

ZALAGAČKE PLATFORME ŽENA U BiH

PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA I PRAVO NA ZDRAVLJE ŽENA U BOSNI I HERCEGOVINI

IMPRESSUM:

Autorica: magistra Tanja Mandić Đokić

Lektura: Marija Vuletić

Prelom i dizajn: Merisa Bašić i Tanja Ćurić

Izdavačice: Fondacija CURE

Urednica: Masha Durkalić

Za izdavačice: Jadranka Miličević

Ovaj materijal je u cjelosti finansiran od strane Švedske međunarodne agencije za razvoj (SIDA) i organizacije Kvinna till Kvinna. SIDA i Kvinna till Kvinna se nužno ne slažu s iznesenim mišljenjima. Autorica je u potpunosti odgovorna za sadržaj.

Materijal nije moguće kopirati bez dozvole izdavačica.

Sarajevo, novembar/studeni 2016. godine

SADRŽAJ

Predgovor.....	3
Uvod.....	5
Karakteristike zdravstvenih sistema Bosne i Hercegovine.....	9
Analiza stanja.....	10
Rodna perspektiva u zdravstvenom sistemu Bosne i Hercegovine	12
Dostupnost i pristupačnost zdravstvenih usluga za žene u Bosni i Hercegovini.....	16
Dostupnost zdravstvenih usluga u smislu mogućnosti zdravstvenog sistema da obezbijedi adekvatne zdravstvene usluge koje odgovaraju potrebama korisnica.....	18
Dostupnost zdravstvenih usluga u smislu kvaliteta zdravstvenih usluga i njihove stvarne mogućnosti da budu konzumirane od strane korisnica zdravstvenih usluga.....	21
Ugroženost zdravlja uslijed specifičnih uslova života i životnih stilova.....	25
Reproduktivno zdravlje žena i planiranje porodice.....	27
Umjesto zaključka.....	29
Preporuke.....	30
Literatura.....	31
O autorici.....	34

PREDGOVOR

Fondacija CURE je u 2015. godini pokrenula novu inicijativu kojom nastoji osnažiti aktivistkinje i žene aktivne u politici da društveno-politička pitanja u cjelosti posmatraju iz ženske perspektive. Naša želja je pokrenuti zalagačke aktivnosti na cijelom području Bosne i Hercegovine putem kojih bi javnosti bila prezentovana drugačija mišljenja na pitanja koja život znače, a u čijem rješavanju ženska strana nema priliku da iznese svoje stavove. Naš rad se bazira na iskustvima koja dijelimo sa ženama iz malih lokalnih sredina, ali i onih u samim centrima moći. Mi osluškujemo, dijelimo i diskutujemo te na osnovu zajedničkog iskustva nudimo moguća rješenja.

Fondacija CURE smatra da je ženska politička participacija i uspostavljanje principa socijalne pravde i jednakosti svih ključ za napredak Bosne i Hercegovine. Ne samo da smo još uvijek daleko od 40% zakonom zagarantovane participacije u vlasti, već vrlo često ženska pitanja ne pronalaze mjesto na agendama onih koji imaju moć donošenja odluka. Za nas je pitanje saobraćajne infrastrukture jednako važno kao i pitanje ekonomskih reformi. Mobilnost žena ima direktan uticaj na ostvarivanje prava na zdravlje i ekonomskih mogućnosti za sve generacije žena. Pitanje dostojanstvenog starenja kao i jednakih mogućnosti u obrazovanju smatramo osnovnim ženskim pitanjima.

Marginalizovane ženske društvene grupe poput samostalnih roditeljki, žena s invaliditetom, lezbejki, biseksualnih i trans* žena (LBT*), Romkinja, žena na selu, žena treće dobi i drugih ne mogu i dalje biti društveno nevidljive.

Mišljenja smo da ženska perspektiva treba da bude uključena u sve procese donošenja odluka, uključujući i mirovne pregovore, ustavne reforme i Reformsku agendu. Bez učešća svih nas i konsultacija sa svim građankama i građanima nećemo moći uživati sva Ustavom zagarantovana prava.

Publikacija koja se nalazi pred vama predstavlja doprinos Fondacije CURE i aktivistkinja okupljenih oko ideje jednakopravnosti spolova, nenasilja i jednakih prava svih građanki i građana Bosne i Hercegovine u budućnosti.

Mi smo uvijek spremne za dijalog i zajednički rad na unaprjeđenju kvalitete života svih osoba, s posebnim fokusom na žene i djevojčice u našem društvu.

Fondacija CURE

UVOD

Pravo na zdravlje, kao ljudsko pravo, podrazumijeva da svako ima pravo na najviši mogući nivo fizičkog i mentalnog zdravlja. Ovo uključuje mogućnost pristupa svim medicinskim uslugama, higijenskim uslovima, adekvatnoj ishrani, uslovnom stanovanju, zdravim uslovima rada i čistom okolišu. U ovom tekstu analizirani su primjeri nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama kada su u pitanju bh. žene, a koji pokrivaju više oblasti zdravstvene zaštite. Pored toga, tekst donosi i preporuke koje je potrebno usvojiti kako bi jednak pristup zdravstvenoj zaštiti u BiH bio moguć za sve građane i građanke, pogotovo uzimajući u obzir marginalizovanu poziciju žena i brojne otežavajuće okolnosti koje ih sprječavaju u ostvarivanju prava na zdravlje.

Svjetska zdravstvena organizacija zdravlje definiše kao “stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti”. Obezbjedivanje prava na zdravlje kao jednog od zagarantovanih, neotuđivih, ljudskih prava može se posmatrati jedino u kontekstu sveobuhvatnosti zdravstvenog sistema i zdravstvene usluge kao najvidljivijeg segmenta tog sistema.

Zdravstvena zaštita mora biti utemeljena na principima univerzalnosti, dostupnosti, poštovanja dostojanstva, kvalitete, nediskriminacije, transparentnosti, učešća i odgovornosti.

Pristup zdravlju mora biti univerzalan i garantovan svima na principu jednakih mogućnosti. Zdravstvena zaštita mora biti sveobuhvatna, dostupna i pristupačna.

Resursi zdravstvene zaštite (bolnice, ambulante, zdravstveno osoblje), oprema, lijekovi, medicinska sredstva i usluge (primarna zdravstvena zaštita, zaštita mentalnog zdravlja) moraju biti dostupni na svim područjima i u svim zajednicama.

Zdravstvene institucije i ustanove dužne su obezbijediti poštovanje dostojanstva, kulturološki prikladnu uslugu, prilagođenu potrebama vezanim za rodne, dobne, kulturološke i jezičke razlike, različite životne uslove i različite mogućnosti korisnika/ca usluga.

Zdravstvena njega mora biti medicinski prikladna i kvalitetna, vođena

standardima kvaliteta i kontrolnim mehanizmima, pružena na vrijeme i na način koji pacijenta/icu stavlja u središte pažnje. Pravo na zdravlje kao ljudsko pravo također podrazumijeva praćenje principa primjenjivih na sva ljudska prava.

Zdravstvena zaštita mora biti pristupačna i pružena bez diskriminacije (namjerne ili nenamjerne) na osnovu zdravstvenog stanja, rase, etničke pripadnosti, dobi, spola, seksualne orijentacije i rodnog identiteta, invalidnosti, jezika, religije, nacionalne pripadnosti, prihoda ili socijalnog položaja itd.

Informacije vezane za zdravlje moraju biti lako dostupne svima s ciljem da omoguće ljudima da zaštite svoje zdravlje i ostvare pravo na kvalitetnu zdravstvenu uslugu. Instrukcije koje organizuju, finansiraju ili pružaju usluge zdravstvene zaštite moraju poslovati transparentno u smislu pružanja uvida u način donošenja odluka koje se tiču nivoa, vrste i obima usluga koje se pružaju pacijentima/cama, uzimajući u obzir da su građani i građanke u suštini ti/e koji/e finansiraju zdravstveni sistem. Neki od načina da se osigura transparentnost i djeluje po principu inkluzije jeste, na primjer, da se u organe odlučivanja uključe predstavnici/e korisnika/ca zdravstvenih usluga ili da se informacije o odlukama i njihovim razlozima (npr. skidanje neke usluge s liste obaveznih usluga ili skidanje nekog lijeka s A liste i slično) objavljuju i obrazlože na način dostupan svim korisnicima/ama zdravstvene usluge.

Pojedinci/ke i zajednice moraju biti u mogućnosti da učestvuju u odlukama koje utiču na njihovo zdravlje, uključujući organizaciju i implementaciju usluga zdravstvene zaštite.

