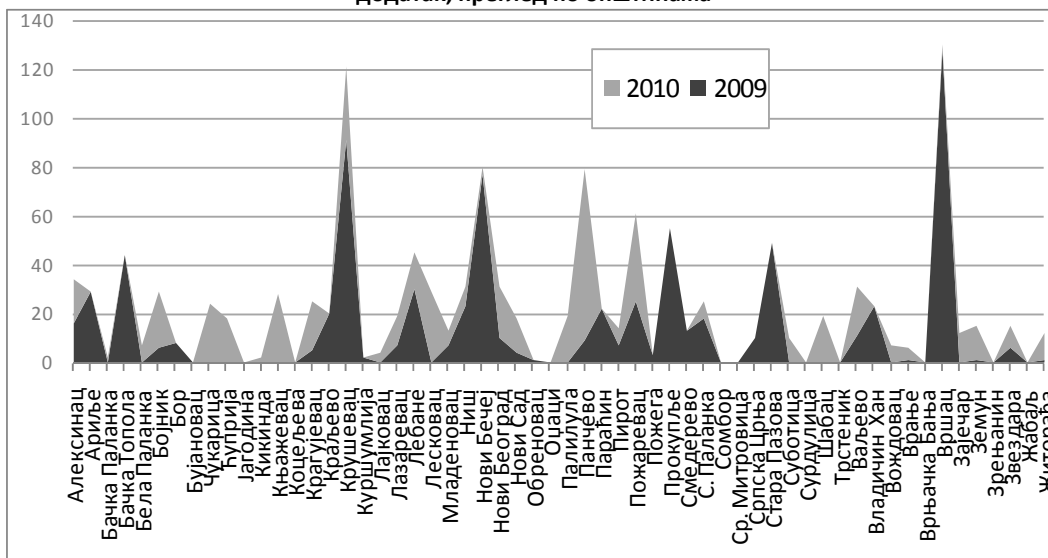
На основу претходно наведених података може се констатовати да је помоћ медијаторки при укључивању ромске деце у образовни систем веома драгоцена. Наиме, то представља основу за развој и побољшање животног стандарда Рома у будућем периоду, пре свега кроз запошљавање и остваривање зарада, а затим и путем подизања нивоа образовања ромске популације која ће у будућем периоду моћи лакше да прихвата позитивне вредности друштва, да се укључује у процесе демократског одлучивања о битним развојним проблемима који доприносе укупном развоју места где станују и земље у целини. То ће омогућавати да Роми сопственим потенцијалима постепено излазе из зоне сиромаштва, да стварају услове за продужење животног века чланова својих породица и да буду на задовољавајући начин социјално укључени.

5.3.2.3.6. Активности ромских здравствених медијаторки у области социјалне заштите Рома

У области институција социјалне заштите акценат активности медијаторки је био на помоћи Ромима код остваривања права на дечји додаток и права на туђу негу и помоћ. У обе посматране године, медијаторке су помогле да, у већем броју општина обухваћених Пројектом, ромске породице остваре дечји додаток и туђу негу.

У 2009. години, највећи број дечјих додатака је остварен у Вршцу (128), затим у Крушевцу (91), Новом Бечеју (77), Прокупљу (55), Старој Пазови (49), Бачкој Тополи (44), Лебану (30), Ариљу (29), Пожаревцу (25), Владичином Хану и Нишу (по 23), Параћину (22), Краљеву (20) итд.

Графикон бр. 16 Број ромске деце којој су ромске здравствене медијаторке обезбедиле дечји додаток, преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

За 2010. годину је карактеристично да је у појединим општинама настављена активност остваривања дечјег додатка за ромску децу, како у општинама које су у претходној години у оквиру ове активности биле веома успешне, тако и у новим општинама, као на пример: Лесковац (29), Књажевац (28), Палилула и Шабац (по 19), Зајечар (12), Суботица (10), Вождовац (7) итд.

У претходне две године медијаторке су својим активностима помогле да један, не тако мали, број Рома оствари право на накнаду за туђу негу. Овај број по општинама је веома дисперзиран и не би се могла успоставити веза са степеном развијености општина, већ чини нам се, пре са активношћу медијаторки и могућностима добијања докумената за остваривање наведеног права. У 2009. години, највећи број Рома корисника туђе неге остварен је у Новом Бечеју (37), затим у Смедереву (20), Старој Пазови (16), Прокупљу (15), Обреновцу (14), Алексинцу и Пожеги (по 10) итд. У 2010. години, у појединим општинама је повећан број Рома корисника туђе неге у односу на претходну годину (Лазаревац од 2 на 23, Нови Београд од 2 на 16 итд.), а у неким општинама је активношћу медијаторки дошло до успостављања овог права (Лесковац 13, Сремска Митровица 6, Житорађа 3 итд.).

На основу претходно анализираних података може се констатовати да ромске медијаторке својим активностима успевају да превазилазе све препреке при остваривању права Рома на социјалну заштиту и да, у сарадњи са надлежним институцијама, омогућавају остваривање тих права.

5.3.2.3.7. Помоћ ромских здравствених медијаторки у остваривању законских права Рома

Ромске медијаторке су, путем успостављања контаката са надлежним институцијама на терену, првенствено са центрима за социјални рад, локалним службама Црвеног крста и са надлежним службама у локалним самоуправама, у доминантном броју општина обухваћених Пројектом, обезбедиле остваривање законских права Рома везаних за материјалну помоћ, помоћ Црвеног крста и једнократну помоћ. У појединим општинама је забележено да је већи број корисника остварио сва три наведена права, као на пример, у општинама Стара Пазова, Смедерево, Владичин Хан, Вршац. Према добијеним резултатима само у четири обухваћене општине није остварено ни једно од наведених права (Ђуприја, Врњачка Бања, Зајечар и Зрењанин).

Табела бр. 42 Помоћ ромских здравствених медијаторки у остваривању законских права Рома у 2009. години, преглед по општинама

Општине	Помоћ у остваривању права из области социјалне заштите			Помоћ при добијању личних докумената и остваривању здравственог осигурања		Остало
	Остварена материјална помоћ	Остварена помоћ Црвеног крста	Остварена једнократна помоћ	Остварено здравствено осигурање	Остварена лична документа	
Алексинач	34	12	46	149	121	22
Ариље	17	11	23	32	14	4
Бачка Паланка	0	16	0	58	4	1
Бачка Топола	19	0	43	33	29	2
Бела Паланка	0	0	3	5	4	0
Бојник	18	0	73	116	22	0
Бор	0	0	0	30	0	0
Бујановац	2	0	21	30	5	3
Чукарица	0	71	0	3	1	0
Ђуприја	0	0	0	0	0	0
Кикинда	17	6	1	11	5	14

Књажевац	14	0	3	17	4	0
Коцељева	0	0	1	9	7	0
Крагујевац	6	39	46	76	0	3
Краљево	4	26	45	29	25	158
Крушевац	22	30	76	129	122	0
Куршумлија	0	0	7	12	0	0
Лајковац	0	16	0	2	2	5
Лазаревац	3	32	45	34	20	10
Лебане	44	7	35	221	50	38
Лесковац	22	0	57	80	44	0
Младеновац	1	20	8	50	45	0
Ниш	3	0	5	58	22	19
Нови Бечеј	135	34	90	217	298	0
Нови Београд	10	58	23	28	26	0
Нови Сад	0	1	0	0	0	0
Обреновац	0	2	26	40	17	0
Оџаци	8	0	20	0	0	0
Палилула	4	129	16	6	51	0
Панчево	11	0	14	187	9	22
Параћин	7	32	2	81	28	1
Пирот	3	0	1	16	0	4
Пожаревац	9	136	30	84	62	10
Пожега	6	44	74	18	13	17
Прокупље	7	0	9	24	17	0
Смедерево	50	16	223	400	16	0
Смедеревска Паланка	4	0	0	11	11	0
Српска Црња	61	2	11	66	17	5
Стара Пазова	28	497	103	58	70	0
Сурдулица	0	0	11	3	2	0
Шабач	7	0	3	11	1	2
Трстеник	2	13	19	14	1	4
Ваљево	10	13	20	39	7	1
Владичин Хан	7	200	39	62	86	0
Вождовац	0	0	0	13	0	0
Врање	1	2	0	1	1	0
Врњачка Бања	0	0	0	0	0	0
Вршац	144	25	67	323	158	39
Зајечар	0	0	0	2	0	0
Земун	0	6	3	0	0	1
Зрењанин	0	0	0	0	0	0
Звездара	6	1	1	5	0	0
Жабалъ	0	0	13	0	0	0
Житорађа	10	0	26	24	2	6
Укупно	756	1497	1382	2917	1439	391

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Бокс бр. 10 Сарадња ромске здравствене медијаторке са Црвеним крстом

- Сарадњу са Црвеним крстом сам остварила у јуну 2008. године.
 - До сада је Црвени крст обезбедио 110 хигијенских пакета за исто толико породица
 - За 50 породица су обезбеђени оброци у народној кухињи
 - Обезбеђена је гардероба, обућа, одећа, ћебад и јоргани за 70 породица у више наврата
 - У оквиру Црвеног крста развија се пројекат под називом „Подршка угроженој ромској деци“, а у оквиру њега
 - Програм ромски вртић и
 - Програм допунске наставе
- Медијаторка - Тамара Јовановић, Главна сестра патронаже - Јасмина Бошњаковић
Дом здравља Стара Пазова

Извор: Министарство здравља (2009b).

Право на здравствено осигурање и на добијање личних докумената је остварено, такође, у највећем броју обухваћених општина. У 2009. години, уз помоћ медијаторки, у општини Вршац остварило је право на здравствено осигурање 323 корисника ромске националности, док је лична документа добило њих 158. У Смедереву пак, право на здравствено осигурање остварило је чак 400 Рома, а лична документа добило је њих 16. У општини Нови Бечеј право на здравствено осигурање је остварило 217 лица ромске националности док је њих 298 добило лична документа. У Алексинцу право на здравствено осигурање је остварило 149 Рома, док је њих 121 добило лична документа, а у Лебану право на здравствено осигурање остварило је 221 лице ромске националности, а њих 50 је добило лична документа. Медијаторке су постигле значајне резултате и у другим општинама, што се јасно види из Табеле бр. 42.

У 2010. години, Протокол активности медијаторки је унапређен и проширен у делу везаном за остваривање законских права Рома, јер се показало да ове услуге захтевају успостављање директних контаката и обављање разговора са институцијама преко којих се законска права остварују.

Табела бр. 43 Обављени разговори од стране ромских здравствених медијаторки у надлежним институцијама ради остваривања законских права Рома, преглед по општинама

2010	Разговори у надлежним институцијама на локалном нивоу			
	Разговори у филијали РЗЗО	Разговори у Центру за социјални рад	Разговори у Црвеном крсту	Разговори у локалној заједници
Алексинач	12	23	6	0
Бачка Паланка	11	9	9	11
Бачка Топола	5	22	9	2
Бела Паланка	2	44	8	2
Бојник	3	48	0	3
Бор	24	11	0	0
Бујановац	16	28	0	1
Чукарица	37	61	7	54
Ђуприја	0	6	16	7
Јагодина	49	58	3	13

Кикинда	16	37	1	7
Књажевац	16	20	0	9
Крагујевац	1	66	31	10
Краљево	1	3	8	3
Крушевац	0	3	0	0
Лајковац	32	28	14	16
Лазаревац	62	71	14	18
Лебане	20	43	6	8
Лесковац	41	230	0	27
Младеновац	18	67	0	4
Ниш	6	1	0	3
Нови Бечеј	1	2	1	0
Нови Београд	110	230	237	52
Нови Сад	0	0	0	0
Обреновац	0	2	3	6
Палилула	2	101	38	4
Панчево	2	16	0	20
Параћин	8	37	11	7
Пирот	0	13	4	0
Пожаревац	9	2	64	0
Прокупље	4	118	7	21
Раковица	9	37	24	17
Смедерево	44	20	16	27
Смедеревска Паланка	1	0	10	42
Сомбор	33	28	25	39
Сремска Митровица	54	75	31	23
Стара Пазова	22	138	236	17
Суботица	83	51	7	27
Сурдулица	0	3	0	0
Шабац	37	63	1	12
Ваљево	48	30	6	16
Владичин Хан	0	2	2	0
Вождовац	4	9	7	5
Врање	0	8	1	8
Вршац	1	77	0	1
Зајечар	21	9	7	1
Земун	6	34	39	2
Звездара	34	36	14	78
Зрењанин	0	0	2	0
Житорађа	10	131	101	1
Укупно	915	2151	1026	624

Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Подаци из претходне табеле показују да је било неопходно да се у свим општинама обаве разговори од стране медијаторки, да би Роми остварили своја законска права из области здравствене и социјалне заштите. У највећем броју случајева, разговори су везани

за добијање информација о правима и о потребној документацији да би се конкретна права могла остварити. Свакако, ови разговори су обављани и у претходној години, али медијаторке нису биле обавезне да их евидентирају.

Подаци упућују да је, у појединим општинама било потребно да се обави више разговора за остваривање одређеног права, док су у неким општинама поједини корисници могли да остваре ова права и без обављања разговора у посматраној години (табела у прилогу). Ово упућује на могућност да су за поједине кориснике у одређеним општинама разговори обављени у претходној години када нису били евидентирани. То значи да су медијаторке, током реализације Пројекта, континуирано радиле на решавању питања везаних за остваривање законских права Рома, укључујући и обављање разговора у институцијама.

У 2010. години је уведена и додатна активност којом су се медијаторке бавиле „овера здравствене књижице“ у оквиру одељка о остваривању законских права Рома.

Укупан број корисника везано за остваривање законских права у 2010. години је удвостручен у односу на претходну годину. Активности медијаторки у овој области су у неким општинама битно интензивирани у односу на претходну годину, као на пример, у општини Нови Београд, Крагујевац, Књажевац, Чукарица, Прокупље, док су у осталим општинама настављене активности и остварени доста добри резултати (табела у прилогу).

На основу претходне анализе може се закључити да је, у ситуацији када се Роми у Србији суочавају са значајним проблемима везаним за квалитет њиховог живота и приступ институцијама преко којих треба да остварују своја законска права, а као последица њихове искључености у релативно дугом периоду, покретање пројекта везаног за запошљавање ромских здравствених медијаторки од стране Министарства здравља Републике Србије, била добро осмишљена и права одлука. Препреке се и даље јављају, али се оне веома успешно решавају активностима ромских здравствених медијаторки укључених у овај пројекат. Њихова основна база за покретање активности се налази у домовима здравља са којима медијаторке тесно сарађују и одређене активности заједнички реализују. Утврђене пројектне активности су у суштини у функцији побољшања здравља Рома на кратак и на дуги рок.

5.3.2.3.8. Активности ромских здравствених медијаторки на терену

Основне врсте активности које су медијаторке обављале на терену, као што смо видели, су: помоћ на уређењу животне средине и услова становања, предавања, радионице, агитке, постер, планирани разговор.

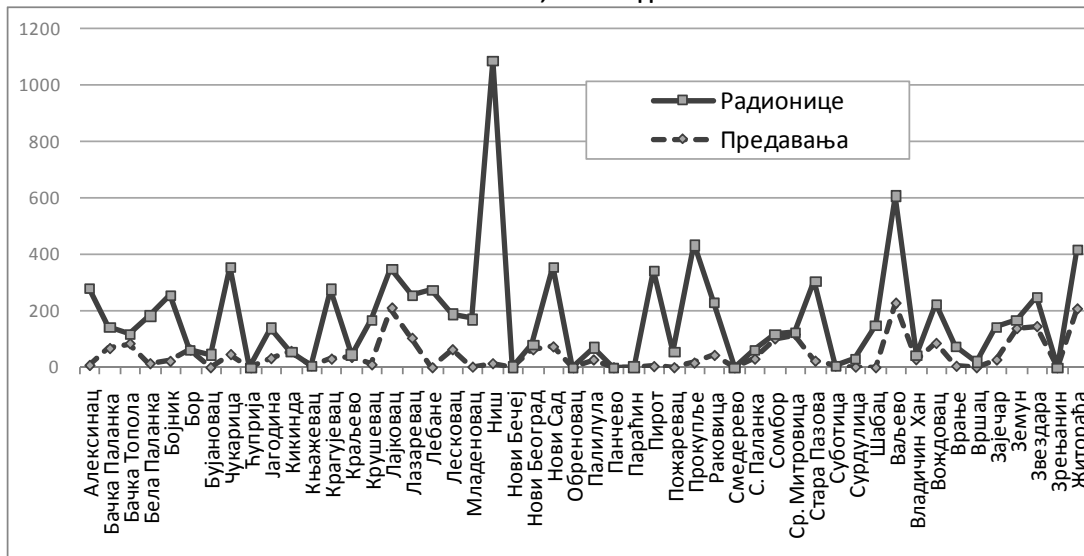
Врло важна активност за бољи живот и квалитетније здравље Рома је помоћ на уређењу животне средине и услова становања. И поред тога што се у првим годинама реализације Пројекта релативно мали број Рома одазвао у вези са обављањем ове активности и у мањем броју општина, значајно је само упознавање Рома са важношћу ове активности, као и чињеница да није остала без одзива. Учешће у реализацији ове активности забележено је, пре свега, у општини Нови Београд (31 у 2009., 25 у 2010. години), Алексинац и Пожега (по 28 у 2009.), Бачка Топола (17 и 1 респективно), Нови Бечеј (2 и 28), Прокупље (1 и 62), Параћин (10 у 2009.) итд.

За предавања и радионице је био заинтересован изузетно мали број Рома у 2009. години и то у само неколико општина (Бачка Топола, Бојник, Ниш, Нови Бечеј, Прокупље, Ваљево и Владичин Хан – 66 од укупно 99). Учешће у раду радионица је било знатно мање и

у мањем броју општина (Нови Београд 9, Нови Бечеј и Пирот по 5, Лазаревац и Ниш по 2, Српска Црња 1).

Међутим, у 2010. години, скоро у свим општинама значајан број Рома је учествовао у активностима везаним за предавања и за рад радионица. Када је реч о предавањима, највећи број је забележен у општини Ваљево (226, од укупно 2.233 лица), затим у општини Лајковац (209), Житорађа (206), Звездара (144), Земун (137), Сремска Митровица (116), Лазаревац (103), Сомбор (101) итд.

Графикон бр. 17 Број Рома који су учествовали на предавањима и у раду радионица, преглед по општинама, 2010. година



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

Учешће Рома у раду радионица¹⁴⁵ које су организовале ромске здравствене медијаторке у 2010. години је било много веће. Највећи број је забележен у општини Ниш (1073, од укупно 6.552 лица), затим у општини Прокупље (419), Ваљево (383), Пирот (338), Чукарица (310), Стара Пазова (283), Нови Сад (281), Лебане (274), Алексинац (273), Крагујевац (247), Бојник (234), Житорађа (213) итд.

Тзв. агитке – брошуре на разне теме, у обе посматране године су подељене релативно великом броју Рома. Посматрано по општинама, у 2009. години, највећи број агитки је дистрибуиран у општини Смедерево (695 од укупно 9.420), затим у општини Ваљево (663), Звездара (490), Крагујевац (469), Ниш (392), Нови Сад (376), Алексинац (350), Вождовац (327), Коцељева (325), Бојник (320), Прокупље (312) Нови Бечеј (303) итд. У 2010. години, највећи број агитки је дистрибуиран у општини Нови Сад (903, од укупно 9.809), затим у општини Ниш (863), Ваљево (769), Бела Паланка (743), Крагујевац (718), Пирот (579), Стара Пазова (567) итд.

У обе посматране године, постери су прихваћени у веома малом броју општина и мали број лица их је прихватио (по 24 у обе године).

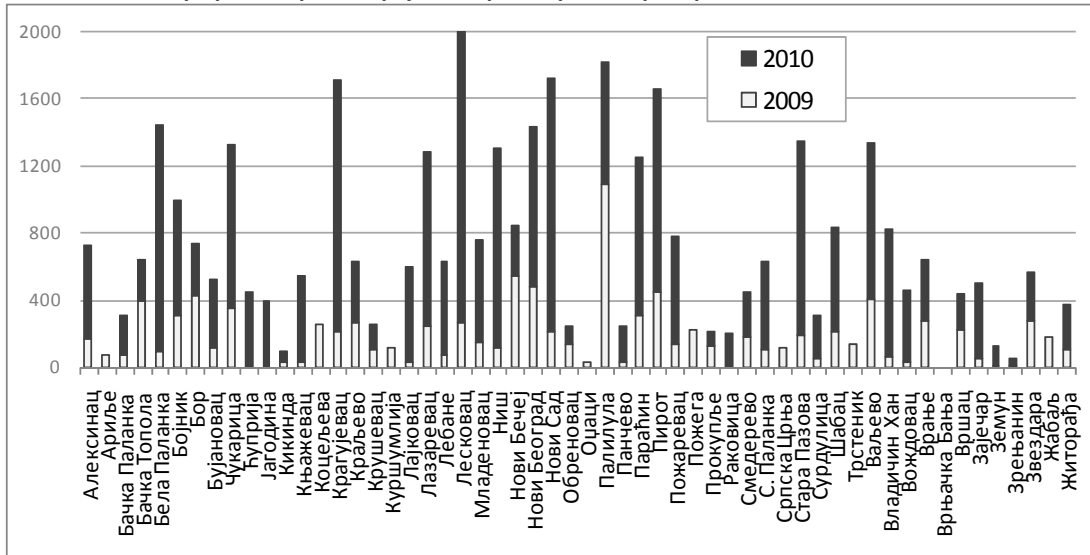
Добијени подаци показују да су медијаторке оствариле значајне резултате на терену путем обављања планираних разговора са Ромима у оквиру здравствено-васпитног рада.

¹⁴⁵ У разговору са медијаторкама сазнали смо да се радионице организују посебно са децом, са младима и са одраслим лицима, у групама од по 5 до 10 лица.

При обављању разговора медијаторке су поделиле Ромима промотивни здравствено-васпитни материјал. Чини се да су ови разговори омогућили стицање поверења Рома у рад медијаторки и да су помогли да се успешно обаве све друге активности утврђене у Протоколу чије смо резултате претходно анализирали.

У 2009. години, највећи број разговора је обављен у општини Палилула (1.092 од укупно 10.178), затим у општини Нови Бечеј (542), Нови Београд (480), Пирот (443), Бор (424), Ваљево (400), Бачка Топола (390) итд.

Графикон бр. 18 Број планираних разговора, преглед по општинама



Извор података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години, највећи број планираних разговора обављен је у општини Лесковац (1.751 од укупно 28.651), затим у општини Нови Сад (1.522), Крагујевац (1500), Бела Паланка (1356), Пирот (1.217), Стара Пазова (1.154), Ниш (1.193), Лазаревац (1.043), Чукарица (976), Нови Београд (956), Ваљево (933) итд.

Дакле, рад медијаторки на терену, по врстама активности, карактеришу остварени значајни резултати у обављању планираних разговора са Ромима и дистрибуирање брошура на разне теме (агитке) о здравствено-васпитним питањима везаним за побољшање здравственог стања Рома, остваривање социјалних и других права. У реализацији предавања и радионица у 2009. години су остварени почетни резултати, док су у 2010. години и ове активности релативно успешно обављене од стране медијаторки. Код помоћи на уређивању животне средине и услова становања, такође су остварени почетни, али веома значајни резултати који ће, са настављањем ове активности омогућити знатно већи успех у будућем периоду. Као што смо рекли, највећи успех на терену је постигнут код обављања планираних разговора, што показује да су медијаторке оствариле један од значајних циљева Пројекта, а то је успостављање комуникације са Ромима и њиховим породицама ради остваривања инклузије у локалној заједници, промоције здравља ромске популације и повећање доступности Рома здравственој и социјалној заштити.

Активности медијаторки на терену организоване су и према областима: исхрана, хигијена, планирање породице, вакцинација, здрави стилови живота и заразне болести. У 2009. години, забележен је рад медијаторки са приличним бројем лица ромске

националности по свим областима и у скоро свим општинама. Највећи одзив Рома, укупно и по општинама, забележен је у области вакцинације, хигијене и здравих стилова живота. Само у две општине (Ђуприја и Зрењанин) ни једна од наведених области није обављена.

У 2010. години, Роми су показали релативно велику заинтересованост за област здрави стилови живота у свим обухваћеним општинама. Чињеница је да здрави стилови живота на одређен начин подразумевају и све претходне области, па су медијаторке, вероватно, одлучиле да кроз ову област на свеобухватан начин едукују Роме, јер су они показали велики интерес за укључивање у реализацију активности на терену кроз учешће у овој области. Укупно је било укључено у 2010. години 37.487 лица, а по општинама од преко 181 у Сомбору до 2.281 у Нишу.

Пројектом су била предвиђена три места одржавања активности медијаторки у раду са Ромима на терену: месна заједница, породица, клуб. У обе посматране године Роми су се доминантно определили, укупно и у скоро свим општинама, да место одржавања активности буде породица. И саме **медијаторке су препознале значај одржавања активности на терену у оквиру породица па су своје активности на терену на овај начин и организовале, што се показало веома успешним, јер је, у обе посматране године (2009. и 2010.), извођењем активности на терену у оквиру породице било обухваћено 47.037 Рома, односно 38,2% од укупног броја пописаних Рома у обухваћеним општинама (123.100), што је, може се рећи, велики проценат.**

6. ЕКОНОМСКА АНАЛИЗА УВОЂЕЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СИСТЕМ ЈАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СРБИЈИ

Након интензивирања процеса транзиције у Србији, тј. од краја 2000. године до данас, извршене су бројне промене у законској регулативи и у домену здравствене политике. Важан допринос овим променама произашао је и из реализације многобројних пројеката који су финансирани, пре свега, из донаторских средстава.

Међутим, требало је да прође доста времена да српска Влада и њена министарства прихвате неопходност мониторинга и валоризације резултата реализованих пројеката са становишта њиховог утицаја на креирање политика и законске регулативе. Само за неке пројекте и то на захтев донатора, рађене су економске анализе, како би се сагледала, прво, исплативост улагања, а друго, и одрживост политика које су креиране на бази резултата реализованих пројеката.¹⁴⁶

За креирање будуће здравствене политике и конкретних активности на бази података и за сагледавање друштвено-економских последица евентуално предузиманих мера и активности, први пут је урађена и студија „Птичји грип у Србији“ на иницијативу и уз подршку UNDP-а, за потребе Владе Републике Србије.¹⁴⁷

Дакле, утицај донатора, уз њихову финансијску подршку, помогао је да учесници у креирању и реализацији појединих секторских политика у Србији, постепено прихватају потребу израде економских анализа пројеката. Намера донатора је да се обезбеди одрживост предузиманих активности у оквиру самих пројеката, али и укључивање реализованих активности у домаћи систем и након повлачења донатора, односно након оспособљавања српске економије и система јавних финансија за нормално и самостално функционисање (без донаторске подршке).

Економска анализа омогућава компарацију улагања, односно трошкова и остварених резултата тих улагања. Она подразумева идентификацију и анализу трошкова пројекта са једне стране, и идентификацију, процену и анализу остварених резултата, са друге стране. На основу ове две компоненте процењује се економска ефикасност пројекта.

6.1. ЗНАЧАЈ ЕКОНОМСКЕ АНАЛИЗЕ

Економска анализа у области здравства је веома сложена с обзиром да се ради о области чије је резултате сложено исказивати.¹⁴⁸ Стога, у пракси, економску анализу у области здравства, не треба схватити само као оперативни метод помоћу кога се оцењује ефикасност пројеката, већ и као метод помоћу кога се изражава логика понашања сваког субјекта у оквиру активности пројекта које се предузимају у току његове реализације, како са аспекта имплементације постојеће и даљег унапређивања здравствене политике, тако и

¹⁴⁶ На пример, (1) Динкић et al. (2004а), (2) Динкић., Момчиловић (2005), (3) Динкић (2004b), (4) Динкић, Огњеновић, Савчић (2009b).

¹⁴⁷ Динкић, Бранковић, Тошић, Станисављевић, Ђурић (2007b).

¹⁴⁸ Динкић (1990).

са становишта примене и унапређивања законске регулативе и реализације утврђених стратешких циљева у датој здравственој области на који се пројекат односи.

У свету се све више чине напори на изналажењу најадекватнијих метода и аналитичких поступака за изражавање трошкова и резултата у овој области.¹⁴⁹ Ако је пројекат у току реализације, као што је то случај са нашим пројектом, економска анализа се ради за протекли и за будући период. Из добијених резултата за протекли период може се видети шта је било добро у току реализације пројекта, а шта лоше. Изведени закључци на основу економске анализе из протеклог периода, упутиће на захтев за отклањање неповољних резултата улагања и за усмеравање улагања на начин који ће допринети побољшању економских резултата у будућем периоду. Ово је нарочито значајно за пројекте који су реализовани уз помоћ донатора и који би требало да буду интегрисани у домаћи систем, уз додатну помоћ владе након повлачења донатора. Због тога је значајно до каквих ће се резултата доћи у поступку спровођења *cost-benefit* и укупне економске анализе.

Посебан тип економске анализе узима у обзир обухват и анализу трошкова везаних за реализацију пројекта, опис и анализу резултата (бенефита) који се остварују по основу реализованих трошкова током реализације пројекта и економску евалуацију која подразумева оцену утицаја свих трошкова на све постигнуте резултате. При томе, може се оцењивати компаративни утицај различитих мера на идентификоване резултате. Наиме, економска евалуација треба да покаже да ли су нове владине интервенције, било директне, или уз помоћ донатора, усмерене на поједине категорије становништва, биле успешне као што се очекивало приликом доношења одлука о реализацији пројекта, какви су ефекти учешћа донатора и невладиног сектора у реализацији пројекта, да ли су институције преко којих је пројекат реализован биле ефикасне и томе слично.

Неопходно је нагласити да су код спровођења економске анализе могуће различите варијанте мерења успешности здравствених пројеката. Пре свега, користи се самеравање обима улагања и добијених исхода, затим, упоређивање исхода добијених на основу реализованог пројекта са резултатима без реализације пројекта¹⁵⁰, мерење резултата остваривања права у оквиру државних институција и остваривања права одређених категорија становништва као слободних грађана¹⁵¹.

6.2. МЕТОДОЛОГИЈА ЕКОНОМСКЕ АНАЛИЗЕ УВОЂЕЊА РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СИСТЕМ ЈАВНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У СРБИЈИ

У пракси се примењују два најважнија типа економског вредновања остварених резултата од улагања у здравствене пројекте: *cost-benefit* анализа (*CBA*) и *cost-effectiveness* анализа (*CEA*). Главна разлика између ова два типа анализа огледа се у исказивању јединица мере резултата остварених од датих улагања. *Cost-benefit* анализа подразумева вредновање и исказивање трошкова и резултата у новчаним јединицама. Код *CEA* анализе користи од улагања у одређену здравствену област се исказују у здравственим јединицама, а мерење трошкова се врши њиховим исказивањем по јединици у оквиру извршене услуге.

¹⁴⁹ Видети на пример: World Health Organization (2006).

¹⁵⁰ Динкић, Јовановић, Момчиловић, Станковић, Зајегановић-Јаковљевић, (2004а).

¹⁵¹ Динкић, Момчиловић (2005).

Подтип *CEA* је *cost-utility* анализа (*CUA*) којом се врши компарација између улагања усмерених на остваривање различитих здравствених резултата, односно исхода.

Cost-benefit анализа је најпримеренији тип економске анализе. Међутим, најчешће примењиване методе у здравственој литератури су *cost-effectiveness* и *cost-utility* анализе, док је примена *cost-benefit* анализе ретка, јер захтева изражавање исхода у новчаним јединицама и расположивост одређених података за оцену бенефита. Због тога смо, пре приступања примене *cost-benefit* анализе у оквиру овог истраживања, идентификовали расположивост неопходних података за примену овог метода у спровођењу економске анализе.

Поступак *cost-benefit* анализе пројекта који су у току у области здравства се састоји из неколико фаза:

- Идентификација основног циља пројекта
- Идентификација и утврђивање трошкова
- Идентификација и утврђивање резултата
- Избор елемената за спровођење економске анализе
- Анализа добијених резултата
- Предлагање одлука везаних за даљу реализацију пројекта.

Основни елементи *cost-benefit* анализе су:

- Дисконтни фактор – дисконтна стопа
- Однос резултата и трошкова
- Интерна стопа рентабилности
- Нето садашња вредност.

6.2.1. Идентификација основног циља пројекта

Основни циљ пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора“ је: (1) **унапређивање здравственог стања ромске популације. Ефикасније остваривање основног циља подразумева и остваривање два кључна потциља: (1) идентификација стања о друштвено-економском положају и здравственом стању Рома у Србији и (2) обезбеђивање бољег приступа Рома здравственој заштити.**

Задатак ромских здравствених медијатора је да, путем идентификације ромских породица и њихових чланова, њиховог социјално-економског статуса и проблема са којима се ове породице суочавају на терену, пружају неопходне услуге Ромима ради остваривања основног циља пројекта. То, међутим, обухвата и широку област остваривања права Рома у складу са усвојеним стратешким документима и законском регулативом, како у здравству, тако и у свим другим областима са правима која условљавају приступ здравственој заштити Рома ради унапређивања њиховог здравственог стања.

На основу дефинисаног циља пројекта и осмишљених задатака ромских медијатора ангажованих у оквиру пројекта, развијан је и усавршаван Протокол активности пројекта од стране Радне групе Министарства здравља и евидентирање резултата реализованих активности од стране ангажованих медијаторки. Дефинисани циљ и задаци пројекта и

евидентирани резултати на бази Протокола, представљају основу за креирање методологије за спровођење економске анализе о исплативости увођења програма запошљавања ромских здравствених медијаторки у систем јавног здравства Србије.

6.2.2. Идентификација и утврђивање трошкова

Поступак за идентификацију и утврђивање трошкова нашег Пројекта састоји се из неколико фаза:

Прва фаза – утврђивање директних мерљивих трошкова свих учесника у пројекту

Друга фаза – утврђивање индиректних мерљивих трошкова учесника у пројекту

Трећа фаза: оцена немерљивих трошкова учесника у пројекту

Четврта фаза: оцена немерљивих друштвених трошкова

Пета фаза – валоризовање трошкова Пројекта према значају његове реализације са аспекта усвојене стратешке здравствене политике и извршених измена у законској регулативи.

6.2.3. Идентификација и утврђивање резултата

Као и код трошкова, идентификација и утврђивање резултата (исхода) здравствених пројеката има четири основне фазе:

Прва фаза – Идентификација и избор резултата који ће бити укључени у анализу

- Идентификација директних резултата који произлазе из активности везаних за пројекат и за област здравства
- Идентификација директних резултата који не произлазе из примене мера из области здравствене политике, већ произлазе из примене мера других владиних политика
- Идентификација индиректних резултата везаних за локалну животну околину, као и за глобалну околину на нивоу друштва

Друга фаза – идентификација података и извора за мерење резултата

Трећа фаза – Квантификовање резултата изражених у физичким јединицама

Четврта фаза – квантификовање резултата изражених у новцу.

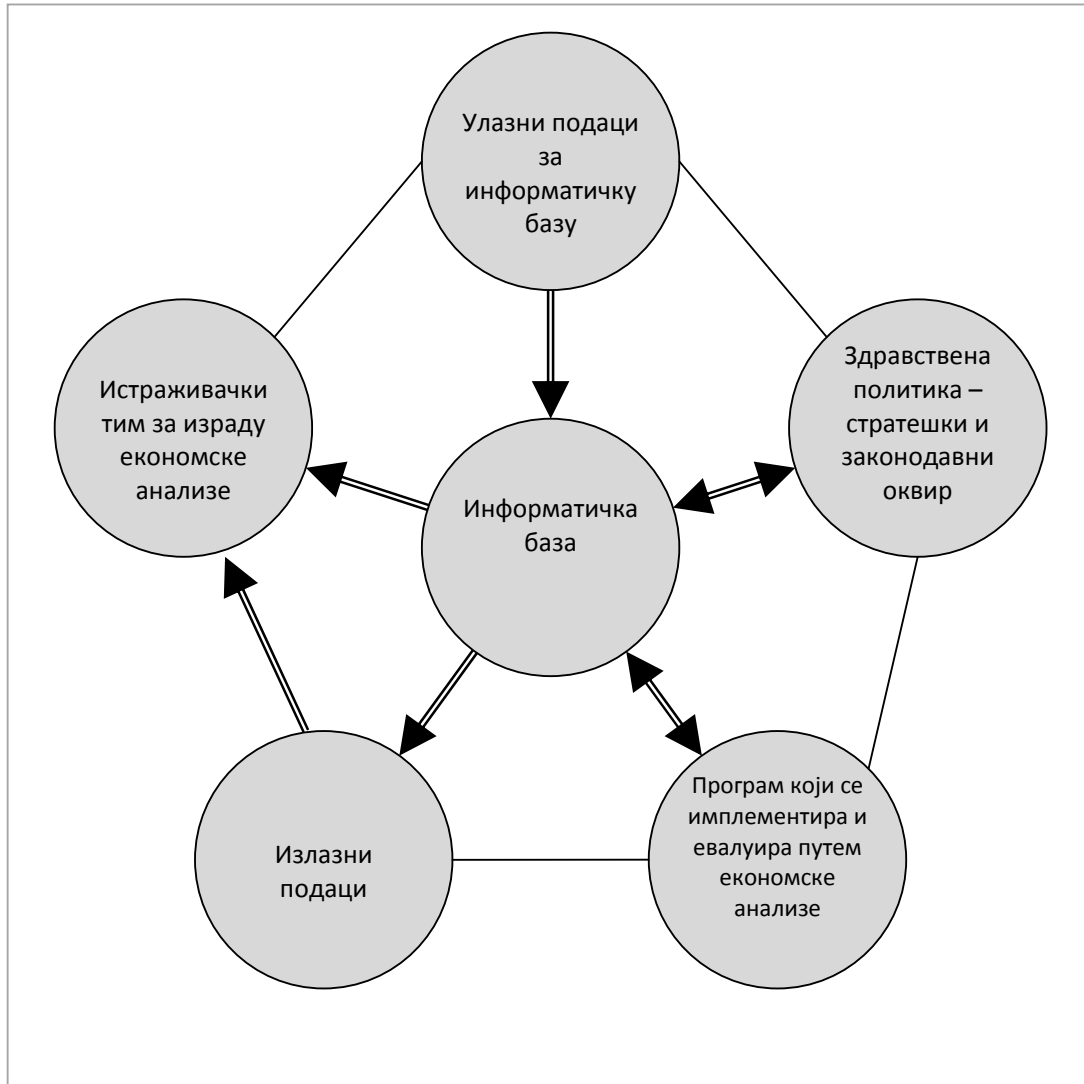
6.2.4. Поступак спровођења економске анализе

Квалитет економске анализе у великој мери зависи од квалитета и довољне расположивости информација неопходних за оцену ефикасности пројекта. То подразумева, пре свега, формирање информационе основе о свим активностима које се реализују у оквиру пројекта и адекватну информатичку обраду података које информатичка база садржи. Другим речима, ако влада, односно надлежно министарство, жели да има

економску анализу ради бржег и квалитетнијег унапређивања здравствене политике, потребно је да се побрине да успостави одговарајући информациони систем.