Pravo na zdravlje kao ljudsko pravo zaštićeno je i regulisano sljedećim međunarodnim dokumentima:

Članom 25 Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima;

Članom 12 Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima;

Članom 24 Konvencije o pravima djeteta;

Članom 5 Konvencije o eliminaciji svih oblika rasne diskriminacije;

Članovima 12 i 14 CEDAW Konvencije;

Članom XI (11) Američke deklaracije o pravima i obavezama čovjeka;

Članom 25 Međunarodne konvencije o pravima osoba s invaliditetom.¹

Zdravstvena usluga treba da uključuje sve servise koji se odnose na dijagnostiku, tretman bolesti, promociju, održavanje i obnovu zdravlja. Obim i kvalitet ove vrste usluge definisan je mnogobrojnim međunarodnim dokumentima počevši od Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima i Evropske socijalne povelje, kao i drugim dokumentima koji se odnose na specifične društvene grupe te zakonskim okvirom Bosne i Hercegovine odnosno njenih entiteta i Brčko Distrikta.

Bosna i Hercegovina je u okviru ratifikacije Evropske socijalne povelje usvojila članove koji se direktno tiču ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu po kojima je obavezna osigurati prava iz zdravstvenog osiguranja i uspostaviti dostupan i efikasan sistem primarne zdravstvene zaštite stanovništva s naročitom pažnjom na osjetljive grupe stanovništva.

Zdravstvena usluga je i najrasprostranjenija usluga u društvu jer se odnosi na sve društvene i dobne grupe. Posebno je istaknuta njena potreba kod ranjivih grupa stanovništva kao što su žene, a u okviru toga Romkinje, žene s invaliditetom, žene sa sela, siromašne žene, žene koje su preživjele nasilje, lezbejke, biseksualne i trans*² žene. Tome u prilog govore članovi 11, 12 i 13 Evropske socijalne povelje koji se odnose na oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja i predviđaju osiguravanje univerzalnog pristupa zdravstvenoj zaštiti i razvijanje sistema javne zdravstvene službe koji će obuhvatiti prevenciju bolesti kroz redovne godišnje preglede posebnih grupa stanovništva i sistema redovnih pregleda za cijelo stanovništvo. Dva člana ove konvencije se odnose na socijalna i zdravstvena prava žena.

Zdravlje i zdravstvena usluga se moraju posmatrati u okviru šireg konteksta koji se odnosi na uslove života, socijalnu uključenost/isključenost, specifične stilove života određenih društvenih grupa ili životne okolnosti koje su u direktnoj vezi sa zdravstvenim stanjem žena odnosno potrebom za zdravstvenom uslugom. U slučaju Bosne i Hercegovine treba uzeti u obzir cjelokupni kontekst - relativno nedavne ratne sukobe, društvenu

1 Preuzeto sa stranice www.nersi.org; Nezvaničan prijevod: Tanja M. Đokić

2 Trans* je sveobuhvatni pojam za sve one osobe čiji identiteti na razne načine prelaze rodne ili spolne granice.

sliku zemlje, kulturološki kontekst, nerazvijenost javne svijesti o pitanjima zdravlja i politički kontekst koji rezultuje nejedinstvenim zdravstvenim sistemom.

Važno je istaći da se pravo na zdravlje, u širem smislu, posmatra kao pravo na informaciju i odabir zdravih stilova života, prevenciju bolesti i očuvanje zdravlja i dostupnost zdravstvenih usluga usmjerenih na ova područja. Utoliko su zdravstvene politike usko vezane za druge društvene sisteme, prije svega za sistem socijalne zaštite.

KARAKTERISTIKE ZDRAVSTVENIH SISTEMA BOSNE I HERCEGOVINE

Zdravstveni sistem u Bosni i Hercegovini sastoji se od tri odvojena zdravstvena sistema, različito uređena u Federaciji Bosne i Hercegovine, Republici Srpskoj i Brčko Distriktu.

Jedini organ koji se bavi pitanjem zdravstva na nivou cijele Bosne i Hercegovine je Odsjek za zdravstvo pri Ministarstvu civilnih poslova, a jedini zajednički propis koji se primjenjuje je Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima BiH.³

Federaciju Bosne i Hercegovine karakteriše **decentralizovan zdravstveni sistem** s Federalnim ministarstvom zdravstva i deset kantonalnih ministarstava zdravstva te Zavodom zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH i deset kantonalnih zavoda zdravstvenog osiguranja. Propisi vezani za oblast zdravstva koji se primjenjuju u Federaciji BiH su Zakon o zdravstvenoj zaštiti⁴ i Zakon o zdravstvenom osiguranju⁵. To rezultuje neravnomjernim pravima i obavezama građana/ki u oblasti zdravstvene zaštite (različite visine participacije, različit način ostvarivanja prava na ortopedska pomagala i medicinska sredstva i slično) u odnosu na to kojem kantonu pripadaju.

Republiku Srpsku karakteriše centralizovan sistem zdravstvene zaštite u nadležnosti Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite i Fonda zdravstvenog osiguranja regulisanih Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske⁶. Oblast pristupa građana/ki zdravstvenom osiguranju regulisana je Zakonom o zdravstvenom osiguranju⁷.

U Brčko Distriktu su zdravstvene usluge u nadležnosti Odjela za zdravstvo i ostale usluge pri Vladi Brčko Distrikta BiH te Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta BiH. Brčko Distrikt ima svoj Zakon o zdravstvenoj zaštiti⁸, usvojen 2011. godine i Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta BiH⁹.

3 Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima BiH (Službeni glasnik BiH, br. 58/08)

4 Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službene novine FBiH, br. 46/10)

5 Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službene novine FBiH, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11)

6 Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske (Službeni glasnik RS, br. 106/09)

7 Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/9, 106/09)

8 Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Sl. glasnik Brčko Distrikta BiH, br. 38/11)

9 Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta BiH (Sl. glasnik Brčko Distrikta BiH, br.1/02, 7/02, 19/07, 2/08, 34/08)

ANALIZA STANJA

Decentralizovanost sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, kao i različite ekonomske moći entiteta, kantona i Brčko Distrikta, čine da čak i osigurane građanke i građani ne ostvaruju jednaka prava iz spektra obaveznog zdravstvenog osiguranja niti imaju ravnopravan pristup svim nivoima zdravstvene zaštite i odgovarajućim zdravstvenim ustanovama.

Pored niza prepreka koje onemogućavaju dostupnost zdravstvene zaštite za stanovnice i stanovnike BiH, među kojima se posebno izdvajaju različite stope doprinosa za zdravstveno osiguranje, neuplaćivanje doprinosa od strane poslodavaca te neriješeni problemi koordinacije između entiteta i kantona, postoji i problem evidentne razlike među zakonima utvrđenih prava na zdravstvenu zaštitu i mogućnosti za njihovo ostvarenje u praksi.

S obzirom da zdravstvene ustanove na nekim područjima Bosne i Hercegovine imaju različite materijalne i kadrovske uslove da stanovnicama i stanovnicima tih područja obezbijede odgovarajući nivo zdravstvene zaštite, žene i muškarci koji/e žive izvan većih medicinskih centara u Bosni i Hercegovini (poput Sarajeva, Banja Luke, Tuzle, Mostara) prinuđene/i su zdravstvene usluge koristiti u, nekada i vrlo udaljenim, centrima. Praksa pokazuje da je pacijenticama i pacijentima iz Brčko Distrikta posebno otežan pristup zdravstvenim uslugama šireg spektra, u odnosu na pacijentice i pacijente iz entiteta jer za mnogo veći broj usluga trebaju odobrenje Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko Distrikta.

Liječenje u drugom kantonu ili entitetu još uvijek znači borbu s komplikovanim administrativnim procedurama koje podrazumijevaju pribavljanje posebne saglasnosti za liječenje na području drugog entiteta, odnosno kantona, od nadležne ljekarske komisije pri zavodima zdravstvenog osiguranja kojem osiguranica ili osiguranik pripadaju.

Procedure su propisane Sporazumom o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica na teritoriji Bosne i Hercegovine, van teritorije entiteta, odnosno Distrikta Brčko kojem osigurana lica pripadaju¹⁰, odnosno Sporazumom o načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite van područja kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja kojem osiguranik/ca pripada¹¹.