Поступак спровођења економске анализе би се могао графички изразити на

Дијаграм бр. 1 Међузависност поступака за израду економске анализе



следећи начин:

Међутим, економска анализа се не може ослањати само на податке из пројеката који су укључени у информациони систем, већ је неопходно да се информациона база пуни и другим важним подацима, не само из области здравства, укључујући и стратешка документа из ове области, већ и релевантним подацима који указују на темпо и динамику укупног економског развоја, а који се могу преузимати из државне статистике на локалном и националном нивоу. Такође, информациони систем Министарства здравља треба да буде повезан и са Републичким заводом за здравствено осигурање и са информационим системима других релевантних институција. Исто тако, важни су и подаци из истраживања које спроводи невладин сектор из дате области.

Дакле, информациони систем у области здравства је основа за израду економских анализа везаних за реализацију стратешких циљева и пројеката који се реализују у овој области, а који су у функцији унапређивања здравља грађана Србије, нарочито осетљивих група становништва као што је то случај са Ромима.

Полазећи од истраживања која су вршена на тему *cost-benefit* анализе у области здравства, дефинисане су смернице, препоручене и од стране Светске здравствене организације, за спровођење *cost-benefit* анализе везано за улагања у области здравства¹⁵², на националном и локалном нивоу. Ове смернице упућују да је неопходно направити више различитих корака у процесу спровођења ове анализе. Они су указали да општи оквир за економску анализу здравствених пројеката са специфичностима које они, по природи, садрже, захтева одговоре на 10 најважнијих питања:

- Да ли су питања дефинисана на такав начин да се на њих може једноставно одговорити?
- Да ли је дат свеобухватан опис могућих алтернативних решења?
- Да ли је су успостављено мерење ефективности програма или услуга?
- Да ли су идентификовани сви релевантни трошкови и последице могућих алтернативних решења?
- Да ли је могуће резултате мерити у одговарајућим физичким јединицама?
- Да ли је евалуација трошкова и последица извршена на кредибилан начин?
- Да ли се води рачуна о временском разграничењу трошкова?
- Да ли је извршена инкрементална анализа трошкова и последица различитих алтернативних решења?
- Да ли је приликом процене трошкова и користи узета у обзир стохастичка компонента?
- Да ли презентација и интерпретација резултата анализе укључују сва питања које су од значаја за кориснике?

Могућност обезбеђивања одговора на претходно дефинисана питања најбоље се може видети из описа пројекта. Неопходно је идентификовати учеснике у његовој реализацији, форме учествовања, активности које ће бити реализоване, односно које се реализују када је реч о нашем пројекту који је у току, а нарочито исходе који се очекују, односно који су добијени током реализације пројекта. Информатичка база података Министарства здравља о пројекту и додатне информације које обезбеђује финансијска служба Министарства показују да је, у целини узев, могуће обезбедити одговоре на претходно постављена питања и да имамо расположиве податке за спровођење економске анализе. То значи да можемо да приступимо изради економске анализе нашег пројекта, пре свега, путем примене *cost-benefit* анализе.

6.2.5. Избор елемената за спровођење *cost-benefit* анализе

Као што смо претходно навели, основни елементи *cost-benefit* анализе су: (1) дисконтна стопа, (2) однос резултата и трошкова (3) интерна стопа рентабилности и (4) нето садашња вредност. Који ће од наведених елемената бити коришћен зависи од начина

¹⁵² World Health Organization (2006), стр. 8-12.

исказивања трошкова и резултата. То ће зависити од могућности исказивања укупних трошкова и укупних резултата у новцу, или од исказивања резултата у физичким јединицама и трошкова по једној јединици идентификованих резултата.

Један од веома значајних елемената *cost-benefit* анализе је **дисконтни фактор, или дисконтна стопа** помоћу које се врши свођење трошкова и резултата исказаних у новцу на садашње вредности. Дисконтна стопа означава брзину промена вредности трошкова и резултата у посматраном периоду. Она се јавља као израз временских преференција у коришћењу појединих врста услуга када је реч о здравственој области, односно цена коју је неко спреман да плати да би ту услугу сада користио уместо њену увећану вредност (у овом случају вредност здравствене услуге) у неком наредном периоду. Неопходно је напоменути да дисконтовању подлежу само новчано мерљиви трошкови и резултати.

Избор дисконтне стопе код примене *cost-benefit* анализе у евалуирању здравствених пројеката је веома деликатан, нарочито у условима несавршеног функционисања тржишта капитала као што је то случај сада са Србијом где процес транзиције још увек траје. Већина аутора у свету се слаже, а многе развијене земље то и у пракси примењују, да се за спровођење *cost-benefit* анализе у здравству користи тзв. друштвена дисконтна стопа. Њу би требало да утврђује емисиона установа тј. Народна банка Србије, или одговарајући државни орган који учествује у доношењу одлука о укупној економској политици земље. Препоручује се да се користи иста дисконтна стопа и за трошкове и за резултате.¹⁵³

Због бројних проблема који се јављају при утврђивању друштвене дисконтне стопе сугерише се да се код њеног избора крене да је непозната величина, а да се тек касније утврди као „преломна вредност“ при којој је нето садашња вредност пројекта једнака нули, или при којој нето садашња вредност прелази са позитивне на негативну. На том нивоу пројекат се може сматрати прихватљивим, а преломна вредност се може сматрати унутрашњом стопом приноса пројекта.

Коефицијент односа резултата и трошкова користи се, првенствено, код пројеката код којих постоје ограничења која детерминишу обим средстава која се објективно могу издвојити за његову реализацију. Он се дефинише као однос садашњих вредности укупних резултата и укупних трошкова, при чему је дисконтна стопа иста у целом периоду. Потребно је да овај коефицијент буде већи од јединице да би представљао прихватљиву меру ефикасности пројекта.

Интерна стопа рентабилности представља ону стопу при којој је, за целокупан посматрани период, нето садашња вредност резултата и трошкова једнака нули. Према интерној стопи рентабилности пројекат је прихватљив ако је добијена интерна стопа рентабилности већа од пожељне стопе рентабилности, при чему се за пожељну стопу рентабилности обично узима друштвена дисконтна стопа. Између више алтернатива узима се она која има највећу интерну стопу рентабилности.

Нето садашња вредност представља разлику између дисконтованих вредности резултата и трошкова. Суштина овог елемента је да се нађе сума произашлих ефеката у току

¹⁵³ У документу Светске здравствене организације се указује на могућност варирања дисконтне стопе између 0% и 10%, али се препоручује примена дисконтне стопе од 3%. Извор: World Health Organization (2006), стр. 34. Такође, наводи се да је, кад год је то могуће, најбоље да се користи тржишна каматна стопа или есконтна стопа централне банке. Међутим, то није најбоље решење у земљама у којима се монетарна политика користи као важан инструмент монетарне политике, и где есконтне стопе могу да се мењају релативно често.

примене пројекта пошто су сви трошкови и сви резултати дисконтовањем претходно сведени на садашњу вредност. По правилу, пројекат је прихватљив ако је нето садашња вредност већа од нуле, а између алтернативних пројеката или више варијанти треба изабрати ону чија је нето садашња вредност највећа.

При опредељивању оцене ефикасности пројекта на основу претходно наведених елемената неопходно је имати у виду и додатне чињенице које су релевантне за ниво његове ефикасности. Тако на пример, нето садашња вредност може бити велика, али ако су и трошкови велики у односу на добијене исходе исказане у физичким јединицама, поставља се питање да ли је ефикасност пројекта мерена овим елементом прихватљива. Због тога је потребно додатно испитати значај мере ефикасности сваког од наведеног елемента имајући у виду и природу пројекта и на основу додатних упоређивања определити се за онај елемент на основу кога се добија прихватљив ниво ефикасности пројекта.

6.3. ИДЕНТИФИКАЦИЈА И УКЉУЧИВАЊЕ ТРОШКОВА ВЕЗАНИХ ЗА РЕАЛИЗАЦИЈУ ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ“ У ПЕРИОДУ 2008-2010. ГОДИНЕ У ЕКОНОМСКУ АНАЛИЗУ

6.3.1. Укупна улагања у оквиру пројекта

У овом делу студије најпре се наводе и анализирају подаци о улагањима у пројекат у 2008., 2009. и 2010. години. Реч је о трошковима који су везани за годину у којој су настали, и који нису временски разграничени на укупан период коришћења наведеног улагања; другим речима, није реч о директним, већ о укупним трошковима по годинама када су настали.

Досадашња улагања у пројекат обухватају неколико врста трошкова. Најпре, реч је о накнадама за рад ангажованих ромских здравствених медијаторки, које су дате у бруто износу. Друго, постоје трошкови везано за едукацију и усавршавање медијаторки, где спадају трошкови семинара и симпозијума. Треће, постоји шаролика група трошкова, која обухвата различита средства које медијаторке користе у свом раду, као што су протоколи, брошуре, приручници и други штампани материјали, али и рачунари и рачунарски софтвер, као и мобилни телефони, које медијаторке такође користе у свом раду.

Као што се може видети из приложене табеле, у структури укупних улагања доминирају трошкови бруто накнада за рад ангажованих медијаторки. Њихово учешће у структури укупних улагања варира из године у годину, али за читав период 2008-2010. креће се на нивоу од $\frac{3}{4}$. Улагања везано за едукативне семинаре су друга по значају, а заједно са улагањима у одржавање симпозијума, имају учешће од 11% у укупним улагањима током посматраног периода. Улагања у рачунарску опрему, у коју спадају лаптопови и опрема за повезивање на Интернет, и улагања у израду софтвера и формирање базе података, заједно имају учешће од 8%, што је мало више од улагања у различите публикације које се користе у раду здравствених медијаторки, а чије учешће у структури укупних улагања за период 2008-2010. године износи 7%. На крају, најмање учешће у структури укупних улагања имају трошкови мобилних телефона, и оно износи свега 1%.

Табела бр. 44 Укупна улагања у оквиру пројекта - структура према намени утрошених средстава, РСД, текуће цене

Улагања по намени	2008		2009		2010		Укупно	
	износ	%	износ	%	износ	%	износ	%
Бруто накнаде за рад ангажованих здравствених медијаторки	3.500.760	94%	11.899.713	78%	22.242.165	69%	37.642.638	74%
Образовање медијаторки за обављање планираних активности – одржавање едукативних семинара[1]	208.020	6%	2.045.909	13%	2.235.243	7%	4.489.172	9%
Представљање остварених резултата од стране медијаторки - симпозијуми [2]	-	-	659.795	4%	406.416	1%	1.066.210	2%
Трошкови израде софтвера за формирање информатичке базе пројекта и за одржавање сервера	-	-	-	-	668.785	2%	668.785	1%
Вредност ангажоване опреме за унос података у информатичку базу [3]	-	-	-	-	3.426.237	11%	3.426.237	7%
Припрема и штампа приручника, календара вакцинација, агитки, dvd-а и другог материјала	-	-	699.229	5%	2.783.175	9%	3.482.403	7%
Мобилни телефони	-	-	-	-	283.976	1%	283.976	1%
Укупно	3.708.780		15.304.646		32.045.996		51.059.422	

[1] У оквиру ових трошкова укључено је следеће: путни трошкови, трошкови предавача и трошкови материјала.

[2] У оквиру ових трошкова сврстани су: путни трошкови, трошкови смештаја и исхране учесника, трошкови штампања зборника, трошкови материјала (умножавање презентација, освежавајућа пића за време паузе и томе слично.

[3] Рачунато је да је век трајања ангажоване опреме 5 година.

Извори података: Министарство здравља Републике Србије, ДИЛС

Улагања у пројекат су вршена од стране Владе Републике Србије, као и од стране донатора. Улагања из буџета Републике Србије имају доминантно учешће у структури укупних улагања, и оно, током периода 2008-2010. године, износи 68%. Наведена средства била су намењена искључиво за исплату бруто накнада за рад ангажованих здравствених медијаторки. ОЕБС је подржавао пројекат од самог почетка, а њихова улагања се односе на трошкове семинара и симпозијума, као и на израду протокола, приручника за рад, брошура, календара вакцинација, и другог штампаног материјала. Улагања ОЕБС-а током читавог посматраног периода крећу се на нивоу од 10%. Пројекат „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу - ДИЛС“ пружа подршку пројекту ангажовања ромских здравствених медијаторки од 2009. године. Њихово учешће у структури укупних улагања је до сада износило нешто преко 1/5, а улагања се односе на исплату бруто накнада за рад једном броју ангажованих медијаторки и трошкове едукативних семинара. Теленор је, у сарадњи са УНИЦЕФ-ом, 2010. године дао донацију, која се састојала у додели лаптопова и мобилних телефона на коришћење, као и у финансирању неколико едукативних семинара и припреме пропагандног материјала. Учешће Теленора у структури укупних улагања износи

15%. Улагања од стране УНИЦЕФ-а су се до сада односила на трошкове израде софтвера и припреме базе података, и чине 2% укупних улагања у оквиру пројекта.

Табела бр. 45 Укупна улагања у оквиру пројекта – структура према изворима средстава, РСД, текуће цене

Извор средстава	2008		2009		2010		Укупно	
	износ	%	износ	%	износ	%	износ	%
Буџет Републике Србије	3.500.760	94%	10.754.823	74%	15.506.922	59%	29.762.505	68%
ОЕБС	208.020	6%	2.352.723	16%	1.924.515	7%	4.485.258	10%
Пројекат ДИЛС	-	-	2.197.099	15%	7.148.861	27%	9.345.960	21%
Теленор	-	-	-	-	6.796.913	26%	6.796.913	15%
УНИЦЕФ	-	-	-	-	668.785	3%	668.785	2%
Укупно	3.708.780		15.304.646		32.045.996		51.059.422	

Извори података: Министарство здравља Републике Србије, ДИЛС

6.3.2. Укупни директни трошкови пројекта

На основу информатичке базе Пројекта и расположивих финансијских података Министарства здравља у вези са финансирањем овог пројекта, идентификовали смо директне трошкове изражене у новцу и изворе њиховог финансирања. Такође, на основу обављених разговора са тимом Министарства здравља који се стара о реализацији овог Пројекта и са неколико здравствених медијаторки (по избору тима МЗ) које су ангажоване на реализацији пројекта, утврдили смо да постоје и директни трошкови које је неопходно проценити уз помоћ релевантних индикатора. Информатичка база пројекта омогућава израчунавање трошкова по физичким јединицама и израчунавање тзв. инкременталних трошкова.

На основу наведених укупних директних трошкова Пројекта, извршена је њихова расподела по врстама активности које обављају ромске здравствене медијаторке. Расподела је извршена по основу учешћа које поједине услуге које медијаторке обављају за своје кориснике имају у укупном броју услуга које оне пружају. При томе, изузете су активности које медијаторке обављају приликом првих посета, јер је реч о активностима евидентирања стања, које су предуслов за пружање услуга које су потребне појединачним корисницима.

Директни трошкови по појединачној услузи коју ангажоване ромске здравствене медијаторке пружају својим корисницима, процењени су на 498 динара у 2009. години и 419 динара у 2010. Нешто виши јединични трошкови у 2009. у односу на 2010. годину резултат су мањег броја пружених услуга, а за шта, по нашој процени, постоје два главна објективна разлога. Прво, у 2009. години медијаторке су обавиле релативно више првих посета, током којих су само евидентирале стање, и нису пружале никакву услугу. Друго, највећи број медијаторки је ангажован управо 2009. године, и било је потребно одређено време да се уходају и стекну рутину у обављању одређених активности. Сем ова два, постоји и додатни разлог, а то је да поједине активности које су евидентиране у 2010. нису биле заступљене у Протоколу из 2009. године.

Табела бр. 46 Укупни директни трошкови пројекта по годинама

Врста трошка, у динарима, текуће цене	2008	2009	2010
ЕВИДЕНТИРАНИ ДИРЕКТНИ ТРОШКОВИ			
Бруто накнаде за рад ангажованих здравствених медијаторки	3.500.760	11.899.713	22.242.165
Образовање медијаторки за обављање планираних активности – одржавање едукативних семинара[1]	17.335	185.992	223.524
Представљање остварених резултата од стране медијаторки - симпозијуми[2]	-	659.795	406.416
Трошкови израде софтвера за формирање информатичке базе пројекта и за одржавање сервера	-	312.588	334.385
Вредност ангажоване опреме за унос података у информатичку базу[3]	-	685.247	685.247
Припрема и штампа приручника, календара вакцинација, агитки, dvd-а и другог материјала	-	699.229	2.783.175
Мобилни телефони	-	-	94.659
Укупно	3.518.095	14.442.564	26.769.571

[1] У оквиру ових трошкова укључено је следеће: путни трошкови, трошкови предавача и трошкови материјала.

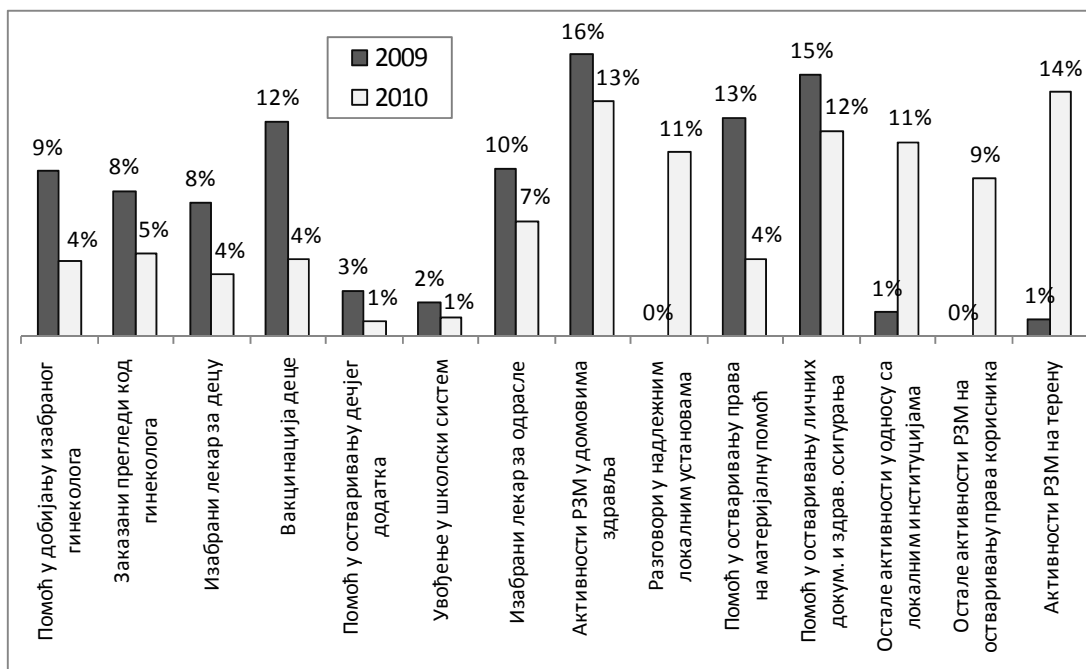
[2] У оквиру ових трошкова сврстани су: путни трошкови, трошкови смештаја и исхране учесника, трошкови штампања зборника, трошкови материјала (умножавање презентација, освежавајућа пића за време паузе и томе слично.

[3] Рачунато је да је век трајања ангажоване опреме 5 година.

Извори података: Министарство здравља Републике Србије, ДИЛС

У 2009. години активности ромских здравствених медијаторки су превасходно биле усмерене на пружање услуга које су имале за циљ поправљање ургентних проблема који су уочени током првих посета, а који су претежно везани за неостварено здравствено осигурање, или некоришћена права која проистичу из здравственог осигурања. Наиме, 37% директних трошкова ангажовања медијаторки у 2009. години се може приписати обављању једну од следеће четири активности: помоћ корисницима у остваривању права на здравствено осигурање, помоћ одраслим корисницима у остваривању права на избор лекара опште праксе, помоћ Ромкињама у остваривању права на избор гинеколога, и помоћ деци у остваривању права на избор педијатра. Једна од ургентних активности коју медијаторке спроводе јесте вакцинација, и то пре свега невакцинисане деце, али и одраслих, и на ове активности се односило 14% директних трошкова ангажовања медијаторки у 2009. години. На остале активности из домена здравствене заштите односила се $\frac{1}{4}$ укупних директних трошкова ангажовања медијаторки у поменутој години, и то највише на заказивање прегледа (код лекара опште праксе, гинеколога, стоматолога и других специјалиста, систематских прегледа и др. – 22% директних трошкова), учешће у активностима осталих служби које раде у дому здравља (превентивни центар, патронажа), обезбеђење пружања здравствених услуга на терену, и обезбеђење пружања туђе неге. Поред наведених активности, које резултују у пружању конкретних здравствених услуга корисницима, ромске здравствене медијаторке обављају и друге активности, на које се у 2009. години односила готово $\frac{1}{4}$ укупних директних трошкова њиховог ангажовања. У ову групу активности спадале су, пре свега, помоћ у остваривању права на различите врсте материјалне помоћи (13% директних трошкова) и помоћ у добијању личних докумената (5% директних трошкова), а остатак се односио на активности везано за упис деце у школу, помоћ у добијању дечјег додатка, остале активности везано за успостављање односа са институцијама на локалном нивоу, и активности медијатора на терену (пре свега на уређењу животне средине).

Графикон бр. 19 Структура директних трошкова ангажовања ромских здравствених медијаторки по врстама услуга



Извори података: Министарство здравља Републике Србије

У 2010. години структура директних трошкова који се могу приписати појединим врстама активности које обављају ромске здравствене медијаторке се у одређеној мери разликује од структуре у 2009. години. Кључни разлози су то што су медијаторке, након што су у 2009. великом броју Рома помогле у остваривању права на здравствено осигурање и других права која из њега проистичу, у 2010. години биле у прилици да се више ангажују на обављању различитих активности на терену, као и на едукацији ромског становништва. Ипак, и у овој години значајан део директних трошкова ангажовања медијаторки, готово $\frac{1}{4}$, може се приписати активностима које су резултовале остваривањем права на здравствено осигурање (укључујући и оверу здравствене књижице), и остваривањем права на избор лекара (опште праксе, педијатра или гинеколога). На заказивање различитих врста прегледа односи се 15% директних трошкова, на вакцинасање деце и одраслих 4%, а на остале активности које се обављају у домовима здравља 3% наведених трошкова. Када је реч о помоћи на остваривању личних докумената и прикупљању докумената за различите потребе, учешће у укупним директним трошковима ангажовања медијаторки износи 3%. Везано за помоћ корисницима да остваре право на материјалну помоћ, број корисника који наведено право нису остварили је био мањи него у 2009. години, па је тако и учешће припадајућих директних трошкова њиховог ангажовања на обављању ових активности у укупним директним трошковима било релативно ниже (4%) у 2010. у односу на претходну годину. Значајан део директних трошкова медијаторки ангажованих у 2010. години – 22% - односио се на разговоре и друге активности које су оне обављале у односу са институцијама на локалном нивоу (филијала РЗЗО, Црвени крст, локална заједница, Центар за социјални рад и сл.), како би оствариле одређена права за своје кориснике. На остале активности предузете ради остваривања права корисника односи се 9% директних трошкова ангажовања медијаторки, али у бази података нису наведени детаљи о модалитетима оваквог ангажовања. Као што је поменуто, значајан сегмент активности

ромских здравствених медијаторки у 2010. години обухвата активности на терену, којима се може приписати 14% укупних директних трошкова ангажовања медијаторки, и то, пре свега, везано за обављање едукативних активности у ромским заједницама, кроз одржавање радионица и предавања.

6.4. ИДЕНТИФИКАЦИЈА ЕФЕКТА И ОЦЕНА КОРИСТИ (БЕНЕФИТА) ОД УВОЂЕЊА ПРОЈЕКТА „ЗАПОШЉАВАЊЕ РОМСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ МЕДИЈАТОРА У СРБИЈИ”

Резултати наше анализе у оквиру тачке 5. указали су да су, запошљавањем ромских здравствених медијаторки, постигнути значајни резултати везани за доступност и коришћење здравствених, социјалних и других услуга од стране ромске популације у Србији. Пројекат се реализује од маја 2008. године. Међутим, информатичка база података је формирана од 2009. године, тако да смо идентификацију и оцену укупних и економских ефеката извршили за 2009. и 2010. годину.

Анализирајући расположиве податке дошли смо до закључка да овај Пројекат емитује тзв. мерљиве и немерљиве користи, односно бенефите.

Уочили смо да мерљиве користи, тј. бенефите, од услуга које су ромске здравствене медијаторке пружиле Ромима у претходне две године, можемо изразити на следеће начине:

- Израчунавањем ефеката изражених у новцу,
- Израчунавањем ефеката везаних за продужење животног века Рома, и
- Израчунавањем ефеката везаних за правовремено откривање појединих болести и смањење умирања од тих болести.

Немерљиви ефекти које смо уочили су веома значајни за побољшање здравствених, социјалних и укупних услова живота Рома у Србији у будућем периоду, али их је тешко у овом тренутку квантификовати, па ћемо их идентификовати и исказати на квалитативан начин. Тиме ћемо помоћи реализаторима овог Пројекта да уведу још већи број квантитативних индикатора, како би се касније и неки од ових ефеката могли квантификовати.

6.4.1 Идентификација ефеката и користи (бенефита)

Ефекти које смо идентификовали, поред тога што имају позитиван утицај на побољшање здравственог стања Рома, позитивно се одражавају на уштеде у области здравства, на побољшање општих услова живота Рома и на повећање њихове социјалне укључености нарочито на локалном нивоу. Идентификовани ефекти и користи су дати у табеларном приказу.

Табела бр. 47 Преглед ефеката, користи, и извора података за обрачун користи

ВРСТЕ ЕФЕКТА	КОРИСТИ (БЕНЕФИТИ)	ИЗВОРИ ПОДАТАКА
А. МЕРЉИВИ ЕФЕКТИ		
1. Ефекти изражени у новцу		
1.1 Уштеде у области <u>примарне здравствене заштите</u>	<p>Побољшање здравственог стања Рома корисника услуга ромских здравствених медијаторки (избор лекара, прве посете лекару, редовни систематски и контролни прегледи, вакцинација деце и одраслих), што се одражава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - смањење оболевања и честих других и свих осталих посета лекару опште медицине и лекарима специјалистима у домовима здравља; - смањење потрошње лекова и медицинског материјала издатих амбулантним болесницима 	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података о раду ромских здравствених медијаторки</p> <p>- Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд</p> <p>- Републички завод за статистику</p>
1.2 Уштеде услед <u>смањења лечења у стационарним здравственим установама</u>	<p>Ефикасно коришћење и пружање услуга у области примарне здравствене заштите омогућава смањење потреба за коришћење услуга у стационарним здравственим установама</p>	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података о раду ромских здравствених медијаторки</p> <p>- Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд</p> <p>- Републички завод за статистику</p>
2. Ефекти изражени у продужењу животног века Рома		
2.1 Продужење животног века <u>беба</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта</p> <p>- Републички завод за статистику</p>
2.2 Продужење животног века <u>деце</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта</p> <p>- Републички завод за статистику</p>
2.3 Продужење животног века <u>одраслих особа</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта</p> <p>- Републички завод за статистику</p>
3. Ефекти по основу правовременог откривања и лечења појединих болести		
3.1 <u>Смањење умирања</u>	Број лечених преживелих корисника укључених у Пројекат	<p>- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта</p> <p>- Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд</p>

Б. НЕМЕРЉИВИ ЕФЕКТИ У ДОСАДАШЊОЈ ФАЗИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРОЈЕКТА

1. Укључивање деце у школски систем и обезбеђивање стипендија ученицима и студентима	- Повећање људског капитала у наредном периоду - Запошљавање Рома - Повећање породичних прихода по основу запослености - Повећање укључености Рома у решавању проблема у локалној заједници - Смањење сиромаштва Рома
2. Ефикасно остваривање права из области социјалне заштите за рад неспособних и сиромашних Рома	- Смањење сиромаштва Рома - Обезбеђивање материјалних услова за побољшање живота Рома
3. Уређивање животне средине	- Побољшање општих услова живота Рома - Побољшање здравља Рома - Укључивање Рома у реализацију пројеката уређивања животне средине
4. Активирање Рома у оквиру локалне заједнице	- Укључивање Рома у процес доношења одлука важних за живот њихових породица

База података коју је формирало Министарство здравља путем евидентирања активности од стране медијаторки и извештавања о њиховој реализацији у електронској форми, је била драгоцене и кључна за идентификацију ефеката, оцену користи и за израду укупне економске анализе овог Пројекта од стране истраживачког тима.

6.4.1.1. Оцена користи (бенефита), изражених у новцу, од увођења пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србију“

Резултати *Cost-Benefit* анализе исказују се на основу самеравања улагања (трошкова) и оцењених користи (бенефита) изражених у новцу од уложених средстава.

Улагања, у суштини, представљају идентификоване трошкове Пројекта, односно цену пројекта по годинама.

На основу расположивих података из извора које смо навели у претходној табели, извршили смо, најпре, обрачун, односно оцену користи (бенефита) изражених у новцу за протекле две године реализације Пројекта.

При обрачуну оцењених користи изражених у новцу идентификовали смо, најпре, користи од мањег оболевања Рома укључених у пројекат након што су, уз помоћ медијаторки, у оквиру примарне здравствене заштите, извршили избор лекара опште медицине, лекара специјалисту, пре свега гинеколога од стране жена, лекара педијатра када су деца у питању и стоматолога. Обављене су прве посете одговарајућем лекару, систематски и контролни прегледи, добијене одређене дијагнозе и савети за очување здравља. Вредност услуга ове врсте које су медијаторке пружиле Ромима укључена је у трошкове пројекта, односно везује се за улагања. Све друге посете лекару у домовима здравља би представљале трошкове за пројекат. Међутим, проценили смо да су, после првих посета лекару и извршених вакцинација деце и одраслих, ризици од оболевања мањи. Рачунали смо да око 50% корисника програма у једној години неће имати потребе да користи услуге примарне здравствене заштите због смањених ризика из претходно објашњених разлога.

За обрачун и оцену користи (бенефита) из оквира примарне здравствене заштите користили смо следеће податке:

- годишње посете у ординацији лекара, изузимајући прве посете, систематске и контролне прегледе, за укупну популацију¹⁵⁴,
- годишње трошкове ванболничког лечења за укупну популацију¹⁵⁵,
- годишње трошкове за лекове и медицинска средства издата амбулантним болесницима, за укупну популацију¹⁵⁶,
- број становника у Србији¹⁵⁷,
- процењен број корисника програма који нису у ризику да оболе због тога што су користили превентивне услуге здравствене заштите.

За обрачун и оцену користи (бенефита) везаних за лечење у стационарним здравственим установама, процењујући да се око 50% корисника примарне здравствене заштите обухваћених пројектом годишње неће лечити у стационарним здравственим установама, користили смо следеће податке:

- укупне годишње расходе лечења у стационарним здравственим установама за укупну популацију¹⁵⁸,
- укупан годишњи број болесничких дана за укупну популацију¹⁵⁹,
- број становника у Србији за одговарајућу годину¹⁶⁰,
- процењен број Рома корисника програма који нису, по нашој оцени, користили лечење у стационарним здравственим установама због тога што су у оквиру примарне здравствене заштите релативно добро збринуте, те су тиме ризици од значајнијих оболевања смањени, или нису користили болничке услуге у датој години.

Табела бр. 48 Резултати *Cost-Benefit* анализе за период 2009-2010. – период имплементације Пројекта

Година	Садашња вредност улагања, динара	Садашња вредност оцењених користи (бенефита), динара	Нето садашња вредност, динара	Коефицијент односа користи (бенефита) и трошкова
2009	14.858.880	55.793.009	40.934.129	3,75
2010	32.045.996	54.811.283	22.765.287	1,71
Укупно за период 2009-2010.	46.904.876	110.604.292	63.699.416	2,36

За свођење номиналних улагања и номинално обрачунатих користи из 2009. године на вредност из 2010. године користили смо дисконтну стопу од 3% годишње. Као што се види из претходне табеле, нето садашња вредност је позитивна у обе године

¹⁵⁴ Извор података: Институт за јавно здравље (2010а).

¹⁵⁵ Извор података: Институт за јавно здравље (2010с).

¹⁵⁶ Исто.

¹⁵⁷ Извор података: Републички завод за статистику (2010а).

¹⁵⁸ Извор података: Институт за јавно здравље (2010с).

¹⁵⁹ Извор података: Институт за јавно здравље (2010а).

¹⁶⁰ Извор података: Републички завод за статистику (2010а).

имплементације пројекта. Наиме, оцењене користи изражене у новцу од имплементације Пројекта су позитивне, па је и коефицијент односа садашње вредности користи и улагања (трошкова) већи од јединице у обе посматране године.

Добијени резултати *Cost-Benefit* анализе кореспондирају са резултатима анализе извршених услуга Ромима из области здравствене заштите од стране медијаторки у оквиру Пројекта, у обе посматране године. Медијаторке су пружиле здравствене услуге већем броју Рома у 2009. у поређењу са 2010. годином, па су и добијени резултати *Cost-Benefit* анализе повољнији за 2009. годину. Међутим, акценат активности медијаторки у 2010. години је био на раду са Ромима у оквиру радионица, предавања, клубова и томе слично, едукативног карактера, ради подизања нивоа њихових знања о здравим стиливима живота, унапређивању животне средине итд. Ефекти овог рада на здравствено стање и социјални статус ромских породица доћи ће до изражаја у дужем периоду. То је само један од разлога који упућује да је неопходно да се пројекат настави у наредном периоду, тј. до достизања могућности за његову институционализацију.

Имајући ово у виду, учинили смо покушај пројектовања потребних улагања у овај Пројекат до 2020. године, водећи рачуна о циљевима развоја Републике Србије који су утврђени у документима: „Србија 2020: Концепт развоја Републике Србије до 2020 године (Нацрт за јавну расправу)“, Национална стратегија одрживог развоја¹⁶¹ и „Пројекција основних макроекономских показатеља за 2012. годину“¹⁶².

Табела бр. 49 Пројекција улагања у пројекат „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Републици Србији“ до 2020. Године

Година	Номинална вредност утврђених и оцењених улагања, динара	Садашња вредност утврђених и оцењених улагања, динара	Дисконтни фактор	Садашња вредност оцењених бенефита, динара
2008	3.708.780	3.495.881	94,26	-
2009	15.304.646	14.858.880	97,09	55.793.009
2010	32.045.996	32.045.996	100,00	54.811.283
2011	37.606.538	36.511.202	103,00	...
2012	40.464.644	38.141.808	106,09	...
2013	43.470.525	39.781.688	109,27	...
2014	46.700.308	41.492.618	112,55	...
2015	50.656.652	43.696.873	115,93	...
2016	54.684.644	45.797.528	119,41	...
2017	59.033.936	47.999.992	122,99	...
2018	64.030.303	50.546.113	126,68	...
2019	69.249.453	53.073.939	130,48	...
2020	75.606.024	56.257.982	134,39	...
Укупно за период од 2008. до 2020.	592.562.447	503.700.500	103,00	...

¹⁶¹ Службени гласник РС бр. 57/08.

¹⁶² Министарство финансија: „Пројекција основних макроекономских показатеља за 2012. годину“.

За обрачун номиналних вредности будућих улагања користили смо податке о бруто домаћем производу (процене за 2011. и 2012. и пројекције до 2020.) и односа улагања у претходне две године и БДП. У обрачун смо узели и повећање броја медијаторки у 2011. години.

Садашњу вредност улагања обрачунали смо са дисконтном стопом од 3% годишње за цео период.

У периоду од 2012. до 2020. године, било би потребно да се обезбеди 416,8 милиона текућих динара (из 2010. године), или око 4,05 милиона евра по средњем званичном курсу за 2010. годину.

6.4.1.2. Оцена користи (бенефита), изражених у продужењу животног века Рома, од увођења пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“

Код оцене користи (бенефита) од продужења животног века Рома који су корисници услуга које су пружале ромске здравствене медијаторке у претходне две године, узели смо у обзир индикаторе из базе података Пројекта, који укључују старост корисника. У питању су показатељи броја деце (одојчади и деце старости 1-18 година) којима су РЗМ помогле у одабиру изабраног лекара, као и у вакцинацији, и показатељи о броју одраслих особа којима су РЗМ помогле у одабиру изабраног лекара.

Основне претпоставке за обрачун продужења животног века Рома корисника услуга медијаторки из Пројекта су:

- Вероватноће да се доживе године очекиваног трајања живота за укупну популацију у Србији су исте као и одговарајуће вероватноће за Роме¹⁶³,¹⁶⁴.
- Роми у суседним земљама имају приближно очекивано трајање живота краће за око 15 година од укупне популације¹⁶⁵, тако да је претпостављено да је иста ситуација и у Србији.
- Очекивано трајање живота при рођењу за укупну популацију у Србији износи 73 године¹⁶⁶. Проценили смо да Роми у Србији имају очекивано трајање живота 58 година, односно 15 година краће.
- Приступ деце и одраслих примарној здравственој заштити, као и вакцинација деце, утицаће на продужење трајања живота код Рома за 5 година по кориснику, тј. од 58 на 63 године у наредним годинама.
- Просечна старост Рома је 28 година¹⁶⁷.