10 Službeni glasnik BiH, br. 30/01

11 Službene novine FBiH, br. 41/01

Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava u FBiH¹² koja ima za cilj ujednačavanje osnovnih prava na nivou Federacije Bosne i Hercegovine, uvodi se i paket minimalnih prava na zdravstvenu zaštitu za neosigurana lica. Ovom Odlukom je predviđeno da se paket zdravstvenih prava za neosigurana lica finansira iz budžeta kantona odnosno općine prema mjestu zadnjeg prebivališta neosiguranog lica. Tim paketom se, između ostalog, definiše pravo na medicinsku uslugu ženama u toku trudnoće i poroda. Međutim, ova prava se često ne primjenjuju jer većina kantona, odnosno općina, nije predvidjela sredstva za ove namjene u svojim budžetima.

Ovo stvara veoma demotivirajuću atmosferu za pacijentice i pacijente pa se za korištenje zdravstvenih usluga izvan nadležnosti fonda zdravstvenog osiguranja kojem pripadaju odlučuju najčešće tek u slučaju kada je situacija alarmantna.

Dakle, praksa u BiH se u potpunosti protivi principima univerzalnosti i dostupnosti te ni najmanje ne podržava koncepte očuvanja zdravlja, prevencije bolesti i pravovremene dijagnostike.

12 Odluka o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava (Službene novine FBiH, br. 21/09)

RODNA PERSPEKTIVA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU BOSNE I HERCEGOVINE

Zakonski i podzakonski akti kojima je regulisano pravo iz oblasti zdravstvene zaštite, kao i strateški dokumenti kojima su definisane zdravstvene politike, vode se načelom jednakosti svih građana i građanki. Tek neki zakonski i strateški dokumenti iz oblasti zdravlja stidljivo pokazuju tendenciju ka rodnoj osjetljivosti.

Tako je pitanje zdravlja žena uglavnom regulisano legislativom koja se bavi pitanjima žena.

Zakon o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini ravnopravnost spolova u oblasti zdravlja reguliše kroz tri stava u članu 18 gdje se navodi sljedeće:

„(1) Svi imaju jednako pravo na zdravstvenu zaštitu, dostupnost zdravstvenim uslugama, uključujući i one koje se odnose na planiranje porodice, bez obzira na spol.

(2) Zdravstvene institucije preduzet će sve mjere u cilju sprječavanja diskriminacije po osnovu spola u uživanju svih oblika zdravstvene zaštite.

(3) Nadležni organi vlasti preduzet će posebne mjere u cilju zaštite i unaprjeđenja reproduktivnog zdravlja žena.”¹³

Strategija primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj preporučuje sveobuhvatnost pristupa pružanja zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir sve faktore koji utiču na zdravlje populacije te aktivno djelovanje na otkrivanju nasilja u porodici i pružanju pomoći i podrške žrtvama. U Strategiji nije eksplicitno navedeno da se preporuka odnosi na žene, ali se može zaključiti da se na njih misli kao na najčešće žrtve nasilja u porodici.

Prividna jednakost u zakonskim aktima često znači neprepoznavanje specifičnosti određenih društvenih grupa i ostavlja prostor za prikrivenu diskriminaciju i gotovo uvijek znači neravnopravnost. Tako možemo reći da imamo sistem koji de jure omogućava širok pristup zdravstvenim

13 Zakon o ravnopravnosti spolova (Službeni glasnik BiH, br. 32/10). Dostupno na: <http://arsbih.gov.ba/project/zakon-o-ravnopravnosti-spolova-u-bih/>

uslugama, ali de facto ne brine na potpun način o zdravlju žena u Bosni i Hercegovini, posebno u domenu očuvanja zdravlja, odnosno prevencije bolesti. Kada se posebno razmatra žensko zdravlje, to se, po pravilu, odnosi samo na reproduktivno zdravlje, majčinstvo i trudnoću.

Zdravstveni sistemi Bosne i Hercegovine suštinski ostaju neosjetljivi na različitost potreba korisnica i korisnika zdravstvenih usluga, ne prepoznavajući rod kao jednu od najvažnijih socijalnih determinanti zbog čega često izostaje sveobuhvatan pristup mentalnom i fizičkom zdravlju žena, a posebno prevenciji bolesti.

Nedovoljna rodna osjetljivost zdravstvenih sistema u BiH naglašava se i u Izvještaju o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini gdje se navodi kako „nema ni posebnih segmenata kojima je na adekvatan način institucionalizirana ravnopravnost spolova u zdravstvenoj politici i planiranju socijalne zaštite. Opseg socijalnih prava, iako zajamčen zakonskim okvirom kao i međunarodnim dokumentima i konvencijama, koje imaju snagu ustavnih odredbi, zbog izrazito složenog institucionalnog okvira, siromaštva, nedostatka finansijskih sredstava, nedovoljne koordinacije između različitih nivoa u sistemu socijalne i zdravstvene zaštite, otvara pitanje stvarnog pristupa i korištenja svih oblika zakonom zajamčenih prava za muškarce i žene u BiH.”¹⁴

Posebne mjere zaštite su predviđene za posebne grupe stanovništva kao što su trudne žene/majke/bebe, djeca/adolescenti, starije osobe, ugrožene grupe, kao npr. beskućnici/e, ovisnici/e, nezaposleni/e, i te mjere donekle postoje, ali više u okviru davanja socijalne zaštite. Ovakve mjere su uglavnom nedovoljne i zabrinjavajuće je da za veliki broj stanovništva u socijalnoj potrebi, koji nije pokriven univerzalnom zdravstvenom zaštitom, ne postoje posebne mjere zdravstvene zaštite.¹⁵

Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama u članu 12, koji se odnosi na zdravlje, kroz dva stava predviđa sljedeće:

1. Države članice preduzimaju odgovarajuće mjere radi eliminiranja diskriminacije žena u oblasti zdravstvene zaštite kako bi, na osnovu

14 Izvještaj o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini 2012-2014, Sarajevo: Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2014. Dostupno na: http://www.unicef.org/bih/ba/izvjestaj_o_stanju_ravnopravnosti_polova_u_BiH.pdf

15 Ibid

ravnopravnosti žena i muškaraca, osigurale dostupnost zdravstvenih usluga, uključujući one koje se odnose na planiranje porodice.

2. Bez obzira na odredbe stava 1 ovog člana, države članice osiguravaju odgovarajuće zdravstvene usluge ženama za vrijeme trudnoće, porođaja i u periodu poslije rođenja djeteta, osiguravanjem besplatnih usluga kada je to potrebno, kao i odgovarajuće ishrane za vrijeme trudnoće i dojenja.¹⁶

Besplatna zdravstvena usluga za trudnice i porodilje je zakonski obezbijedena, ali treba imati na umu da se ovo pravo koristi pod uslovom drugih aspekata dostupnosti i pristupačnosti odgovarajuće zdravstvene usluge (udaljenosti, arhitektonske pristupačnosti, adekvatne opreme i slično).

Pojačavanje napora za usklađivanje sistema zdravstvene zaštite i ugradnje rodne perspektive u sve programe i reforme zdravstvenog sektora kako bi se osiguralo da žene, uključujući ugrožene grupe žena, imaju ravnopravan pristup zdravstvenim uslugama i odgovarajuću pokrivenost zdravstvenim osiguranjem u cijeloj zemlji, jedna je od preporuka CEDAW Komiteta za Bosnu i Hercegovinu, a kao indikator se navodi broj i kvalitet rodno osjetljivih normativnih akata koji regulišu oblast zdravstva.

Preporuke Komiteta su da se preduzmu mjere kojima se ženama i djevojčicama garantuje uspješan pristup informacijama i uslugama koje se odnose na seksualno i reproduktivno zdravlje, kako bi se spriječilo pribjegavanje abortusu te žene zaštitile od negativnih posljedica takvih intervencija po zdravlje.

Nadalje, preporuka CEDAW Komiteta jeste da se:

- Podiže svijest i poveća djelotvoran pristup povoljnim savremenim kontraceptivnim metodama, uključujući i seoska područja, tako da žene i muškarci mogu donositi informisan izbor o broju i razmaku između djece;
- Uvede obrazovanje prilagođeno dobi o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i pravima u školski plan i program, uključujući pitanja rodnih odnosa i odgovornog seksualnog ponašanja s ciljem sprječavanja ranih trudnoća i prenosa seksualno prenosivih bolesti, uključujući HIV;

¹⁶ Konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena, Sarajevo: Agencija za ravnopravnost spolova BiH, 2006.

- Preduzme sistematična procjena rodno uticaja tekućih strategija i politika i uključe ove informacije u sljedeći periodični izvještaj.¹⁷

Motivisani/e odredbama međunarodnih konvencija i pod pritiskom ženskih građanskih inicijativa i nevladinih organizacija koje se bave pitanjima ravnopravnosti spolova i položajem žena u društvu, o pitanju zdravlja žena se počelo govoriti, ali još uvijek u okviru razmatranja tzv. "ženskih pitanja" pa se trenutno pitanjima zdravlja žena u BiH uglavnom bave institucije i organizacije koje se bave ravnopravnošću spolova i pravima žena, a manje društveni sektori koji se bave zdravljem. Na osnovu toga vidimo da multisektoralni pristup pitanju različitih društvenih grupa još uvijek nije zaživio.

Gender akcioni plan BiH za period 2013. - 2017. kao strateški dokument koji sadrži strateške ciljeve, programe i mjere za ostvarivanje ravnopravnosti spolova u svim oblastima društvenog života i rada, u poglavlju 10 pod naslovom *Zdravlje, prevencija i zaštita*, predviđa ciljeve i aktivnosti usmjerene ka unaprjeđenju ravnopravnosti spolova u oblasti zdravlja.

Uzimanje rodne perspektive u obzir pri kreiranju zdravstvenih politika i usluga ne smije se svoditi na obavezu pružanja uniformisane usluge i ženama, odnosno zabranjivanja uskraćivanja usluge ženama. Neprepoznavanje i neuvažavanje specifičnosti (mogućnosti, društvene uloge, životne dobi) onih kojima je usluga namijenjena vodi ka diskriminaciji jer pod velom ostvarivanja ljudskog prava društvo kroji i na raspolaganje stavlja uslugu koja je po mjeri samo određenom broju njegovih članica/članova i njome su zadovoljni samo oni/e koji/e pripadaju "prosijeku". Ovo vodi ne samo nekvalitetnoj, već i neefikasnoj usluzi. Primjer za ovo može biti ne uzimanje u obzir rodne perspektive (ni drugih perspektiva) kod propisivanja ortopedskih pomagala i medicinskih sredstava. Tako npr. prilikom propisivanja i odobravanja invalidskih kolica nisu uzete u obzir rodne razlike između muškarca i žene što je usko vezano za to gdje će, koliko i za koje aktivnosti korisnice/i ta kolica upotrebljavati. Stoga svi/e dobijaju ista, prosječna kolica koja ne odgovaraju sasvim ni jednima ni drugima.

17 Izvještaj o stanju ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini. Dostupno na: http://www.unicef.org/bih/ba/Izvjestaj_o_stanju_ravnopravnosti_polova_u_BiH.pdf

DOSTUPNOST I PRISTUPAČNOST ZDRAVSTVENIH USLUGA ZA ŽENE U BOSNI I HERCEGOVINI

Pojam dostupnosti zdravstvenih usluga za žene u ovom dokumentu razmatramo kao postojanje odgovarajućih zdravstvenih usluga u zajednici i ostvarivanje prava na njih.

Dostupnost zdravstvenih usluga u smislu ostvarivanja prava na zdravstvenu uslugu preko fondova zdravstvenog osiguranja je najočigledniji vid obezbjeđivanja pristupa ovom društvenom resursu.

Prema Zakonima o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske i Federacije BiH i zakonskim izmjenama iz januara 2009. godine u Federaciji BiH te iz maja 2008. godine u RS-u, pravo na obavezno zdravstveno osiguranje mogu ostvariti:

- lica u radnom odnosu gdje je organizacija, tj. poslodavac/kinja obveznik/ca uplaćivanja doprinosa;
- lica koja obavljaju poljoprivrednu djelatnost (zemljoradnik/ca je obveznik/ca uplate za sebe i članove/ice porodičnog domaćinstva, s tim da su uočeni problemi u RS-u u izdavanju katastarskih rješenja u općinama, na osnovu kojih se vrši uplata);
- nezaposlena lica za koja uplate vrše zavodi za zapošljavanje u oba entiteta;
- penzioneri/ke za koje uplatu vrše zavodi penzijskog i invalidskog osiguranja;
- lica smještena u ustanovama socijalne zaštite i korisnici/e stalne novčane pomoći;
- djeca od rođenja do 15 godina života, kao i lica nakon navršanih 65 godina života koja nisu osigurana po drugoj osnovi;
- učenici/e do 18 godina i studenti/ce do 26 godina, koji/e nisu osigurani/e po drugom osnovu.¹⁸

18 Vodič za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite. "Prava za sve". Mart, 2011. Dostupno na: http://www.rightsforall.ba/publikacije-bs/docs-bs/vodic_zdravstvena_zastita.pdf

Veliki broj žena u Bosni i Hercegovini nema dovoljan pristup zdravstvenim uslugama zbog komplikovanog sistema zdravstvene zaštite. Ne postoje precizni podaci o tome koliko je tačno stanovnica i stanovnika Bosne i Hercegovine izvan sistema zdravstvene zaštite, ali podaci iz dostupnih ekspertskih izvještaja se kreću od 13% do 16% za Federaciju BiH i oko 15% za Republiku Srpsku, od ukupnog stanovništva. Procjenjuje se, također, da su Romi/kinje u ovom segmentu najranjivija kategorija, te da 60% romske populacije nema zdravstveno osiguranje. Nije neopravdano pretpostaviti da većinu gore navedenih brojki čine žene, uzimajući u obzir da su rjeđe u radnom odnosu, češće na sivom ili crnom tržištu rada, češće bez lične imovine (najčešće nisu vlasnice zemlje u poljoprivrednim domaćinstvima) itd.

U Smjernicama za razvoj zakonodavstva i politika jednakih mogućnosti s fokusom na socijalna i zdravstvena prava¹⁹ navodi se da je najčešći uzrok onemogućavanja pristupa pravu na zdravlje zapravo propuštanje roka za prijavu na zavode odnosno službe za zapošljavanje koji su uzrokovani neinformisanošću korisnika/ca o ovom uslovu ili zbog uzroka koji su nezavisni od njihove volje.

Apsurdno je upravo to da su najranjivije kategorije društva (žene sa sela, Romkinje, žene koje žive u siromaštvu, žene s invaliditetom i druge) najčešće te koje ne ostvaruju zakonom garantovana prava na zdravstvenu zaštitu. Kao razlozi za to navode se neinformisanost o načinima ostvarenja prava te postojanje različitih institucionalnih prepreka kao što su nametanje učešća u plaćanju dijela troškova zdravstvenih usluga za ove kategorije stanovništva, plaćanje godišnjih premija ili markica ili diskriminacija navedenih kategorija.

Jedan od najvećih problema predstavlja neredovno uplaćivanje doprinosa od strane poslodavaca/kinja, tako da ni zaposlene žene ne ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje. Prema dostupnim podacima za Republiku Srpsku, za 27% zaposlenih osiguranica i osiguranika doprinosi se u 2015. godini nisu uplaćivali redovno, a za 16% njih (cca. 42.500 zaposlenica i zaposlenika) doprinos za zdravstveno osiguranje nije uplaćen niti jednog mjeseca u prvih devet mjeseci 2015. godine.²⁰ Nema evidencije koliki je udio žena u ovim brojkama, ali nije pogrešno

19 http://rightsforall.ba/bs/wp-content/uploads/sites/5/2014/09/Smjernice_knjizni-blok_finalna-verzija-2.pdf

20 Izvještaj o finansijskom poslovanju Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a za period od 01.01.2015. do 30.9.2015.

pretpostaviti da one vjerovatno čine najmanje polovinu, posebno uzimajući u obzir primjere preduzeća koja zapošljavaju uglavnom žene (često proizvodnja u okviru tzv. ženskih zanimanja) i koja pokrenu stečajni postupak i na taj način “zamrzu” status zaposlenica koje u međuvremenu ne mogu da ostvare pravo na zdravstveno osiguranje.

U Alternativnom izvještaju o implementaciji CEDAW Konvencije u BiH iz 2010. godine kao poseban problem u pristupu pravima iz oblasti zdravstvenog osiguranja ističu se samozaposlene žene kojima je onemogućeno korištenje prava na porodiljsko odsustvo i naknadu svog statusa jer su same sebi poslodavkinje te su u diskriminirajućem položaju u odnosu na druge žene koje su zaposlene kod nekog drugog poslodavca/kinje.