¹⁶³ Извор података о вероватноћама доживљења је: „Таблице морталитета 2001-2003“, Републички завод за статистику Србије.

¹⁶⁴ Таблице морталитета се праве за популацију Србије у целини, тако да нису расположиви подаци по појединим етничким групацијама. Имајући у виду да су квалитет здравствене заштите Рома и услови живота лошији него за просечну популацију (као што је описано у тачки 5.2), они живе краће, и може се претпоставити да су вероватноће доживљења мање него у случају опште популације. То би значило и да су процене дате у овом делу студије потцењене у односу на оне које би се добиле када би биле расположиве таблице морталитета за ромску етничку групацију.

¹⁶⁵ Процена дата за Мађарску. Извор: Commission of the European Communities (2002).

¹⁶⁶ Податак је израчунат за 2003. годину, зато што се расположиве таблице морталитета односе на ту годину. Извор података: Републички завод за статистику (2010а).

¹⁶⁷ Републички завод за статистику (2003с).

Прорачун, који је урађен на бази наведених претпоставки, показао је да ће помоћ ромских здравствених медијаторки у току имплементације Пројекта у претходне две године ромским породицама при избору лекара за децу и вакцинацији деце, као и при избору изабраног лекара за одрасле особе, омогућити у наредним годинама **повећање укупно 3.175 година живота за 17.922 корисника ових услуга.**

Табела бр. 50 Добијене године живота, у наредном периоду, корисника појединих услуга у оквиру имплементације Пројекта у периоду 2009-2010. године, према старости

Индикатор	Продужење животног века по кориснику услуге, годишње	Укупан број добитих година живота корисника услуге у наредним годинама	Број корисника услуге
Извршен избор лекара за децу старости 0-12 месеци	0,174167	64	367
Извршен избор лекара за децу старости 1-18 година	0,176878	737	4.166
Извршена вакцинација деце старости 0-12 месеци	0,174167	173	995
Извршена вакцинација деце старости 1-18 година	0,176878	950	5.372
Изабрани лекар – одрасле особе просечне старости 28 година	0,178075	1.250	7.022
УКУПНО		3.175	17.922

Такође, настојали смо да прорачунамо и користи (бенефите) од тога што су ромске здравствене медијаторке за 5.487 Ромкиња обезбедиле добијање изабраног гинеколога у 2009. и 2010. години. Поред претходно наведених претпоставки, претпостављено је да ће, захваљујући томе што имају изабраног гинеколога, Ромкиње мање умирати од рака локализованог на гинеколошким органима жена, зато што ће ти облици рака бити раније откривени него што би било случај када кориснице не би имале изабраног гинеколога. Додатна претпоставка јесте да су стопе инциденције и стопе морталитета од рака локализованог на женским гинеколошким органима код Ромкиња исте као и одговарајуће стопе које се односе на општу популацију у Централној Србији у 2008. години¹⁶⁸. На основу наведених претпоставки и расположивих података проценили смо да ће, од 5.487 Ромкиња које су, захваљујући активностима ромских здравствених медијаторки, добиле изабраног гинеколога, њих 10 током свог живота оболети од неког облика рака локализованог на гинеколошким органима. Да те Ромкиње нису имале изабраног гинеколога, можемо претпоставити да би све и умрле од рака, али, захваљујући томе што имају изабраног гинеколога, наведене Ромкиње ће добити одговарајућу терапију, и њих 6 ће се успешно излечити.

¹⁶⁸ Подаци о инциденцији од рака и морталитету од рака су расположиви за Централну Србију за 2008. годину. Извор података: Институт за јавно здравље (2010b).

6.4.1.3 Немерљиве користи (бенефити) од увођења пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“

Опис активности ромских здравствених медијаторки и приказ резултата њиховог ангажовања, који су дати у претходним деловима ове студије, показују да услуге које оне пружају члановима ромске заједнице не доприносе побољшању само њиховог здравственог стања, већ да могу да имају утицаја на побољшање укупног положаја Рома у друштву.

Као што је приказано у Табели бр. 47, идентификовано је неколико група услуга које медијаторке пружају својим корисницима, које нису квантификоване, а за које је процењено да могу да допринесу подизању општег нивоа квалитета живота Рома.

Прво, ромске здравствене медијаторке се ангажују на охрабривању породица да упишу децу у школе, и да деца што дуже остану укључена у школски систем. С тим у вези, медијаторке понекад непосредно помажу родитељима да упишу децу у школе, заказују систематске прегледе за упис у школу, и настоје да, када је то могуће, помогну у добијању стипендија за ученике и студенте. За овакве активности се може очекивати да произведу веома значајне користи (бенефите) у дугом року. Наиме, може се очекивати да ће Роми који су стекли одређена знања и вештине током школовања бити лакше запошљиви, чиме ће се побољшати социјални статус њих и њихових породица.

Даље, будући да анализе студија које су цитиране у претходним деловима ове студије показују да велики број Рома живи испод линије сиромаштва, активности ромских здравствених медијаторки на обезбеђењу различитих видова материјалне помоћи угроженим домаћинствима су веома важне за делимично превазилажење егзистенцијалних проблема са којима се суочавају.

С обзиром да одређен број Рома, поготово у урбаним срединама, станује у нехигијенским насељима и неадекватним стамбеним јединицама, важна група активности ромских здравствених медијаторки јесте ангажовање на уређењу животне средине у којој они обитавају. Тиме се, пре свега, доприноси побољшању здравствене ситуације Рома, као и општих услова живота у срединама у којима станују.

Активности на терену које обављају ромске здравствене медијаторке често подразумевају и активно присуство чланова ромске заједнице, нпр. када се спроводи вакцинација у ромском насељу, организује радионица или предавање и слично. На тај начин Роми су у прилици да се информишу о битним чињеницама на бази којих могу да доносе одлуке које су важне за живот њихових породица.

7. ОСНОВНИ ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

Бокс бр. 11 Основни налази

- Резултати *Cost-Benefit* анализе показују да је имплементација пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки у Србији“ била веома успешна и да је пројекат исплатив. Остварена је позитивна нето садашња вредност, тј. оцењене користи од имплементације пројекта су веће од укупних улагања. Коефицијент односа оцењених користи и улагања је већи од јединице и износи: 3,75 у 2009.години, 1,71 у 2010.години и 2,36 просечан коефицијент за обе анализиране године.
- **Исходи остварених услуга** које су ромске здравствене медијаторке пружиле Ромима при избору лекара и вакцинацији у општинама обухваћених пројектом, **огледају се и у продужењу животног века Рома у наредним годинама за укупно 3.175 година за 17.922 корисника.**
- **Исходи** од тога што су ромске здравствене медијаторке за 5.487 Ромкиња обезбедиле добијање изабраног гинеколога у 2009. и 2010. години **показују да би њих 10 током свог живота оболело од рака локализованог на гинеколошким органима, али да ће њих 6, због раног откривања болести и примене успешне терапије преживети јер ће бити излечене.**
- Процењена вредност улагања за период од 2012. до 2020.године износи 416,8 милиона текућих динара (из 2010. године), или око 4,05 милиона евра по средњем званичном курсу за 2010. годину.
- Резултати укупне економске анализе указују да је неопходно да се пројекат настави у наредном периоду, тј. до достизања могућности за његову институционализацију, јер је, у целини узев, исплатив.

7.1. ОСНОВНИ ЗАКЉУЧЦИ

Законодавни оквир

По Закону о здравственој заштити, сви грађани Србије и лица која имају пребивалиште или боравиште у Србији имају право на здравствену заштиту, али и дужност да унапређују своје здравље и услове живота и рада. У овом Закону (члан 10.) је дефинисана друштвена брига о укључивању Рома у здравствени систем путем доношења посебних програма за спровођење здравствене заштите, обезбеђивање услова за васпитање ромског становништва за очување здравља, успостављање информационог система о здравственом стању Рома и обезбеђивању услова за стручно усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника за квалитетно обављање послова и пружање здравствених услуга ромској популацији. Сваки појединац у локалној средини је дужан да се брине о свом здрављу и да се подвргава обавезној вакцинацији против

одређених заразних болести утврђених у закону, да чува здравље других људи и животну и радну средину. **Реализација пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијаторки“ од стране Министарства здравља је прави одговор на спровођење друштвене бриге за здравље Рома са националног нивоа, у складу са Законом, а њихов рад у оквиру домова здравља намеће одговорност и локалним самоуправама за здравље Рома на њиховој територији, као и обавезу Ромима да чувају своје здравље и животну и радну средину. У условима када Роми немају довољно информација о својим правима, здравствене медијаторке имају значајну улогу у помоћи да Роми остварују права и дужности у здравственом и социјалном систему као и сви остали грађани Србије.**

Стратешки оквир

Од 2001. године у Србији је, уз помоћ донатора, интензивно развијано стратешко планирање. Донет је низ развојних стратегија на националном и на локалном нивоу. Резултати истраживања показују да је у области здравства, на националном нивоу, током 2000-тих, релативно заокружен стратешки оквир који укључује и Стратегију за унапређивање положаја Рома у Републици Србији. Овим документом су постављене шире основе и обједињен приступ за унапређивање положаја Рома и за смањивање разлика између ромске и укупне популације у земљи, у важним областима живота и рада Рома. Најприоритетније области које имају утицај на здравствено стање Рома су: образовање, становање, запошљавање, социјално осигурање и социјална заштита, доступност личних докумената и здравствена заштита. **Ова Стратегија и укупан стратешки оквир којим су обухваћена питања побољшавања положаја Рома нарочито на локалном нивоу, уз значајно унапређен законодавни оквир у том смислу, представља основу за реализацију пројекта о запошљавању ромских здравствених медијаторки и за осмишљавање активности и делокруга даљег рада медијаторки на локалном нивоу, односно на терену. Такође, стратешки оквир отвара могућности за даље унапређивање законодавног оквира и локалних системских докумената у правцу укључивања Рома у образовни систем, решавања њихових стамбених проблема, запошљавања и уз бављење сопственим бизнисом, унапређивања животне околине у којој Роми живе, повећања ефикасности при добијању личних докумената, остваривања права у здравственој и социјалној заштити и других права, без дискриминације и уз повећање сензибилизације и едукације здравствених радника и локалне администрације за рад са ромском популацијом.**

Последња финансијска и економска криза утицала је на успоравање процеса социјалног укључивања и у земљама Европске уније. Највећи терет економске кризе пао је на осетљиве групе становништва међу којима су Роми највећа група. Европска комисија је 2010. године усвојила Платформу за повећање социјалне укључености, чији је основни циљ да се земље чланице, институције ЕУ и кључни актери обавезу на остварење заједничког циља – на борбу против сиромаштва и социјалне искључености. Како се рачуна са смањеним државним буџетима у већем делу текуће деценије, активности би требало да повећају ефикасност и путем осмишљавања нових партиципативних начина решавања проблема сиромаштва и социјалне искључености, уз истовремено креирање превентивних политика и таргетирање потреба тамо где настану. У Платформи се наводи да државним програмима у области социјалне политике често недостају докази о томе шта даје резултате, а шта не. Стога се у овом документу констатује да евалуација програма заснована на подацима, може бити снажан инструмент оцене ефикасности појединих програма у процесу њихове имплементације. У оквиру Списка кључних иницијатива Комисија је утврдила да се, у периоду 2011-2012. покрене истраживачки пројекат усмерен на креирање

функционалних метода и конкретних мерења утицаја имплементације појединих пројеката на остваривање постављених циљева, али и на мерење утицаја пројеката који ће бити предузети засновано на подацима. Дакле, **кључне активности Платформе се заснивају на мешавини координација јавних политика дијалога са институционалним и ванинституционалним актерима, финансирању и стратешким партнерствима.**

Ако се упореди наш национални стратешки оквир за побољшање положаја Рома са претходно анализираном Платформом ЕУ у њеним најважнијим сегментима везаним за положај Рома, може се констатовати да Србија у овој области иде у корак са ЕУ. **Са реализацијом овог истраживања заснованог на подацима, Србија ће добити одговор да ли су улагања у запошљавање ромских здравствених медијаторки у јавним здравственим установама Србије, дала позитивне ефекте и да ли је тај део здравствене политике био оправдан.** Истина, то је само један од бројних пројеката који су реализовани у области здравства. Али, иницијатива Министарства здравља Републике Србије да крене у евалуацију једног од имплементираних пројеката, **даје наду да ће ово Министарство у будућности радити евалуације засноване на подацима и за пројекте који се планирају и на тај начин оцењивати какву здравствену политику треба да предлаже да би она дала најбоље ефекте у примени, односно у пракси, како када су у питању Роми, тако и у свим другим сегментима.**

Релевантна искуства у земљама у окружењу

Искуства Румуније, као земље у којој је од средине 1990-их почео да се развија концепт ромских здравствених медијатора, су коришћена од почетка примене пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора“ у Србији.

Примери Румуније и Бугарске треба и на даље да служе као смерница за развој активности у оквиру Пројекта, и то како позитивни, тако и негативни примери.

У обе земље ангажовање ромских здравствених медијатора је најпре започело као пројектна активност, коју је спроводио невладин сектор, а финансирани донатори, да би временом пројектне активности **прерасле у званичне мере државне здравствене политике, а занимање здравственог медијатора постало укључено у номенклатуру занимања.** У Румунији је значај невладиног сектора у одабиру, обуци и праћењу рада медијаторки и даље изражен.

Ромски здравствени медијатори су обично жене (мада у Бугарској има и мушкараца), **и пожељно је да и сами буду Роми.** Такође, потребно је да **имају адекватан ниво образовања** (у Румунији завршену основну школу, а у Бугарској завршену средњу школу).

Опис активности које обављају ромски здравствени медијатори је широк, али се може рећи да је превасходно усмерен на **олакшање и унапређење комуникације између припадника ромске заједнице и здравствених служби, као и подучавање Рома** везано за здравствену заштиту и здраве стилове живота. Ромски здравствени медијатори су у обе посматране земље **ангажовани и плаћени од стране локалних самоуправа.**

Активности ромских здравствених медијаторки на евидентирању стања ромске популације у Србији

Приликом првих посета домаћинствима медијаторке евидентирају одређене показатеље, као што су здравствено стање чланова породице, материјални положај, образовни ниво, услови становања и др.

У периоду 2008-2010. године ромске здравствене медијаторке су **евидентирале 126.460 лица, од чега су 39% чинила деца** старости до 18 година у више од 35 хиљада домаћинстава¹⁶⁹. Највише Рома евидентирано је у општинама Лесковац, Ниш, Нови Сад, Палилула, Пожаревац, Смедерево и Врање - у свакој по више од 4 хиљаде особа.

Образовна структура евидентираних Рома је врло неповољна, јер чак 42% особа које су се изјасниле о својим квалификацијама није имало завршену основну школу, а свега 10% је завршило средњу школу. Услед већег броја разлога, у које спада и недовољан ниво образовања и стручних квалификација, чак **80% особа које су се изјасниле о статусу запослења није било формално запослено**.

Највећи број ромских домаћинстава станује у сопственим кућама (око 2/3), али значајно учешће, од ¼, има и нужни смештај. Ситуација у неким општинама је много неповољнија од наведене, тако да у Новом Београду чак 90% евидентираних домаћинстава станује у оваквом виду смештаја.

Стање здравствене заштите жена, према евиденцији ромских здравствених медијаторки, **не може се оценити као задовољавајуће, с обзиром да је за свега око половине одраслих Ромкиња приликом прве посете евидентирано да су имале изабраног гинеколога**. Додатно је забрињавајуће то што постоје општине у којима чак ни за једну одраслу Ромкињу није евидентирано да има изабраног гинеколога. **Међутим, чак и жене које имају изабраног гинеколога, у недовољној мери контролишу своје репродуктивно здравље**. Наиме, свега 17% Ромкиња евидентираних 2009. и 2010. године је обавило систематски гинеколошки преглед. Наведеним налазима треба придодати и то да **чак ни већина трудница не иде на контролне гинеколошке прегледе**, будући да је у посматраном периоду мање од половине трудница (42%) обавило наведене прегледе.

Међу децом коју су евидентирале ромске здравствене медијаторке, око 2/3 њих је имало изабраног педијатра, а у сличном проценту су била комплетно вакцинисана. Иако су наведени показатељи неповољни, ситуација се разликује од општине до општине, тако да у неким случајевима чак ни за једно ромско дете није било евидентирано да има изабраног педијатра. Када је реч о **исхрани одојчади, ситуација је релативно повољна, будући да се у већини хране мајчиним млеком**, а свега 5% искључиво адаптираним млеком.

Када је реч о укључености деце у образовни систем, подаци које су прикупиле РЗМ показују да **свако четврто дете** (у односу на укупан број деце за која је евидентирана укљученост у школски систем) **не похађа школу**, било зато што су је напустили пре завршетка школовања, било зато што је никада нису ни уписали. Оно што је такође забрињавајуће је то што, чак и када је реч о деци која су укључена у образовни систем, **висок проценат њих похађа специјалне школе, а не редовне**.

Здравствени статус одраслих особа не може се оценити као задовољавајући, с обзиром да је **нешто више од половине одраслих особа које су евидентирани у 2009. и**

¹⁶⁹ За 2008. годину нису расположиви подаци о броју евидентираних домаћинстава.

2010. години имало изабраног лекара опште праксе, док га чак свака трећа особа није имала.

Подаци које су прикупиле медијаторке указују и на најчешћа обољења која се јављају међу припадницима ромске заједнице. На основу прикупљених података може се закључити да Роми у значајном проценту болују од болести срца и крвних судова, будући да око 30% особа које су дале одговор на ово питање болује од кардио-васкуларних болести. Међу хроничним болестима у значајном проценту су заступљени и шећерна болест и бронхијална астма, с обзиром да од сваке од њих болује свака десета особа која је дала одговор на ово питање. Учешће инвалида такође није занемарљиво, будући да у ову категорију спада око 4% особа које су током првих посета које су обављене у 2009. и 2010. години дали одговор на питање о обољењима.

За 86% Рома који су евидентирани током 2009. и 2010. године утврђено је да поседују лична документа (за пунолетна лица евидентирано је да ли поседују личну карту, а за малолетна да ли поседују извод из матичне књиге рођених или уверење о држављанству). Међутим, чак 6% Рома, односно 7.741 особа, то право није остварило. Сем тога, за више од 9 хиљада приликом првих посета није евидентиран статус везано за поседовање личних докумената, тако да је могуће да је број оних који их не поседују био већи од евидентираног. Наведени подаци су веома забрињавајући, јер **непоседовање личних докумената онемогућава чланове породице да буду здравствено осигурани, да остваре социјалну помоћ, да се бесплатно школују, да се запосле и да остваре друга права.** С тим у вези, медијаторке су евидентирале да је **82% Рома поседовало здравствену књижицу, док је 11% Рома изјавило да је не поседује.**

Када је реч о коришћењу различитих врста помоћи, домаћинства евидентирана током 2009. и 2010. године **најчешће су била корисници материјалног обезбеђења породице (36%).** Међутим, медијаторке су забележиле да четвртина породица ово право није остварила, из различитих разлога. Коришћење других врста помоћи је значајно мање заступљено, тако да, у односу на укупан број породица, помоћ Црвеног крста је примило 2%, а једнократну помоћ свега 1% породица.