Majke porodilje koje nisu u radnom odnosu, kako navodi spomenuti Alternativni izvještaj²¹, „ostvaruju pravo na porodiljske naknade samo u ograničenom obimu. Iako je zakonom propisano da se pravo na ovu vrstu naknade ostvaruje godinu dana nakon porođaja, ovo pravo se samo djelimično ostvaruje i to u zavisnosti od ekonomske moći pojedinih kantona ili općina. Vrlo slično je i sa ostvarivanjem drugih prava iz oblasti zaštite porodica s djecom”.²²

Dostupnost zdravstvenih usluga u smislu mogućnosti zdravstvenog sistema da obezbijedi adekvatne zdravstvene usluge koje odgovaraju potrebama korisnica.

Ovaj vid (ne)dostupnosti zdravstvenih usluga pogađa znatno veći broj žena s obzirom da ide korak dalje od zakonom propisanog prava na zdravstveno osiguranje i govori o tome da zdravstveni sistem ima kapacitet da odgovori na potrebe korisnica zdravstvene usluge, što uključuje kadrovske kapacitete kojima ustanove raspolažu i kapacitete u vidu adekvatnog prostora i opreme za pružanje kvalitetne zdravstvene usluge.

Specijalističke službe i dispanzeri locirani su obično u urbanim područjima, čime je u startu isključena jednaka dostupnost zdravstvenih usluga ženama u ruralnim područjima, manjim gradovima i u predgrađima velikih gradova.

21 Novi Alternativni izvještaj o implementaciji CEDAW Konvencije u BiH bit će izdat krajem 2016. godine i moguće je da će sadržavati nove podatke, iako nezvanične prirode.

22 Alternativni izvještaj o implementaciji CEDAW konvencije u BiH, 2010.

Postoje primjeri iz prakse da ljekari/ke specijalisti/kinje dodatno naplaćuju specijalističke preglede u područjima bez specijalističke zaštite, odnosno u područnim ambulantomama u koje dolaze na mjesečnoj osnovi, pa čak i osobama koje imaju zdravstveno osiguranje.

Siromašni zdravstveni sistem BiH, razjedinjen i u procesu reformi, do sada nije nalazio načina da odgovori na potrebe korisnica, a još manje da predvodi proaktivne politike prevencije. Jedan od problema je i netržišna orijentisanost javnih zdravstvenih ustanova kao i nagli razvoj unosne privatne medicinske prakse koja ostaje nedostupna većini žena slabijeg imovinskog stanja. I u ovom slučaju su žene s margina društva u nepovoljnijem položaju.

Prema izvještaju Gender centra Federacije Bosne i Hercegovine „raspoloživi podaci za dostupnost zdravstvenih usluga pokazuju da javni sektor zdravstvene zaštite u Federaciji BiH nema puni kapacitet za pružanje adekvatne usluge.”²³

Ovo potvrđuje i izvještaj “Mapiranje dostupnosti usluga i zdravstvenog osoblja u domenu prevencije karcinoma grlića materice, karcinoma dojke i seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Bosni i Hercegovini”²⁴ koji govori o nedovoljnom broju ginekoloških timova na svim područjima BiH. **Prema ovom istraživanju provedenom 2013. godine, 61% zdravstvenih ustanova u FBiH obuhvaćenih istraživanjem ima samo jedan ginekološki tim. Najveći broj domova zdravlja u RS-u (28) također ima jedan ginekološki tim, a 10 domova zdravlja nema niti jedan tim.** U istom istraživanju se navodi da 35,8% zdravstvenih ustanova radi mamografske preglede, 62,6% zdravstvenih ustanova to ne radi, a 0,8% zdravstvenih ustanova ima u planu da obavlja mamografske preglede.

Ginekološke usluge u sistemu su također nedovoljno osjetljive u odnosu na životnu dob pacijentica. Odjel za juvenilnu i konzervativnu ginekologiju postoji u okviru Klinike za akušerstvo UKC Sarajevo te u Zavodu za zaštitu žena i materinstva Kantona Sarajevo, gdje se u okviru endokrinološke službe pružaju usluge juvenilne ginekologije. U UKC Banja Luka ne postoji posebno organizovana usluga juvenilne ginekologije i djevojčicama se usluga pruža u okviru redovne usluge Klinike za ginekologiju i akušerstvo.

23 <http://www.gcfbih.gov.ba/project/zdravstvena-zastita/>

24 Pilav, A., Ramić-Čatak, A., Čengić, N., Šiljak, S., Ahmetović, B. Mapiranje dostupnosti usluga i zdravstvenog osoblja u domenu prevencije karcinoma grlića materice, karcinoma dojke i seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. Sarajevo: UNFPA (United Nations Population Fund), 2013.

Isto tako, ne postoje usluge specifično kreirane za žene u menopauzi niti za žene treće dobi, osim periodično u okviru projektnih aktivnosti ili akcija pojedinih zdravstvenih ustanova. To otvara i pitanje adekvatnosti ovakvih usluga koje nisu izdiferencirane i koje na jednom mjestu (uključujući i nerijetko neadekvatne prostore čekaonica) pružaju usluge djevojčicama, trudnicama i ženama srednje i starije dobi.

Poseban problem je također i nepostojanje adekvatnih porodičnih savjetovališta, ali i nedovoljna upućenost žena da mogu i trebaju da potraže savjetovanje u procesu planiranja porodice.

Još jedan od problema je nepostojanje medicinske i finansijske podrške za trans* žene. U izvještaju "Prava lezbejki, gejeva, biseksualnih i trans* osoba u Bosni i Hercegovini: novi pristupi?" objavljenom u 2014. godini, navodi se da se hirurški zahvati pri promjeni spola moraju raditi u inostranstvu, a da zvanični sistem socijalnog osiguranja te troškove ne pokriva.²⁵ Također, trans* žene se gotovo neizbježno susreću sa stigmatizacijom prilikom obavljanja ginekoloških pregleda uslijed vrlo niskog nivoa svijesti i educiranosti zdravstvenih radnika/ca o ovom pitanju.

Duge liste čekanja na pregled (posebno na dijagnostičke pretrage) i nepoštivanje vremena pacijentice/a je najčešće naveden prigovor korisnica/ka zdravstvenih usluga. Čekanja na specijalističke preglede znaju trajati i do šest mjeseci, a to vrijeme može biti presudno za život pacijentice/a.

Nepoštivanje vremena kada je pacijentici/u zakazan pregled i duga čekanja su otežavajuća okolnost kod pristupanja zdravstvenoj usluzi, posebno zaposlenim ženama i majkama male djece koje nisu u mogućnosti da izostanu cijeli dan s posla zbog svake pretrage koju treba obaviti.

²⁵ Mirović, D., Hadžić, I., Miftari, E., Godišnji izvještaj o stanju ljudskih prava u Bosni i Hercegovini za 2014. godinu. Sarajevo; SOC i Fondacija CURE, 2015.

DOSTUPNOST ZDRAVSTVENIH USLUGA U SMISLU KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA I NJIHOVE STVARNE MOGUĆNOSTI DA BUDU KONZUMIRANE OD STRANE KORISNICA ZDRAVSTVENE USLUGE

Govorimo o nekoliko segmenata pristupačnosti koji su ponekad isprepleteni. Svaki segment (ne)pristupačnosti zdravstvene usluge posebno pogađa određene grupe žena.

Dostupnost zdravstvenih usluga u smislu fizičke i arhitektonske pristupačnosti

Zdravstvene ustanove su nerijetko smještene u neodgovarajuće objekte ili objekte koji su bili prikladni za nekadašnju vrstu i obim zdravstvenih usluga te su često nepristupačne za korištenje bilo kojoj osobi narušenog zdravlja. Najčešće se susrećemo s premalim ambulantama, neadekvatnim prostorima za čekanje, mnoštvom stepenica i slično. Ovakva situacija zdravstvene usluge čini potpuno nepristupačnim ženama s motornim oštećenjima (otežano kretanje), a posebno ženama korisnicama invalidskih kolica ili drugih vrsta pomagala. Ovo se odnosi na arhitektonsku pristupačnost objekata (postojanje prilaza, lifta, pristupačnih toaleta), pristupačnost medicinske opreme (prilagođeni ginekološki stolovi, stomatološke stolice, RTG stolovi i slično) i educiranost medicinskog osoblja za postupanje s osobama s invaliditetom (transferi, asistiranje pri oblačenju i slično).