Услуге

Министарство здравља Републике Србије је припремило Приручник за здравствене медијаторе који је, у сарадњи са ОЕБС-ом и Европском унијом, публикован. Приручник има едукативан карактер и својим садржајем упућује медијаторке да буду прва „линија помоћи“ у процесу инклузије Рома и да својим радом покажу да и Роми, као и сви остали грађани Србије, могу у свим областима да остварују законска права и дужности. **Искуство је показало да је Ромима за то неопходан директан подстицај, који током реализације овог Пројекта добијају од ромских здравствених медијаторки које са њима раде приликом реализације активности које су утврђене у пројектном задатку. Ромске здравствене медијаторке раде у локалној заједници, дому здравља и у насељу за које су добиле надлежност.**

На основу података из информационе базе Пројекта може се закључити да је део активности ромских здравствених медијаторки везан за пружање услуга Ромима на терену, пре свега из области здравствене заштите, као и из других области које омогућавају да Роми остваре права у домену здравствене заштите ради побољшања њиховог здравственог и социјалног стања, **квантификован и да омогућава спровођење економске анализе.** Део реализованих активности, пак, није квантификован. Информације о овој

врсти активности добијене су путем разговора са медијаторкама. **Комплетна евалуација рада медијаторки мора да обухвати све њихове активности, тј. оне које су унете у базу података, као и оне које нису унете у базу података, али су биле неопходне за извршавање задатака утврђених у пројекту.**

Резултати анализе о реализованим услугама Ромима од стране здравствених медијаторки у досадашњем периоду имплементације пројекта које су квантитативно изражене, глобално узев, показују да је **рад ромских здравствених медијаторки у претходном посматраном периоду био веома успешан. Стога би се, уз даљи рад медијаторки, могло очекивати, у наредном периоду, битније побољшање здравственог стања Рома у Србији.**

На основу података о пописаним Ромима од стране медијаторки, може се закључити да су медијаторке распоређене у домовима здравља општина у којима живи највећи број Рома и где су уочени највећи проблеми са којима се Роми суочавају, нарочито у поступку приступа здравственој заштити.

Резултати анализе рада ромских здравствених медијаторки по општинама показују да су **медијаторке континуирано биле активне у реализацији задатака утврђених у пројекту. То је резултирало у повећавању броја корисника њихових услуга од стране ромске популације из године у годину у општинама где су већ били забележени добри резултати, као и у општинама где је било малих или никаквих резултата.**

Акцент пружања услуга ромских здравствених медијаторки у претходне две године је био на помоћи при: избору лекара и вакцинацији одраслих Рома, избору лекара гинеколога од стране жена Ромкиња, нарочито трудница, заказивању и обављању систематских и контролних гинеколошких прегледа и мамографије, избору лекара и вакцинацији деце, затим на обављању активности у домовима здравља за потребе Рома, укључивању ромске деце у систем образовања, остваривању права Рома из области социјалне заштите и здравственог осигурања, добијању личних докумената и обављању активности едукативног карактера на терену.

Најуспешнија помоћ медијаторки код избора лекара одраслих Рома је остварена у општинама: Нови Бечеј, Алексинац, Прокупље, Нови Београд, Вршац, Владичин Хан, Бојник. **Може се закључити да је успешност у избору лекара одраслих Рома била заступљена у свим деловима Србије.** Слична је ситуација и код избора гинеколога од стране жена Ромкиња и заказивања систематских прегледа код гинеколога када је реч о регионалном аспекту, мада су видни успеси остварени и у другим општинама (Нови Сад, Крагујевац, Пожаревац, Сремска Митровица, Стара Пазова, Ниш, итд).

Медијаторке су, у претходне две године, својим активностима постигле одређене резултате **код заказивања контролних прегледа трудницама Ромкињама код гинеколога. Ови резултати су забележени у већим општинама** (Нови Сад, Нови Београд, Пожаревац, Обреновац, Пирот, Чукарица, Земун), **као и у општинама са већим бројем Рома** (Бујановац, Лебане, Алексинац, Нови Бечеј).¹⁷⁰

¹⁷⁰ Прелиминарни резултати „Истраживања вишеструких показатеља – МICS4“, спроведеног крајем 2010., које су спровели УНИЦЕФ и Републички завод за статистику, показују да су у периоду 2005-2010. године значајно побољшане вредности показатеља обухвата Ромкиња пренаталном и постнаталном заштитом. Наиме, повећан је проценат Ромкиња које су се породиле у здравственим установама, уз надзор стручног медицинског особља, и то са 95% на 99%, и повећан је проценат труднице које долазе из ромских насеља, а које су имале бар један преглед током трудноће (са 89% на 95%). Може се очекивати да ће детаљеније анализе показати да су наведена побољшања постигнута, у доброј мери, захваљујући директном ангажовању ромских здравствених медијаторки.

Медијаторке су својим активностима, у претходне две године, омогућиле да приличан број жена Ромкиња обави мамографске прегледе (1,23% од укупног броја пописаних жена). Највећи успех је остварен у општини Нови Београд, затим у Нишу, Крушевцу, Старој Пазови, Смедереву, Бачкој Тополи.

Медијаторке су биле веома активне у спровођењу активности вакцинације ромских беба и деце старости од 1 до 18 година живота и пружиле значајну помоћ родитељима код избора лекара за децу. Регионална заступљеност је слична другим показатељима. **На основу резултата анализе може се закључити да су медијаторке учиниле велике напоре да би обавиле активности које су утврђене Протоколом пројекта, а које се односе на здравствену заштиту ромске деце, имајући у виду релативно неповољне околности у којима се одвија живот Рома у Србији и да је остварен значајан напредак спровођењем ових активности у односу на низ година које су претходиле увођењу и имплементацији овог Пројекта**¹⁷¹.

Веома је значајно што су медијаторке кроз реализацију овог Пројекта отпочеле са успостављањем контаката између Рома и превентивних центара и патронажних служби у домовима здравља. Ова активност има узлазну линију, тј. све већи број Рома користи услуге претходно наведених служби домова здравља, где се посебно издвајају општине: Лесковац, Нови Бечеј, Нови Сад, Ваљево, Чукарица, Врање, Куршумлија. Обезбеђивање здравствених услуга Ромима од стране медијаторки преко домова здравља на терену је, такође, у порасту и веома је значајно да Роми данас могу да се све више ослањају на коришћење здравствених услуга у домовима здравља и у месту становања, када се за то укаже потреба. **Може се закључити да су медијаторке покренуле и обавиле значајан број активности везаних за успостављање контаката између Рома и домова здравља на територији где живе, што је омогућило битно побољшање приступа Рома здравственој заштити и коришћењу разноврсних услуга које домови здравља пружају грађанима Србије у складу са законом.**

Значајан успех медијаторки у току имплементације овог Пројекта огледа се у чињеници што су, у протекле две године, покренуле обављање систематских прегледа ромске деце за упис у школу у скоро свим општинама које су обухваћене Пројектом. Резултат активности медијаторки огледа се и у значајним постигнућима код укључивања ромске деце у систем образовања¹⁷². Нарочито је важно то што је, **у 2009. години, 92,9% ромске деце уписано у редовне школе уз помоћ медијаторки у општинама обухваћеним Пројектом, док је само 2,3% уписано у специјалне школе и 4,8% у ванредне школе.** У редовне школе, највећи број деце је уписан у Новом Саду, Палилули, Пожаревцу, Новом Београду, Панчеву, Звездари, Лесковцу, Смедеревској Паланци, Трстенику, итд.

У 2010. години је уведена активност везана за упис ромске деце у установе предшколског образовања чијом реализацијом су остварени видни резултати. Од укупно уписаних 279 ромске деце у установе предшколског образовања, највећи број је забележен у општинама Чукарица, Панчево, Земун, Нови Београд, Књажевац, Прокупље, Палилула, Суботица, Зрењанин, итд.

¹⁷¹ Активности које обављају медијаторке на пољу здравствене заштите одојчади и деце су оцењене и прелиминарним налазима „Истраживања вишеструких показатеља – MICS4“, који показују да је, пре свега захваљујући њиховом ангажовању, стопа смртности одојчади која долазе из ромских насеља смањена са 25% у 2005. на 14% у 2010. години, док је стопа смртности деце млађе од 5 година, током истог периода, смањена са 28% на 15%.

¹⁷² Према прелиминарним резултатима „Истраживања вишеструких показатеља – MICS4“, проценат деце из ромских насеља која уписују основну школу је порастао за ¼ у 2010. у односу на 2005. годину.

Помоћ медијаторки при укључивању ромске деце у образовни систем је веома драгоцену. Наиме, то представља основу за развој и побољшање животног стандарда Рома у будућем периоду, пре свега кроз запошљавање и остваривање зарада, а затим и путем подизања нивоа образовања ромске популације која ће у будућем периоду моћи лакше да прихвата позитивне вредности друштва, да се укључује у процесе демократског одлучивања о битним развојним проблемима који доприносе укупном развоју места где станују и земље у целини. То ће омогућавати да Роми сопственим потенцијалима постепено излазе из зоне сиромаштва, да стварају услове за продужење животног века чланова својих породица и да буду на задовољавајући начин социјално укључени.

Резултати анализе показују да ромске здравствене медијаторке својим активностима успевају да превазилазе све препреке при остваривању права Рома на социјалну заштиту и да, у сарадњи са надлежним институцијама, омогућавају остваривање тих права, како у развијеним, тако и у мање развијеним општинама Србије. Ромске медијаторке су, путем успостављања контаката са надлежним институцијама на терену, првенствено са центрима за социјални рад, локалним службама Црвеног крста и са надлежним службама у локалним самоуправама, у доминантном броју општина обухваћених Пројектом, обезбедиле остваривање законских права Рома везаних за материјалну помоћ, помоћ Црвеног крста и једнократну помоћ.

На основу наше анализе може се закључити да је, у ситуацији када се Роми у Србији суочавају са значајним проблемима везаним за квалитет њиховог живота и приступ институцијама преко којих треба да остварују своја законска права, а као последица њихове искључености у релативно дугом периоду, **покретање пројекта везаног за запошљавање ромских здравствених медијаторки од стране Министарства здравља Републике Србије, била добро осмишљена и права одлука. Препреке се и даље јављају, али се оне веома успешно решавају активностима ромских здравствених медијаторки укључених у овај пројекат. Њихова основна база за покретање активности се налази у домовима здравља са којима медијаторке тесно сарађују и одређене активности заједнички реализују. Утврђене пројектне активности су у суштини у функцији побољшања здравља Рома на кратак и на дуги рок.**

Основне врсте активности које су медијаторке обављале на терену су: помоћ на уређењу животне средине и услова становања, предавања, радионице, агитке, постер, планирани разговор. Рад медијаторки на терену, по врстама активности, карактеришу остварени значајни резултати у обављању планираних разговора са Ромима и дистрибуирање брошура на разне теме (агитке) о здравствено-васпитним питањима везаним за побољшање здравственог стања Рома, остваривање социјалних и других права. У реализацији предавања и радионица у 2009. години су остварени почетни резултати, док су у 2010. години и ове активности релативно успешно обављене од стране медијаторки. Код помоћи на уређивању животне средине и услова становања, такође су остварени почетни, али веома значајни резултати који ће, са настављањем имплементације Пројекта, омогућити знатно већи успех у будућем периоду. **Највећи успех на терену је постигнут код обављања планираних разговора, што показује да су медијаторке оствариле један од значајних циљева Пројекта, а то је успостављање комуникације са Ромима и њиховим породицама ради остваривања инклузије у локалној заједници, промоције здравља ромске популације и повећање доступности Рома здравственој и социјалној заштити.**

Активности медијаторки на терену су организоване и према областима: исхрана, хигијена, планирање породице, вакцинација, здрави стилови живота и заразне болести. У 2009. години, забележен је рад медијаторки са приличним бројем лица ромске националности по свим областима и у скоро свим општинама. Највећи одзив Рома, укупно и по општинама, забележен је у области вакцинације, хигијене и здравих стилова живота.

Само у две општине (Ђуприја и Зрењанин) ни једна од наведених области није обављена. У 2010. години, **Роми су показали релативно велику заинтересованост за област здрави стилови живота у свим обухваћеним општинама.** У реализацију активности на терену кроз учешће у овој области укупно је било укључено у 2010. години 37.487 лица, а по општинама од преко 181 у Сомбору до 2.281 у Нишу.

Пројектом су била предвиђена три места одржавања активности медијаторки у раду са Ромима на терену: месна заједница, породица, клуб. У обе посматране године Роми су се доминантно определили, укупно и у скоро свим општинама, да место одржавања активности буде породица. И саме медијаторке су препознале значај одржавања активности на терену у оквиру породица па су своје активности на терену на овај начин и организовале, што се показало веома успешним, јер је, у обе посматране године (2009. и 2010.), извођењем активности на терену у оквиру породице било обухваћено 47.037 Рома, односно 38,2% од укупног броја пописаних Рома у обухваћеним општинама (123.100), што је, може се рећи, велики проценат.

Економска анализа

Економска анализа у области здравства је веома сложена с обзиром да се ради о области чије је резултате сложено исказивати. Зато у пракси, економску анализу у области здравства, не треба схватити само као оперативни метод помоћу кога се оцењује ефикасност пројеката, већ и као метод помоћу кога се изражава логика понашања сваког субјекта у оквиру активности пројекта које се предузимају у току његове реализације, како са аспекта имплементације постојеће и даљег унапређивања здравствене политике, тако и са становишта примене и унапређивања законске регулативе и реализације утврђених стратешких циљева у датој здравственој области на који се пројекат односи.

Квалитет економске анализе у великој мери зависи од квалитета и довољне расположивости информација неопходних за оцену ефикасности пројекта. То подразумева, пре свега, формирање информационе основе о свим активностима које се реализују у оквиру пројекта и адекватну информатичку обраду података које информатичка база садржи. **Неопходно је истаћи да Министарство здравља има информатичку базу Пројекта, али још увек није успоставило систем излазних података. То је значајно отежало и успорило спровођење укупне и економске анализе ефикасности Пројекта од стране истраживачког тима.**

Економска анализа омогућава компарацију улагања, односно трошкова и остварених резултата тих улагања. Она подразумева идентификацију и анализу трошкова пројекта са једне стране, и идентификацију, процену и анализу остварених резултата, са друге стране. На основу ове две компоненте процењује се економска ефикасност пројекта. Такође, за мерење успешности здравствених пројеката користи се и самеравање обима улагања и добијених исхода изражених у физичким јединицама, као и упоређивање исхода добијених на основу резултата реализованог пројекта са резултатима без реализације пројекта.

Креирање методологије спровођења економске анализе и избора инструмената за мерење ефеката, полази се од дефинисаног циља пројекта.

Основни циљ пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора“ је: (1) **унапређивање здравственог стања ромске популације.** Ефикасније остваривање основног циља подразумева и остваривање два кључна потциља: **(1) идентификација стања о**

друштвено-економском положају и здравственом стању Рома у Србији и (2) обезбеђивање бољег приступа Рома здравственој заштити.

Задатак ромских здравствених медијаторки је да, путем идентификације ромских породица и њихових чланова, њиховог социјално-економског статуса и проблема са којима се ове породице суочавају на терену, пружају неопходне услуге Ромима ради остваривања основног циља пројекта.

Дефинисани циљ и задаци пројекта и евидентирани резултати садржани у информационој бази пројекта, представљају основу за креирање методологије за спровођење економске анализе о исплативости увођења програма запошљавања ромских здравствених медијаторки у систем јавног здравства Србије.

Полазећи од неопходних чињеница за спровођење економске анализе, истраживачки тим за израду ове студије се определио за примену *cost-benefit* анализе као релевантног метода за оцену ефикасности пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у систем јавног здравства Србије.“

Досадашња улагања у пројекат обухватају неколико врста трошкова. Најпре, реч је о накнадама за рад ангажованих ромских здравствених медијаторки, које су дате у бруто износу. Друго, постоје трошкови везано за едукацију и усавршавање медијаторки, где спадају трошкови семинара и симпозијума. Треће, постоји шаролика група трошкова, која обухвата различита средства које медијаторке користе у свом раду, као што су протоколи, брошуре, приручници и други штампани материјали, али и рачунари и рачунарски софтвер, као и мобилни телефони, које медијаторке такође користе у свом раду.

У структури укупних улагања доминирају трошкови бруто накнада за рад ангажованих медијаторки. Њихово учешће у структури укупних улагања варира из године у годину, али за читав период 2008-2010. креће се на нивоу од ¾. Улагања везано за едукативне семинаре су друга по значају, а заједно са улагањима у одржавање симпозијума, имају учешће од 11% у укупним улагањима током посматраног периода. Улагања у рачунарску опрему, у коју спадају лаптопови и опрема за повезивање на Интернет, и улагања у израду софтвера и формирање базе података, заједно имају учешће од 8%, што је мало више од улагања у различите публикације које се користе у раду здравствених медијаторки, а чије учешће у структури укупних улагања за период 2008-2010. године износи 7%. На крају, најмање учешће у структури укупних улагања имају трошкови мобилних телефона, и оно износи свега 1%.

Улагања у Пројекат су вршена из буџета Републике Србије (за исплату бруто накнада за рад ангажованих медијаторки), као и из средстава донатора, и то ОЕБС, Пројекат ДИЛС, Теленор и Уницеф (а у 2011. години и Фонд за отворено друштво).

Резултати наше анализе у оквиру тачке 5. указали су да су, запошљавањем ромских здравствених медијаторки, постигнути значајни резултати везани за доступност и коришћење здравствених, социјалних и других услуга од стране ромске популације у Србији.