Iako se posljednjih godina djelovanjem pokreta organizacija osoba s invaliditetom, te novim standardima za bolnice, situacija postepeno mijenja pa većina objekata u kojima se pružaju zdravstvene usluge imaju izgrađene prilaze, suštinski se nije puno promijenilo. Istraživanje **“Društvene determinante kvaliteta života žena s invaliditetom” koje je rađeno 2013. godine i obuhvata i oblast zdravlja žena s invaliditetom, pokazuje da žene s invaliditetom biraju da ne idu doktoru zbog nemogućnosti pristupa usluzi.** Kao najveći problem u ovom segmentu ističe se nemogućnost ginekoloških pregleda zbog neadekvatnih ginekoloških stolova na koje se žene s motornim oštećenjima ne mogu popeti. U Kliničkom centru Banja Luka nabavljen je ginekološki stol koji se

spušta i mogu ga koristiti i žene s invaliditetom, ali praksa je pokazala da on zapravo nije u upotrebi jer ga osoblje ne zna koristiti. Iskustvo korisnica usluge govori da u slučaju da žena kojoj treba prilagoditi ginekološki stol dođe na pregled, ljekar zove tehničara koji zna da “upravlja” tim novim stolom. Ovo je samo ilustracija stanja pristupačnosti zdravstvene usluge za sve posebne kategorije žena koje su redovno izložene neprijatnostima. Potpuno je zanemarena privatnost pacijentica i one najčešće imaju vrlo negativna iskustva nakon pokušaja dobivanja zdravstvene usluge. **Zbog nedovoljne participacije lica s invaliditetom u društvu, zdravstveno osoblje je potpuno neobučeno za pružanje zdravstvene usluge ovoj kategoriji stanovništva.** Zdravstvena usluga je djelimično pristupačna samo u oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije pod pretpostavkom da će tu vrstu zdravstvene usluge koristiti lica s invaliditetom. Ovakav stav potpuno zanemaruje činjenicu da su žene s invaliditetom pod rizikom od mnogobrojnih oboljenja koja nisu vezana za osnovnu dijagnozu ili oštećenje koje uzrokuje invalidnost. Rizik od obolijevanja od masovnih nezaraznih bolesti je za ovu kategoriju čak i veći zbog specifičnog stila života koji uključuje nedovoljno kretanje, neadekvatnu ishranu i uslove života, što je uzrokovano siromaštvom, psihološkim pritiskom zbog socijalne izolovanosti i drugim faktorima. Kada se ovome dodaju i nedovoljna prevencija i neredovni pregledi zbog nemogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama, jasno je zašto žene s invaliditetom češće ne dožive starost.

Nema opravdanja za to da bilo koja žena umre od oboljenja koja su se redovnim pregledima mogla na vrijeme otkriti i liječiti samo zato što nije imala mogućnosti da pristupi pregledima.

Prema Deklaraciji o pravima pacijenata/ica u Europi, usvojenoj u Amsterdamu 1994. godine, a koju je BiH ratifikovala, svako ima pravo da dobije zdravstvenu zaštitu koja je odgovarajuća njegovom/njenom stanju i potrebama, uključujući preventivnu zaštitu i aktivnosti vezane za promociju zdravlja. Servisi zaštite trebaju biti trajno dostupni svima bez razlike, bez diskriminacije i u skladu s finansijskim, ljudskim i materijalnim sredstvima na raspolaganju u datom društvu/državi.

Zdravstvena usluga u Bosni i Hercegovini je neprilagođena svakoj različitosti i nepristupačna u toj mjeri da je odgovornost za nemogućnost korištenja usluge apsolutno prebačena na korisnicu usluga. Korisnica usluga je ta koja je proglašena neadekvatnom, a ne zdravstvena usluga koja nije prilagođena onom/j ko/ja je treba koristiti.

Dostupnost informacija o zdravstvenoj usluzi (informacije o pravima, ali i vrstama, mogućnostima i slično)

Pristup informacijama, iako često zanemaren, važan je segment pristupačnosti zdravstvene usluge jer se nedovoljna informisanost o pravima i mogućnostima ostvarivanja zdravstvenih usluga pokazala kao najveća prepreka u korištenju zdravstvenih usluga u onom obimu u kojem su dostupne.

Nemogućnost dobijanja dovoljno informacija uzrokuje neiskorištenost ionako nedovoljno sveobuhvatne zdravstvene usluge.

„Zdravstvena zaštita često je nedovoljna i posebno je uslovljena ekonomskom situacijom, kao i činjenicom da žene i muškarci često nisu dovoljno informisani o mogućnostima i uslugama koje im stoje na raspolaganju.”²⁶ Prvi problem je što nema dovoljno informacija o pravima i načinima njihovog korištenja, a drugi nivo problema odnosi se na to da informacije koje postoje nisu plasirane na adekvatan način.

Žene izvan većih gradova često imaju manju mogućnost pristupa informacijama zbog društvenih kontakata s užim krugom ljudi te udaljenosti institucija u kojima mogu dobiti informacije. Treba napomenuti da je širokom upotrebom interneta ovaj problem donekle prevaziđen, ali pod uslovom postojanja informatičke pismenosti s jedne i adekvatno plasiranih informacija na internetu s druge strane.

Većina informacija koje postoje (posebno onih koje objavljuju zdravstvene ustanove ili zavodi zdravstvenog osiguranja) nisu pisane na način da su razumljive niti dostupne svima. Žene s nižim stepenom obrazovanja često navode da su im informacije nerazumljive i da

moraju da traže usmena tumačenja svojih prava, a ta tumačenja su nerijetko različita. Ovo stvara zbunjujuću atmosferu i utisak da u središtu pažnje zdravstvenog sistema nije pacijentica/pacijent nego interes zdravstvenih ustanova. Za slijepe osobe ili osobe oštećenog vida, te gluhe i nagluhe osobe i osobe s oštećenjem sluha i govora, većina informacija je potpuno nepristupačna. Ne postoje pisana uputstva dostupna na Brajevom pismu, a komunikacija s osobljem je otežana, što garantuje smanjen obim i onog malog broja informacija koje se plasiraju ka korisnicama/ima zdravstvene usluge.

Treći aspekt informisanja pacijenata/ica u cilju unaprjeđenja njihovog zdravlja odnosi se na programe prevencije i pružanje informacija pacijentima/cama o načinima prevencije bolesti i očuvanja zdravlja, kao i promocije zdravih stilova života.

Ovu aktivnost uglavnom provode nevladine organizacije, odnosno udruženja korisnika/ca, okupljena oko zajedničke dijagnoze. Ustanove zdravstvenog sistema vrlo rijetko sistematski daju savjete pacijentima/cama iako svi ističu značaj prevencije.

„Bilježi se niska dostupnost informativnog materijala za žene o značaju prevencije karcinoma grlića materice, pri čemu samo 36,6% zdravstvenih ustanova navodi dostupne letke, 26% zdravstvenih ustanova navodi brošure, 5,7% zdravstvenih ustanova navodi dostupne postere o prevenciji karcinoma cerviksa, dok svega 29,3% zdravstvenih ustanova navodi dostupne letke i brošure, a 7,3% zdravstvenih ustanova navodi dostupne postere o prevenciji karcinoma dojke.”²⁷

27 Pilav, A., Ramić-Čatak, A., Čengić, N., Šiljak, S., Ahmetović, B. Mapiranje dostupnosti usluga i zdravstvenog osoblja u domenu prevencije karcinoma grlića materice, karcinoma dojke i seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. Sarajevo: UNFPA (United Nations Population Fund), 2013.

UGROŽENOST ZDRAVLJA USLIJED SPECIFIČNIH USLOVA ŽIVOTA I ŽIVOTNIH STILOVA

Kako se zdravlje ne može posmatrati izvan socijalnog i kulturološkog konteksta, za adekvatnu zdravstvenu uslugu neophodno je uzeti u obzir specifičnosti onih kojima je usluga namijenjena. Ignorisanje uslova života i životnih stilova različitih grupa žena znači zanemarivanje bitnog aspekta zdravlja i propuštanje mogućnosti kreiranja aktivnosti prevencije, odnosno ciljane usluge, koja će dati pun efekat. Jer ako znamo koji su to zdravstveni izazovi koje možemo očekivati, efikasnije ćemo se s njima nositi.

Životni uslovi u većini romskih naselja u BiH su veoma loši i neodgovarajući jer im nedostaje potrebna infrastruktura (kanalizacija, tekuća voda, struja, ulična rasvjeta i slično). Nije rijedak slučaj da zbog ovako loših uslova za stanovanje ova naselja predstavljaju i opasnost po javno zdravlje. Romkinje, kao i romska djeca, mnogo više vremena provode kod kuće te su u daleko većem procentu izložene ozbiljnim zdravstvenim rizicima zbog ovako loših uslova stanovanja.²⁸

Član 20, stav 2 Konvencije Vijeća Europe o prevenciji i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici predviđa da će članice Vijeća Evrope „preduzeti sve neophodne zakonodavne odnosno druge mjere kako bi osigurale žrtvama pristup uslugama zdravstvene i socijalne zaštite, kao i adekvatnu opremljenost ovih službi i obučenosť zaposlenih za pomoć žrtvama i upućivanje na odgovarajuće službe.”²⁹

U bh. zdravstvenom sistemu nema specijalno obučениh timova za pružanje pomoći ženama žrtvama nasilja. Tu vrstu usluge djelomično organizuju nevladine organizacije, a zdravstveno zbrinjavanje se provodi u okviru redovne medicinske usluge.

Žene s invaliditetom su također jedna od ranjivih grupa žena u odnosu na kvalitet života jer invalidnosť često podrazumijeva nedovoljno kretanja,

28 Grupa nevladinih organizacija. Alternativni izvještaj o implementaciji CEDAW Konvencije i ženskim ljudskim pravima u Bosni i Hercegovini, oktobar 2010. Dostupno na: http://pravazasve.ba/download/alternativni_izvjestaj.pdf

29 Konvencija o sprječavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici, Službeni glasnik BiH, br. 15/13. Dostupno na: <http://arsbih.gov.ba/project/istanbulska-konvencija>

lošu i neredovnu ishranu, izlaganje dodatnim fizičkim naporima, prepreke u održavanju lične higijene te socijalnu isključenost. Kada se tome doda nepristupačnost zdravstvenih usluga, jasno je da je ova kategorija žena pod izuzetnim zdravstvenim rizikom što je dovoljno da alarmira zdravstveni sistem da kreira politike, aktivnosti i usluge koje će umanjiti visok rizik od obolijevanja. U ovoj kategoriji se posebno izdvajaju žene s težim oblicima mentalnih poteškoća gdje preglede i intervencije koji zahtijevaju saradnju pacijentice u smislu mirovanja (npr. stomatološki, ginekološki pregled) nije moguće obaviti osim u općoj anesteziji. Zbog toga organizacije koje se bave problemima ove populacije konstantno upozoravaju na veliki broj pacijentica sa značajno narušenim zdravljem. Prema svjedočenju organizacija čiji/e su korisnici/e osobe s mentalnim poteškoćama i duševnim oboljenjima iz Federacije BiH i RS-a, praksa se poboljšala u proteklih nekoliko godina tako što porodični ljekari/ke, prepoznajući problem, daju uputnicu za maksilofacijalnu hirurgiju gdje se pacijenti/ce uvode u opću anesteziju da se izvrše stomatološke intervencije. Pretpostavka je da na isti način može funkcionisati i ginekološka intervencija, ali navode da do sada nisu imali takav slučaj te da su roditelji djevojčica i žena s intelektualnim i duševnim teškoćama izuzetno zatvoreni po tom pitanju i da ne iniciraju ginekološke preglede ili intervencije.^{30*} U svakom slučaju, praksa se ipak mijenja pod pritiskom stalnog lobiranja zainteresovanih grupa, ali sistem kasni s regulisanjem ove oblasti.

Ne treba zanemariti ni ulogu koju su žene u Bosni i Hercegovini imale u toku ratnih sukoba te njihove višestruke uloge koje ispunjavaju u siromašnom društvu bez obezbijeđenih servisa podrške u bilo kojem segmentu (od nedovoljnog broja vrtića do nepostojanja servisa personalne asistencije za žene s invaliditetom).

Živjeti u Bosni i Hercegovini podrazumijeva specifične uslove života, o čemu govori porast masovnih nezaraznih bolesti kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti, depresija, a koje se dovode u vezu s uslovima života i životnim stilovima.

30 **Autorica razgovarala s Udruženjem mentalno nedovoljno razvijenih lica Republike Srpske te Udruženjem Oaza i Savezom organizacija za podršku osobama s intelektualnim teškoćama Federacije Bosne i Hercegovine "Sumero".

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE ŽENA I PLANIRANJE PORODICE

Govoriti o zdravstvenim uslugama za žene i ženskom zdravlju, a ne osvrnuti se posebno na reproduktivno zdravlje žena, bilo bi nepotpuno.

Svi postojeći dokumenti koji se bave ili dotiču pitanja zdravlja žena posebno se osvrću na brigu o reproduktivnom zdravlju te na trudnice i porodilje. Uprkos tome, u analizi dostupnosti zdravstvenih usluga smo vidjeli da izvan većih gradova ne postoji dovoljan broj ginekoloških timova te da ginekološka usluga nije dostupna svima, što posebno ugrožava žene iz ruralnih i manje razvijenih područja i žene s invaliditetom.

Neprovođenje postojećih politika (Politika seksualnog i reproduktivnog zdravlja u BiH i Politika unapređenja zdravlja stanovnika Republike Srpske do 2020. godine) dovodi do toga da nema dovoljno kampanja i akcija koje promovišu prevenciju bolesti koje posebno pogađaju žene. Takve akcije se još uvijek kreću u domenu aktivnosti nevladinih organizacija i to je nedovoljno. Jedan od takvih primjera jeste i *Trka za ozdravljenje (Race for the Cure)* koja se svake godine održava u preko 150 svjetskih gradova i koja se unazad nekoliko godina održava i u gradovima BiH s ciljem podizanja svijesti i davanja podrške ženama u borbi protiv karcinoma dojke. U 2015. godini *Trka za ozdravljenje* je održana u 23 grada BiH (Mostar, Banja Luka, Tuzla, Zenica, Brčko, Livno, Višegrad, Goražde, Kiseljak, Bugojno, Jajce, Bihać, Istočno Sarajevo, Visoko, Široki Brijeg, Gradiška, Orašje, Zavidovići, Hadžići, Cazin, Kakanj, Doboj Istok i Doboj Jug). Ovakve i slične akcije se odvijaju uz prisustvo predstavnica i predstavnika vlasti, ali ne i na njihovu inicijativu.

Pravo o slobodnom odlučivanju o rađanju je specifičan segment koji se odnosi na zdravlje žena. U BiH je zakonskim rješenjima priznato pravo na slobodno odlučivanje o rađanju punoljetnim ženama i djevojčicama starijima od 16 godina koje imaju ocjenu radne sposobnosti, odnosno mogućnost samostalnog odlučivanja. U Republici Srpskoj ovo je regulisano Zakonom o uslovima i postupku za prekid trudnoće.³¹ U Federaciji Bosne i Hercegovine na snazi je Zakon o uvjetima i postupku za prekid trudnoće iz 1977. godine.³²

31 Službeni glasnik RS, br. 34/08

32 Službeni list SRBiH, br. 29/77

Temeljni problem je nepostojanje uređenog sistema obrazovanja i informisanja mladih žena i muškaraca o seksualnim i reproduktivnim pravima i zaštiti od zaraznih bolesti i trudnoće.

Ako dođe do neželjene trudnoće ne postoji dovoljan broj savjetovališta (posebno u manje razvijenim regijama) za pomoć i podršku ženama koje se suoče s neželjenom trudnoćom. Veliki problem je i ograničen pristup zdravstvenim uslugama (po raznim osnovama, od zdravstvenog osiguranja preko nedostatka opreme i ginekoloških timova, pa do fizičke nepristupačnosti) zbog čega se, prema svjedočenjima žena, dešava da žene vrše nelegalne prekide trudnoće u nebezbjednim uslovima i koristeći neprihvatljive metode, rizikujući svoje živote, a kako se sve odvija ilegalno, ne postoje nikakvi podaci o broju i ishodima takvih prekida trudnoća.

Već smo identifikovali nedovoljan broj savjetovališta i nedovoljan broj akcija usmjerenih na informisanje (posebno mladih) žena o načinima kontracepcije i dostupnim metodama. **Iako se na tzv. osnovnim listama lijekova i medicinskih sredstava nalaze neke od kontraceptivnih metoda, žene slabijeg materijalnog statusa suštinski nemaju pravo na izbor kontracepcije koja im najviše odgovara.**

Također, pravo na odlučivanje o sopstvenom tijelu je ženama vrlo često osporavano argumentima o njihovoj društvenoj obavezi rađanja. Apsurdno je da se ženama bez invaliditeta osporava pravo da ne rađaju, a ženama s invaliditetom pravo da rađaju.