Идентификовани ефекти и користи и извори података за обрачун користи

ВРСТЕ ЕФЕКТА	КОРИСТИ (БЕНЕФИТИ)	ИЗВОРИ ПОДАТАКА
А. МЕРЉИВИ ЕФЕКТИ		
1. Ефекти изражени у новцу		
1.1 Уштеде у области <u>примарне здравствене заштите</u>	Побољшање здравственог стања Рома корисника услуга ромских здравствених медијаторки (избор лекара, прве посете лекару, редовни систематски и контролни прегледи, вакцинација деце и одраслих), што се одражава на: - смањење оболевања и честих других и свих осталих посета лекару опште медицине и лекарима специјалистима у домовима здравља; - смањење потрошње лекова и медицинског материјала издатих амбулантним болесницима	- Министарство здравља Републике Србије – база података о раду ромских здравствених медијаторки - Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд - Републички завод за статистику
1.2 Уштеде услед <u>смањења лечења у стационарним здравственим установама</u>	Ефикасно коришћење и пружање услуга у области примарне здравствене заштите омогућава смањење потреба за коришћење услуга у стационарним здравственим установама	- Министарство здравља Републике Србије – база података о раду ромских здравствених медијаторки - Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд - Републички завод за статистику
2. Ефекти изражени у продужењу животног века Рома		
2.1 Продужење животног века <u>беба</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта - Републички завод за статистику
2.2 Продужење животног века <u>деце</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта - Републички завод за статистику
2.3 Продужење животног века <u>одраслих особа</u>	Број добијених година живота укључених у Пројекат	- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта - Републички завод за статистику
3. Ефекти по основу правовременог откривања појединих болести		
3.1 <u>Смањење умирања</u>	Број лечених преживелих корисника укључених у Пројекат	- Министарство здравља Републике Србије – база података Пројекта - Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић БАТУТ“, Београд

Б. НЕМЕРЉИВИ ЕФЕКТИ У ДОСАДАШЊОЈ ФАЗИ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ ПРОЈЕКТА

1. Укључивање деце у школски систем и обезбеђивање стипендија ученицима и студентима	<ul style="list-style-type: none"> - Повећање људског капитала у наредном периоду - Запошљавање Рома - Повећање породичних прихода по основу запослености - Повећање укључености Рома у решавању проблема у локалној заједници - Смањење сиромаштва Рома
2. Ефикасно остваривање права из области социјалне заштите за рад неспособних и сиромашних Рома	<ul style="list-style-type: none"> - Смањење сиромаштва Рома - Обезбеђивање материјалних услова за побољшање живота Рома
3. Уређивање животне средине	<ul style="list-style-type: none"> - Побољшање општих услова живота Рома - Побољшање здравља Рома - Укључивање Рома у реализацију пројеката уређивања животне средине
4. Активирање Рома у оквиру локалне заједнице	<ul style="list-style-type: none"> - Укључивање Рома у процес доношења одлука важних за живот њихових породица

База података коју је формирало Министарство здравља путем евидентирања активности од стране медијаторки и извештавања о њиховој реализацији у електронској форми, **је била драгоцене и кључне за идентификацију ефеката, оцену користи и за израду укупне економске анализе овог Пројекта од стране истраживачког тима.**

Кључни индикатори за оцену користи од имплементације пројекта, изражених у новцу, су **(1)** процењен број Рома корисника услуга из домена пројекта који нису у ризику да оболе због тога што су користили превентивне услуге здравствене заштите уз помоћ ромских здравствених медијаторки, **(2)** процењен број Рома корисника услуга из домена пројекта који нису имали потребе да се лече у стационарним здравственим установама због тога што су, уз помоћ ромских здравствених медијаторки, у оквиру примарне здравствене заштите релативно добро збринуте, те су тиме ризици од значајнијих оболевања смањени, **(3)** подаци из Националног здравственог рачуна, **(4)** посете у ординацији лекара (изузимајући прве посете) и **(5)** број болесничких дана. За свођење номиналних улагања и номинално обрачунатих користи из 2009. године на вредност из 2010. године користили смо **дисконтну стопу од 3% годишње.**

Резултати *Cost-Benefit* анализе за период имплементације пројекта

Година	Садашња вредност улагања, динара	Садашња вредност оцењених користи (бенефита), динара	Нето садашња вредност, динара	Коефицијент односа користи (бенефита) и трошкова (улагања)
2009	14.858.880	55.793.009	40.934.129	3,75
2010	32.045.996	54.811.283	22.765.287	1,71
Укупно за период 2009-2010.	46.904.876	110.604.292	63.699.416	2,36

Добијени резултати *Cost-Benefit* анализе кореспондирају са резултатима анализе извршених услуга Ромима из области здравствене заштите од стране медијаторки у оквиру Пројекта, у обе посматране године. Медијаторке су пружиле здравствене услуге већем броју Рома у 2009. у поређењу са 2010. годином, па су и добијени резултати *Cost-Benefit* анализе повољнији за 2009. годину. **Међутим, акценат активности медијаторки у 2010. години је био на раду са Ромима у оквиру радионица, предавања, клубова и томе слично, едукативног карактера, ради подизања нивоа њихових знања о здравим стиловима живота, унапређивању животне средине итд. Ефекти овог рада на здравствено стање и социјални статус ромских породица доћи ће до изражаја у дужем периоду. То је само један од разлога који упућује да је неопходно да се пројекат настави у наредном периоду, тј. до достизања могућности за његову институционализацију.**

Имајући ово у виду, учинили смо покушај пројектовања потребних улагања у овај Пројекат до 2020. године.

Пројекција улагања у пројекат „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Републици Србији“ до 2020. Године

Година	Номинална вредност утврђених и оцењених улагања, динара	Садашња вредност утврђених и оцењених улагања, динара	Дисконтни фактор	Садашња вредност оцењених бенефита, динара
2008	3.708.780	3.495.881	94,26	-
2009	15.304.646	14.858.880	97,09	55.793.009
2010	32.045.996	32.045.996	100,00	54.811.283
2011	37.606.538	36.511.202	103,00	...
2012	40.464.644	38.141.808	106,09	...
2013	43.470.525	39.781.688	109,27	...
2014	46.700.308	41.492.618	112,55	...
2015	50.656.652	43.696.873	115,93	...
2016	54.684.644	45.797.528	119,41	...
2017	59.033.936	47.999.992	122,99	...
2018	64.030.303	50.546.113	126,68	...
2019	69.249.453	53.073.939	130,48	...
2020	75.606.024	56.257.982	134,39	...
Укупно за период од 2008. до 2020.	592.562.447	503.700.500	103,00	...

У периоду од 2012. до 2020. године, било би потребно да се обезбеди 416,8 милиона текућих динара (из 2010. године), или око 4,05 милиона евра по средњем званичном курсу за 2010. годину.

Користи изражене у повећању животног века Рома укључених у пројекат, а по основу пружених услуга ромских здравствених медијаторки при избору лекара за децу и вакцинацији деце, као и при избору изабраног лекара за одрасле особе, огледају се у повећању укупно 3.175 година живота у наредним годинама за 17.922 корисника ових услуга у периоду имплементације пројекта.

Добијене године живота корисника појединих услуга у оквиру имплементације Пројекта

Индикатор	Продужење животног века по кориснику услуге, годишње	Укупан број добијених година живота корисника услуге у наредним годинама	Број корисника услуге
Извршен избор лекара за децу старости 0-12 месеци	0,174167	64	367
Извршен избор лекара за децу старости 1-18 година	0,176878	737	4.166
Извршена вакцинација деце старости 0-12 месеци	0,174167	173	995
Извршена вакцинација деце старости 1-18 година	0,176878	950	5.372
Изабрани лекар – одрасле особе просечне старости 28 година	0,178075	1.250	7.022
УКУПНО		3.175	17.922

Резултати оцењених користи (бенефита) од тога што су ромске здравствене медијаторке за 5.487 Ромкиња обезбедиле добијање изабраног гинеколога у 2009. и 2010. години и што ће, захваљујући томе, Ромкиње мање умирати од рака локализованог на гинеколошким органима жена, јер ће ти облици рака бити раније откривени него што би био случај када кориснице не би имале изабраног гинеколога, **показују да би њих 10 током свог живота оболело од рака локализованог на гинеколошким органима, али да ће њих 6, због раног откривања болести и примене успешне терапије преживети јер ће бити излечене.**

7.2. ОСНОВНЕ ПРЕПОРУКЕ

Законодавни и правни оквир

Препорука	Образложење	Носиоци
Извршити измене и допуне Закона о здравственој заштити којима ће се локалне самоуправе обавезати да доносе посебне програме здравствене заштите Рома на својој територији	У члану 13. Закона о здравственој заштити се наводи да Аутономна покрајина, општина, односно град, може донети посебне програме здравствене заштите за поједине категорије становништва и за специфичне врсте болести карактеристичне за то подручје. Мишљења смо да ова одредба треба да буде обавезујућа у домену примарне здравствене заштите, имајући у виду и тенденције децентрализације система здравства у складу са укупним токовима децентрализације у земљи.	Министарство здравља

Увођење занимања „ромски здравствени медијатор“ у Националну класификацију занимања	Остварени резултати пројекта „Запошљавање ромских здравствених медијатора у Србији“ упућују на потребу увођења занимања „ромски здравствени медијатор“ у Националну класификацију занимања.	Министарство здравља Републички завод за статистику Национална служба за запошљавање
Да локалне самоуправе, у оквиру својих буџета, успоставе буџетску линију о финансирању програма здравствене заштите Рома на својој територији	Полазећи од Закона о буџетском систему у коме је предвиђено програмско буџетирање и имајући у виду последњи став члана 13. Закона о здравственој заштити, неопходно је да локалне самоуправе утврђују и сопствена средства за реализацију програма заштите Рома на својој територији.	Локалне самоуправе
Да локалне самоуправе буџетирају своје програме здравствене заштите Рома по активностима и изворима средстава	Пошто у Србији постоји релативно велика разлика у нивоу развијености локалних самоуправа, ако неке нису у могућности да утврђене програме здравствене заштите Рома финансирају само из буџетске линије локалног буџета, потребно је да предвиде и друге изворе средстава по активностима реализације одређеног програма – домаће и иностране донације, невладин сектор, Републички буџет и друго.	Локалне самоуправе

Стратешки оквир

Препорука	Образложење	Носиоци
Евалуација донетих локалних стратегија о Ромима заснована на подацима	Један, мали, број општина је донео стратегије о Ромима. Међутим, израда ових стратегија, према нашим сазнањима, није била заснована на подацима који би упућивали на остваривање користи од донетих стратегија. Због тога је потребно да се изврши њихова евалуација и на основу добијених резултата да се изврше евентуалне измене и допуне донетих стратегија.	Министарство здравља Локалне самоуправе Невладин сектор Донатори
Доношење локалних стратегија о побољшавању положаја Рома, заснованих на подацима, у локалним самоуправама које их нису донеле. Ове стратегије треба да укључе циљеве и	Полазећи од циљева Националне стратегије за побољшавање положаја Рома, локалне самоуправе треба да донесу своје стратегије о побољшавању положаја Рома које би укључивале све области од значаја за бољи положај Рома. Локалне стратегије треба да буду	Локалне самоуправе Невладин сектор Донатори

активности везане за укључивање Рома у образовни систем, решавање стамбених проблема, проблема запошљавања и уз бављење сопственим бизнисом, остваривање права у здравственој и социјалној заштити и свих других законских права без дискриминације.	буџетиране и засноване на анализама о могућности остваривања користи за Роме од њихове имплементације. Буџет сваке локалне стратегије треба да садржи потребан износ средстава за сваку утврђену активност, изворе средстава и користи које се очекују од планираних улагања.	
Стварати повољне услове за имплементацију донетих стратегија базиране на координацији јавних политика, вођењу дијалога са институционалним и ванинституционалним актерима у њиховој имплементацији и на активном развијању стратешких партнерстава	Европска комисија је 2010. године усвојила Платформу за повећање социјалне укључености осетљивих група становништва, међу којима је највише Рома. У Платформи се инсистира на повећању социјалне укључености путем координације јавних политика, вођења дијалога између партнера и развијању стратешког партнерства између учесника у реализације циља о социјалном укључивању.	Влада Републике Србије Локалне самоуправе Приватни сектор Невладин сектор
Стварање повољних услова за социјално укључивање Рома у развој локалних самоуправа и друштва у целини	Резултати наше анализе су показали да Роме треба подстицати да учествују у развој локалних заједница и земље у целини, путем постепеног укључивања у сферу рада и одлучивања, на локалном и националном нивоу, како би и сами доприносили стварању услова за побољшавање квалитета њиховог живота.	Влада Републике Србије Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке

Услуге

Препорука	Образложење	Носиоци
Повећавати сензибилизацију локалне администрације и запослених у другим неопходним институцијама за рад са ромском популацијом	Потребно је подизање капацитета запослених у локалним самоуправама и институцијама на локалном нивоу, ради обезбеђивања ефикасне комуникације са ромском популацијом при пружању информација о питањима везаним за живот и рад Рома, остваривању њихових права и укључивање у друштвени систем земље.	Надлежна министарства Локалне самоуправе Донатори
Обезбеђивање даље подршке за реализацију пројекта „Запошљавање ромских здравствених	У садашњим условима и у будућем релативно примереном року, запошљавање ромских здравствених медијаторки је неопходно јер оне	Министарство здравља Локалне самоуправе

медијаторки у јавним установама Србије“	директно подстичу Рома да користе услуге здравствене и социјалне заштите и све друге услуге при остваривању њихових грађанских и законских права и обавеза. На тај начин се подиже ниво знања и повећава укљученост Рома.	Донатори
Појачати и даље развијати активности о здравим стиловима живота код ромске популације, у свим насељима	Ова активност је тек успела да заинтересује један број Рома и ромских породица. Зато је треба даље развијати и усавршавати методе рада који су прихватљиви за ромску популацију	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке
Појачати и даље развијати активности о унапређивању животне околине и услова становања у свим ромским насељима	Ромске здравствене медијаторке су, у претходне две године, оствариле почетне резултате по питању уређивања животне средине и услова становања. Због тога је неопходно да се ове активности подигну на виши ниво како би се што већи број Рома и ромских породицу укључио у њихову реализацију, а што би резултовало у побољшању услова становања и услова живота у целини. То ће, такође, допринети и побољшавању здравственог стања ромске популације у Србији	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке
Укључити здраво ромско становништво у саветовалишта у домовима здравља, према полу и узрасту	Укључивањем здравог ромског становништва у саветовалишта домова здравља омогућило би се смањење оболевања	Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке Домови здравља
Обезбедити вакцинисање одраслог здравог ромског становништва против тетануса	Вакцинација одраслих Рома против тетануса је од великог значаја с обзиром на послове којима се Роми баве у садашњим условима	Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке Домови здравља

Економска анализа

Препорука	Образложење	Носиоци
Успоставити систем излазних података на основу формиране информационе базе пројекта	Систем излазних података је део информационе базе који, у току досадашње имплементације пројекта, није развијен. Са успостављањем овог система успоставиће се и систем контроле улазних података у информациону базу, како би могле да се врше одговарајуће корекције, уколико се покаже да су неки од улазних података погрешно унесени у информациону базу.	Министарство здравља
Проширити Протокол и обезбедити квантификовање сада неквантификованих услуга које су саставни део свих активности из пројекта које ромске здравствене медијаторке реализују	Одређен број, сада неквантификованих услуга, захтева одређена улагања која би била мерљива при спровођењу економске анализе. Због тога је нужно да се осмисле индикатори који би одражавали квантитет појединих услуга, да би могле да се идентификују, у оквиру економске анализе, као мерљива улагања и који би омогућили обрачун мерљивих ефеката	Министарство здравља Локалне самоуправе Ромске здравствене медијаторке

ЛИТЕРАТУРА

Публикације и чланци

Beljić Živković Teodora, Marjanović Milica, Prgomelja Stela, Soldatović Ivan, Koprivica Branka, Acković Dragoljub, Živković Rodoljub. 2010. "Screening for Diabetes among Roma People Living in Serbia". *Croatian Medical Journal* 51: 144–150

Bodewig Christian, Sethi Akshay. 2005. *Сиромаштво, социјална искљученост и етничка припадност у Србији и Црној Гори: Случај Рома*. World Bank, октобар 2005. http://siteresources.worldbank.org/INTROMA/Resources/SERBIAN_sam.roma.poverty.pdf

Bogdanović Dragan, Nikić Dragana, Petrović Branislav, Kocić Biljana, Jovanović Jovica, Nikolić Maja, Milošević Zoran. 2007. "Mortality of Roma Population in Serbia, 2002-2005", *Croatian Medical Journal* 48: 720-6

Влада Републике Србије. 2003. *Стратегија за смањење сиромаштва у Републици Србији*. Dimitrijević T. 2009. *Improving access to health care of roma community in Valjevo*. Open Society Institute, Budapest. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/valjevo_20091023/valjevo_20090301.pdf

Динкић Миросинка 1990. *Управљање развојем заједничких потреба - Cost-benefit анализа*. Економски институт, Београд.

Динкић Миросинка, Јовановић Ива, Момчиловић Јелена, Станковић Љиљана, Зајегановић-Јаковљевић Јелена. 2004а. *Процена исплативости програма превенције преношења ХИВ инфекције са мајке и дете*. УНИЦЕФ, Београд

Динкић Миросинка. 2004б. „Трошкови пројекта, финансирање и економски контекст“, у *Извештај о евалуацији активне наставе/учења у Србији и Црној Гори 1994-2004*, стр. 68-79. УНИЦЕФ Канцеларија за Србију и Црну Гору, Београд.

Динкић Миросинка, Момчиловић Јелена. 2005. *Цена самосталности: Анализа оправданости улагања у организовање сервиса персоналних асистената за помоћ особама са инвалидитетом у Србији*. Центар за самостални живот инвалида Србије, Београд

Dinkić Mirosinka, Ognjenović Kosovka. 2007а. *Employment Challenge for the Roma Population in the Jablanica District*. Background document of the ILO regional office in Budapest, December 2007

Динкић Миросинка, Бранковић Александра, Тошић Озрен, Станисављевић Ива, Ђурић Драгољуб. 2007б. *Птичји грип у Србији: Процена потенцијалних друштвено-економских утицаја пандемије птичјег грипа у Србији*. Канцеларија Уједињених нација – Програм за развој у Србији, Београд

Динкић Миросинка, Огњеновић Косовка, McClelland Siobhan. 2009а. *Анализа утицаја мера здравствене политике на доступност здравствене заштите ромској популацији у Србији*. Влада Републике Србије, Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва, Београд

Динкић Миросинка, Огњеновић Косовка, Савчић Ружица. 2009b. *Евалуациони извештај о изрази и примени локалних планова акције за децу*. УНИЦЕФ, Београд.

Динкић Миросинка, Огњеновић Косовка, Бранковић Александра. 2011. *Ученичке задруге и проширена делатност школа у циљу повећања квалитета образовања и веће социјалне укључености школске деце у Републици Србији: Србија, земље Европске уније и земље у окружењу*. Институт економских наука, Београд.

Европска комисија. 2010. *Европска платформа за борбу против сиромаштва и социјалне искључености: Европски оквир за социјалну и територијалну кохезију* (превод документа: European Commission. 2010. "Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions. The European Platform against Poverty and Social Exclusion: A European framework for social and territorial cohesion". 16.12.2010, COM/2010/0758 final

Институт за јавно здравље. 2008. *Здравље становника Србије: Аналитичка студија 1997-2007*. Институт за јавно здравље „Др. Милан Јовановић Батут“, Београд.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. 2010а. *Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2009.*. Институт за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут“, Београд.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. 2010б. *Инциденција и морталитет од рака у Централној Србији – 2008. година*. Институт за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут“, Београд.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. 2010с. *Национални здравствени рачун*. Институт за јавно здравље Србије „Др. Милан Јовановић Батут“, Београд. <http://www.batut.org.rs/download/nzr/3%20Nacionalni%20zdravstveni%20racun.pdf>

Министарство здравља, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Национална канцеларија за HIV/AIDS. 2008. *Пројекат истраживања међу популацијама под повећаним ризиком од HIV-а и међу особама које живе са HIV-ом, Основни резултати*. Септембар 2008.

Министарство здравља Републике Србије. 2009а. *Приручник за здравствене медијаторе: Здравствени медијатор*. Београд, Министарство здравља Републике Србије, ОЕБС мисија у Србији

Министарство здравља Републике Србије. 2009б. *Први симпозијум здравствених медијаторки – Зборник радова*. Врњачка Бања, 09.09.-11.09.2009. Министарство здравља Републике Србије, ОЕБС мисија у Србији

Министарство здравља Републике Србије. 2010. *Други симпозијум здравствених медијаторки – Зборник радова*. Сокобања, 20.09.-23.09.2010. Министарство здравља Републике Србије, ОЕБС мисија у Србији

Mladovsky Philipa. 2007. "To what extent are Roma disadvantaged in terms of health and access to health care? What policies have been introduced to foster health and social inclusion?“, Research Note, June 2007, The London School Of Economics And Political Science, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_roma_health.pdf

Open Society Institute. 2005. *Mediating Romani health: Policy and programme opportunities*. December 2005.

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/romanihealth_20051201/roma_health_mediators.pdf

- Open Society Institute. 2007. *Public Health Fact Sheet, Left Out: Roma and Access to Health Care in Eastern and South Eastern Europe*.
http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/leftout_20070420/leftout_20070423.pdf.
- Petek Davorina, Rotar Pavlič Danica, Švab Igor, Lolić Damir. 2006. „Attitudes of Roma Toward Smoking: Qualitative Study in Slovenia“. *Croatian Medical Journal* 47: 344-7
- Praxis. 2008. *Правно невидљива лица у седам слика*. Praxis, Београд, октобар 2008.
- Praxis. 2011a. *Анализа главних препрека и проблема у приступу Рома праву на социјалну заштиту*. Praxis, Београд, април 2011.
- Praxis. 2011b. *Анализа главних препрека и проблема у приступу Рома правима на здравље и здравственој заштити*. Praxis, Београд, јул 2011.
- Републички завод за статистику. 2003а. *Књиге пописа: Национална или етничка припадност (подаци по насељима) – Књига 1*.
- Републички завод за статистику. 2003б. *Књиге пописа: Пол и старост (подаци по насељима) – Књига 2*.
- Републички завод за статистику. 2003с. *Књиге пописа: Вероисповест, матерњи језик и национална или етничка припадност према старости и полу (подаци по општинама) – Књига 3*.
- Републички завод за статистику. 2008. *Студија о животном стандарду: Србија 2002-2007*. Републички завод за статистику, Светска банка, DFID
- Републички завод за статистику. 2010а. *Статистички годишњак 2010*.
- Републички завод за статистику. 2010б. *Роми у Попису: Пробни попис становништва, домаћинства и станова 1-15. новембра 2009*. Београд, новембар 2010.
- Roma Civic Alliance of Romania. 2010. *Decadewatch Romania Report: Mid term evaluation of the Decade of Roma Inclusion*.
<http://www.romadecade.org/files/downloads/Decade%20Watch%202010/Decade%20Watch%20Romania%20Report%202010%20EN.pdf>
- Србија 2020: Концепт развоја Републике Србије до 2020. године – Нацрт за јавну расправу*. Децембар 2010.
- UNDP. 2003. *Avoiding the Dependency Trap: The Roma Human Development Report*.
<http://europeandcis.undp.org/home/show/62BBCD48-F203-1EE9-BC5BD7359460A968>
- UNDP, 2006а. *Под ризиком: Социјална угроженост Рома, избеглица и интерно расељених лица у Србији*. Канцеларија Уједињених нација – Програм за развој у Србији, Београд.
- UNDP. 2006б. *At Risk: Roma and the Displaced in Southeast Europe*. United Nations Development Programme, Regional Bureau for Europe and the Commonwealth of Independent States, Bratislava
- UNICEF. 2007. *Republic of Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2005, Final Report*. Statistical Office of the Republic of Serbia, Strategic Marketing Research Agency, UNICEF, Belgrade
- Commission of the European Communities. 2002. *Regular report on Hungary's progress towards accession*. 9.10.2002, COM (2002) 700 final
- World Health Organization. 2006. *Guidelines for conducting cost-benefit analysis of household energy and health interventions*.

http://www.who.int/entity/indoorair/publications/guideline_household_energy_health_intervention.pdf

Прописи

Акциони план за спровођење Стратегије за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, Службени гласник Републике Србије бр. 57/09

Закон о здравственој заштити, Службени гласник Републике Србије бр. 107/05, 72/09, 88/10, 99/10, 57/11

Закон о здравственом осигурању, Службени гласник Републике Србије бр. 107/05, 109/05, 57/11

Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, Службени гласник Републике Србије бр. 36/91, 79/91, 33/93, 53/93, 67/93, 46/94, 48/94, 52/96, 29/01, 84/04, 101/05, 115/05

Закон о социјалној помоћи, Службени гласник Републике Србије бр. 24/11

Закон о финансијској подршци породици са децом, Службени гласник Републике Србије бр. 16/02, 115/05, 107/09

Национална стратегија одрживог развоја, Службени гласник Републике Србије бр. 57/08

Стратегија за унапређивање положаја Рома у Републици Србији, Службени гласник Републике Србије бр. 27/09

Интернет

База података DevInfo: <http://devinfo.stat.gov.rs>

„Атлас дијабетеса“ на веб-сајту Међународне фондације за дијабетес:
<http://www.diabetesatlas.org/map>

Лига за Декаду Рома: <http://ligazadekaduroma.org.rs>

Romani CRISS – Ромски центар за социјалне интервенције и студије, Румунија:
<http://www.romanicriss.org>

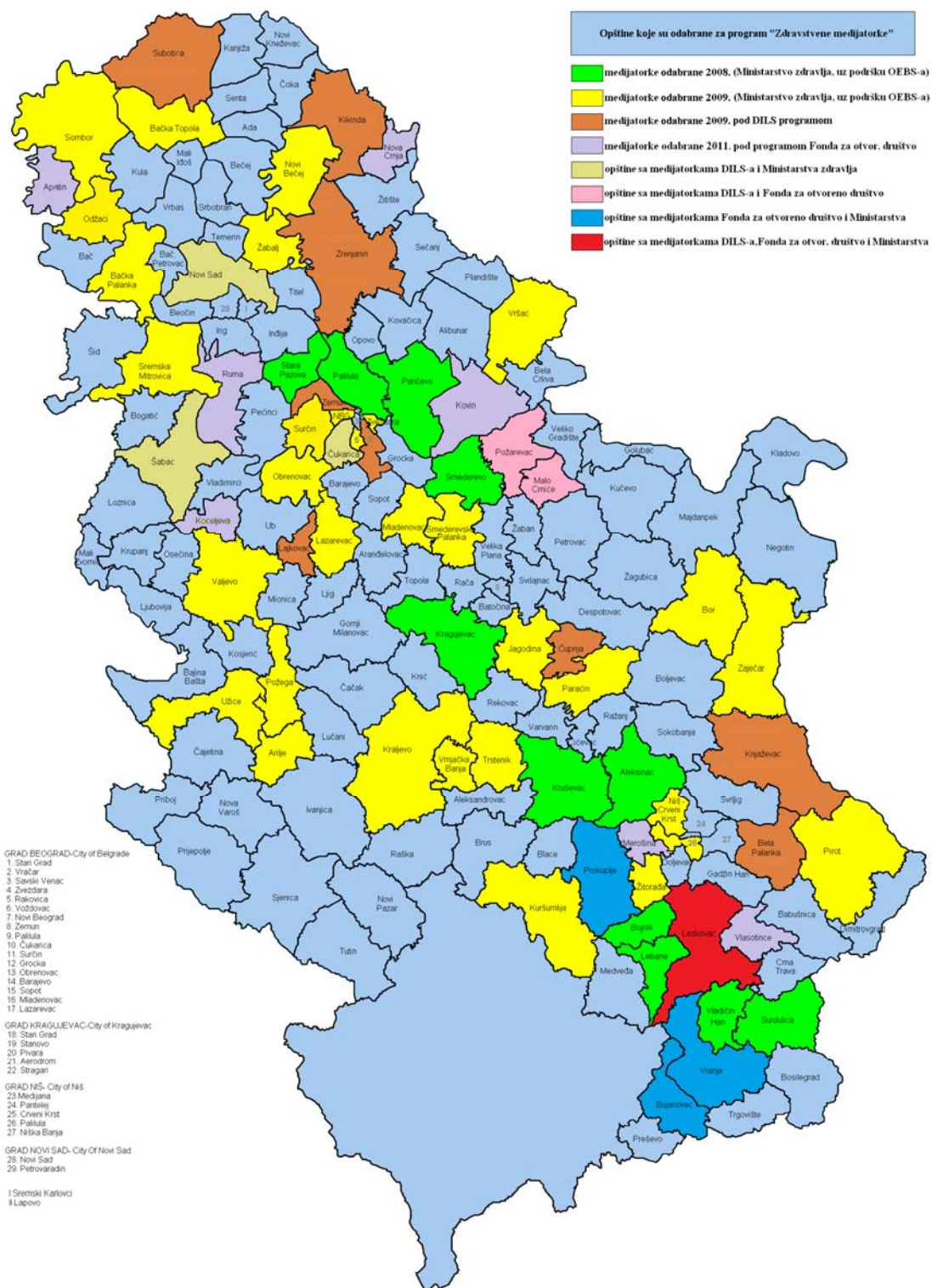
Национална мрежа здравствених медијатора у Бугарској: <http://www.zdravenmediator.net>

СПИСАК СКРАЋЕНИЦА

БДП	Бруто домаћи производ
ДИЛС	Пројекат „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ (енг. “Delivery of improved local services - DILS”)
ЕУ	Европска унија
ЕУР	Евро
МУП	Министарство унутрашњих послова
ОЕБС	Организација за европску безбедност и сарадњу
РЗМ	Ромска здравствена медијаторка
РСД	Динар
УНДП	Програм Уједињених нација за развој
УНИЦЕФ	Фонд Уједињених нација за децу

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1 – Географски приказ општина у којима су ангажоване ромске здравствене медијаторке



ПРИЛОГ 2 – Улога здравствене медијаторке

(Преузето из публикације Министарства здравља и ОЕБС-а „Приручник за здравствене медијаторке“, Београд 2009., стр. 15-17.)

КАКО УЧИНИТИ ДОСТУПНИМ УСЛУГЕ ДОМА ЗДРАВЉА?

ЗА БОЛЕСНЕ

- Помоћи им да изаберу свог лекара опште медицине; за дете специјалисту педијатра; за жене специјалисту гинеколога; за болести зуба доктора стоматолога
- Свако стање праћено са температуром, болом, повраћањем, гушењем, отежаним дисањем, крварењем,слабошћу и др изабрани лекар прима истог дана
- Слабо покретним хроничним болесницима, инвалидима, старим особама које живе саме закажите ви преглед код изабраног лекара
- Уколико је немогуће да болесник дође у дом здравља повезати се са хитном службом или службом за кућно лечење и негу.
- За услугу лабораторије уколико је болесник непокретан обавестите теренског лаборанта, како би се услуга обавила у кући (уз налог изабраног лекара)
- Обавестите социјалног радника, патронажну сестру дома здравља о сваком социјалном проблему како би изласком на терен разрешили проблем уз помоћ других институција.
- За сву децу са говорним манама, промењеним понашањем или неким другим проблемом упутите да посети изабраног лекара и са упутом посете дефектолога, психолога
- Упутити оне који немају здравствену књижицу, а хитни су случајеви (услуга дома здравља је бесплатна/
- Упутите децу која немају здравствене књижице, а нису вакцинисана у дом здравља да се вакцинишу (вакцинација је обавезна и бесплатна)

ЗА ЗДРАВЕ

- Утицати на становништво да и када здравље није нарушено једном годишње оду на систематски преглед (код свог изабраног лекара опште медицине, гинеколога-за жене)
- Определити код изабраног лекара и оне који годинама нису били код лекара (опредељење је обавезно по закону о здравственом осигурању)
- Укључити здраво становништво у сва саветовалишта у дому здравља према полу, узрасту
- Формирати циљне групе на терену и мотивисати их да посете :

- гинеколога - за жене - заказати групни долазак на контролни преглед за рано откривање рака грлића материце (за жене од 25-69 године, Папаниколау цитолошки преглед - сваке три године), за рано откривање рака дојке (за жене од 45-69 године). Ако треба, повести их до гинеколога, где ће већ бити заказан њихов пријем, а самим тим и улити поверење у функционисање здравственог система за све, без изузетака.
- - педијатра - за децу - такође организовати групне доласке у заказани термин ради вакцинације. Треба мотивисати мајке да доведу децу до дома здравља, а ви их сачекајте и упутите педијатријским сестрама са којима сте остварили предходни договор. Уколико не успете да организујете мајке да доведу децу до дома здравља, договорите се са главном сестром педијатрије да организује одлазак екипе на терен да вакцинишу децу. Ваша помоћ неопходна је да у заказаном термину мајке са децом буду присутне, да вас не изневере својим недоласком. Оваквом акцијом ви доприносите једном општем циљу—здравом одрастању генерација без заразних болести. Након сваке успешне вакцинације упозорите мајке да се одазову на заказани термин који одреди сестра за предвиђену ревакцинацију како би деца била комплетно вакцинисана и заштићена од заразних болести. Школску децу организујте у групе према проблему који имају и упутите их, закажите им долазак у саветовалиштима школског диспанзера када њима одговара. У раду са школском децом мотивишите их да сачувају своје здравље и да науче нешто о свом здравственом проблему користећи услуге дома здравља (обратити пажњу на болести зависности).
- Покрените вакцинисање одраслог становноштва вакцином против тетануса за узрасте од: 31, 41, 51 и 61 године старости. Организујте групу или појединце, закажите пријем и доведите одрасле особе у службу опште медицине дома здравља. Укажите на значај ове вакцине код повређивања у условима у којима живе Роми. Податке о овим старосним групама људи прибавите приликом систематске обраде терена.
- Болесне од шећерне болести укључите у превентивни центар (саветовалиште за дијабетес). Сазнајте ко су лекари који воде саветовалишта, када раде у саветовалишту и упутите оболеле од шећерне болести на предходно заказан термин, како би спречили појаву тешких компликација код ове болести.
- Активно се укључите у све промотивне кампање које организује дом здравља према календару јавног здравља. У овим акцијама позовите, заинтересујте и организујте долазак и ромског становништва.

Циљеви рада здравствених медијатора

Општи циљеви

- Социјална инклузија ромских породица и њених чланова у локалну заједницу
- Постизање једнакости у здрављу
- Промоција здравља ромске популације
- Повећање доступности здравствене и социјалне заштите

Специфични циљеви

- Открити особе без докумената
- Повезати их са службама у локалној заједници
- Остварити право и обавезу сваког грађанина поседовања личних докумената
- Открити децу која нису вакцинисана и повезати их са педијатријском службом дома здравља
- Контролисати вакцинацију деце према календару вакцинација
- У организованом кампањском вакцинисању деце учествовати у проналажењу невакцинисане деце
- Договорити са педијатријском службом организоване прегледе и вакцинацију за групу деце
- Самостално у директном контакту организовати циљне групе
- Контролисати њихов одазив на вакцинацију
- Повећати број здравствено осигураних лица
- Повећати број корисника социјалне помоћи
- Повећати број корисника једнократне помоћи
- Повећати број корисника стипендија
- Повећати број корисника помоћи Црвеног крста
- Повећати број лица са оствареним личним документима
- Повећати број деце укључених у систем школства и васпитне установе
- Смањити број неписмених лица укључењем у ванредно школовње што ће дати могућност за запошљавање
- Повећати број комплетно вакцинисане и опредељене деце избором свог лекара
- Помоћи при опредељивљавању и заказивњу код изабраног лекара/педијатра, гинеколога или лекара опште медицине
- Заинтересовати жене старости од 15-65 година да посете гинеколога, бар једном годишње
- Посебну пажњу посветити трудницама са нормалном и ризичном трудноћом, бабињарама (жене после порођаја), женама генеративног (репродуктивног) доба.
- Женама организовати систематске прегледе гинеколога за рано откривање рака грлића материце и рака дојке
- Ширити чињенице о заштити од нежељене трудноће и полно преносивим болестима
- Утицати на свест брачних другова о планирању породице и повезати их са саветовалиштима при дому здравља

- Младе укључити у рад саветовалишта при дому здравља: за репродуктивно здравље, борбу против гојазности, против пушења, наркоманије и алкохолизма
- Смањити број наркомана, алкохоличара, нежељених трудноћа, побачаја, напуштене деце, деце са измењеним, проблематичним понашањем и деце са сметњама у развоју

Едукација на терену

- Лична и општа хигијена
- Употреба исправне пијаће воде
- Значај уклањања отпада
- Правилна исхрана и чување намирница
- Штетност злоупотребе алкохола, дувана и дрога
- Значај редовне вакцинације
- Планирање породице

ОСТАЛИ ДЕЦА		ОБОЉЕЉА - жене, мушкарци, деца		Мушкарци/Жене		Мушкарци/Жене/деца		Активности на територији		Области рада		Место активности		ЗЕМАЉА
Училишно у систему образовања		Други подаци		Место испитивања		Остале активности		Остале активности		Области рада		Место активности		
Специјална школа														
Почувана школа														
Непотпуно школовање														
Ванредна школа														
Није укључено до 10 год живота														
Није укључено од 10-18 год живота														
Остарен														
Студира														
Заносан														
Незаносан														
У брачној заједници														
Изабран														
Нема изабраног лекара														
Обебеђена стипендија														
Број уписа леце од 1-5 год														
Душавна болест														
Малинга болест														
Штољерна болест														
Оболече бубрега-почење хемодијализом														
Мишићна дистрофија														
Кардио васкуларне болести														
Болести зависности														
Ероксијална астма														
Остала хронична болешња														
Заразна жутица														
Остале заразне болести														
Нивалдидиелени,немоксрсти,глуви и др.														
Лица преко 65 година														
Здравни мушкарци-жене 20-65 година														
Комплетно														
Без вакцина														
Изабран														
Нема изабраног лекара														
Заканци према лекара/лекар-сестри														
Акције према централној власти и др														
Обебеђене здравствене услуге на територији														
Проветривање простора одраслих														
Систем, преглед за упис у школу														
Систематски преглед стоматолога														
Пловој мерици-у остарелима, тубе неге														
Остарена материјална помоћ														
Без личних докumenата														
Без здравственог књижице														
Остарено здравствено осигурање														
Остарена лична документација														
Остарена помоћ црковног прста														
Остарена јединствена помоћ														
Остало														
Почућ на уредну животну средину и услова становања														
Преправља														
Радионица														
Артике														
Постер														
Планирани разговор														
Искрива														
Хитна помоћ														
Вакцинација														
Здравствено осигурање														
Здравствена помоћ животу														
Здравствена помоћ														
Месна заједница														
Тороница														
Клуб														

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

347.965.2:614.2
364.69(=214.58)(497.11)
614.2:336(497.11)

ДИНКИЋ, Миросинка, 1944-
Економска анализа увођења ромских
здравствених медијатора у систем јавних
здравствених установа у Србији / Миросинка
Динкић, Александра Бранковић. - Београд :
Институт економских наука, 2011 (Нови Сад :
СП принт). - IX, 153 стр. : граф. прикази,
табеле ; 30 cm

Тираж 400. - Напомене и библиографске
референце уз текст. - Библиографија: стр.
141-144.

ISBN 978-86-80315-89-8
1. Бранковић, Александра, 1976- [аутор]
а) Здравствена служба - Посредовање б)
Роми - Здравствена заштита - Србија с)
Здравствена заштита - Финансирање - Србија
COBISS.SR-ID 188137484