Osim toga, u društvu u kojem se kontracepcija smatra taboo temom i veliki broj žena nema pristup svim kontracepcijskim sredstvima, vrlo je diskutabilan i termin "planiranje porodice".

UMJESTO ZAKLJUČKA

U pogledu korištenja prava na zdravstvenu zaštitu žene u BiH su diskriminirane na mnogobrojne načine jer im se zbog njihovog položaja u društvu indirektno uskraćuje ili otežava pristup resursima društva. Najteži oblici diskriminacije su zavijeni u veo jednakosti i upravo zato ih je teško razotkriti. Zakonska rješenja pretpostavljaju jednakost žena i muškaraca i formalno ne vrše diskriminaciju na osnovu spola.

Jedan od ključnih izazova zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini je smanjenje neravnopravnosti u ostvarivanju prava na zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama koja se ogleda u obimu i načinu ostvarivanja prava iz domena zdravstvene zaštite između regija unutar zemlje kao i između različitih društvenih grupa, te u (ne)dostupnosti i (ne)pristupačnosti zdravstvenih usluga.

Efikasan zdravstveni sistem podrazumijeva maksimalno iskorištene zdravstvene usluge koje imaju bolje zdravstvene ishode, maksimalan broj spriječenih oboljenja i zadovoljstvo onih koji/e sistem koriste.

PREPORUKE

- Izjednačiti uslove ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu svih građanki i građana u BiH, te u cilju maksimalnog iskorištavanja svih resursa zdravstvenog sistema omogućiti nesmetan i jednostavan pristup zdravstvenoj usluzi na teritoriji cijele BiH.
- Povećati dostupnost zdravstvenih usluga kroz unaprjeđenje kapaciteta zdravstvenih ustanova.
- Uvesti rodnu perspektivu u zdravstvene sisteme na svim nivoima kreiranjem strategije i usluga prilagođenih potrebama korisnica uz uvažavanje drugih socijalnih determinanti (poput marginalizovanosti).
- Učiniti usluge pristupačnim svim korisnicama i korisnicima kroz otklanjanje arhitektonskih barijera (u punom smislu), nabavljanje adekvatne opreme, obaveznu edukaciju zdravstvenog osoblja i pristupačnost informacija.
- Povećati aktivnosti usmjerene ka očuvanju zdravlja i prevenciju bolesti kroz kampanje podizanja svijesti građana/ki o značaju prevencije, akcije organizovanih dijagnostičkih pregleda, promociju zdravih stilova života i slično.

LITERATURA

Alternativni izvještaj o implementaciji CEDAW Konvencije o ženskim ljudskim pravima u Bosni i Hercegovini, 2010.

Deklaracija o pravima pacijenata/ica u Europi

Fedra Idžaković, Arijana Čatović, Vesna Vukmanić: Smjernice za razvoj zakonodavstva i politika jednakih mogućnosti s fokusom na socijalna i zdravstvena prava. Sarajevo: Prava za sve, 2014.

Gender akcioni plan BiH za period 2013. – 2017. (Službeni glasnik BiH, br. 98/13)

<http://www.pravazasve.ba>

<http://www.nesri.org/programs/what-is-the-human-right-to-health-and-health-care>

<http://www.who.int/en/>

Izvještaj o finansijskom poslovanju Fonda zdravstvenog osiguranja RS za period od 01.01.2015. do 30.9.2015.

Izvještaj o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini

Konvencija o eliminaciji svih oblika nasilja nad ženama - CEDAW

Konvencija o sprječavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici (Službeni glasnik BiH, br. 15/13)

Konvencija o ukidanju svih oblika diskriminacije žena, Sarajevo: Agencija za ravnopravnost spolova BiH, 2006.

Konvencija UN-a o pravima lica s invaliditetom, IBHI POI projekat. Sarajevo – Banja Luka: DEP, MZSZ RS, FMRSP, 2008.

Mirović, D., Hadžić, I., Miftari, E.: Godišnji izvještaj o stanju ljudskih prava u Bosni i Hercegovini za 2014. godinu. Sarajevo: SOC i Fondacija CURE, 2015.

Numanović A., Muharemović S.: Prava LGBT osoba u Bosni i

Hercegovini, Sarajevo: Fondacija Heinrich Böll – Ured za BiH, Fondacija CURE, Sarajevski otvoreni centar, 2014.

Pilav, A., Ramić-Čatak, A., Čengić, N., Šiljak, S., Ahmetović, B.: Mapiranje dostupnosti usluga i zdravstvenog osoblja u domenu prevencije karcinoma grlića materice, karcinoma dojke i seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. Sarajevo: UNFPA (United Nations Population Fund), 2013

Politika seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u BiH (Službeni glasnik BiH, br. 84/12)

Politika seksualnog i reproduktivnog zdravlja u BiH i Politika unaprjeđenja zdravlja stanovnika Republike Srpske do 2020., Banja Luka: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS, 2012.

Pravilnik o bližim uvjetima prostora, opreme i kadra za osnivanje i obavljanje zdravstvene djelatnosti u zdravstvenim ustanovama (Službene novine FBiH, br. 26/12)

Priručnik za uvođenje principa ravnopravnosti polova, Gender centar – Centar za jednakost i ravnopravnost polova Republike Srpske, Banja Luka, 2011.

Strategija primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj, Banja Luka: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS, 2008.

Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima

Ustav BiH

Ustav Federacije BiH

Ustav Republike Srpske

Vodič za ostvarivanje prava iz zdravstvene zaštite “Prava za sve”, 2011.

Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima (Službeni glasnik BiH, br. 58/08).

Zakon o ravnopravnosti spolova (Službeni glasnik BiH, br. 32/10)

Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće (Službeni glasnik RS, br.

34/08)

Zakon o uvjetima i postupku za prekid trudnoće (Službeni list SRBiH, br. 29/77)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službene novine FBiH, br. 46/10)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske (Službeni glasnik RS, br. 106/09)

Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službene novine FBiH, br. 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11)

Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/9, 106/09)

O AUTORICI

Tanja Mandić Đokić je rođena 1. oktobra 1980. godine u Banja Luci gdje i danas živi i radi. Diplomirala je na Filozofskom fakultetu u Banjaluci, Odsjek za filozofiju i sociologiju 2006. godine. Magistrirala je Sociološke nauke 2012. godine na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Banjaluci. Od 2006. godine zaposlena je na mjestu stručne saradnice za odnose s javnošću u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr. Miroslav Zotović" Banja Luka. Od srednjoškolskih dana je aktivistkinja udruženja građana koja se bave pitanjima medija i mladih, a od 2000. godine zauzima značajno mjesto u kreiranju društvenih akcija usmjerenih ka ostvarivanju ljudskih prava osoba s invaliditetom. U okviru svog aktivističkog djelovanja uočava posebno težak položaj žena u društvu i pažnju usmjerava ka ženskom aktivizmu, posebno se zalažući za položaj žena s invaliditetom. Jedna je od začetnica ideje o Mreži žena s invaliditetom BiH i njena prva predsjednica. Kao Share – See certificovana trenerica za uvođenje pitanja invalidnosti u lokalne politike učestvovala je i u internim edukacijama za zaposlene u zdravstvenim ustanovama u RS-u na temu socijalnog i medicinskog pristupa pitanju invalidnosti. Od 2014. je angažovana i kao predavačica na programu za edukaciju personalnih asistenata u Socijalno-edukativnom centru Banja Luka. Učesnica je mnogobrojnih radnih grupa za izradu politika i strateških dokumenata koji regulišu oblast ljudskih prava, socijalne zaštite i zdravlja. Također, kao učesnica međunarodnih konferencija, projekata i programa u oblasti zdravlja, komunikacije i osjetljivih društvenih grupa, objavljuje stručne i naučne radove iz ovih oblasti.

O Fondaciji CURE

Fondacija CURE (CURE) je feminističko-aktivistička organizacija koja djeluje za jednakost spolova i rodova zalažući se za pozitivne društvene promjene putem obrazovnih, umjetničko-kulturnih i istraživačkih programa. Organizujući afirmativne akcije CURE slave snagu i moć žena te rade na osnaživanju osoba kako bi postali/e pokretači/ce društvenih promjena u BiH i svijetu. Feministički aktivizam je omogućio siguran prostor u kojem su žene jake, neustrašive, sposobne i ujedinjene sa svim svojim različitostima. Fondacija CURE je organizacija profesionalaca/ki i volontera/ki koji/e izlaze na ulice u znak javnog protesta protiv nasilja, diskriminacije, kršenja zakona i osnovnih ljudskih prava, organizuju performanse protiv nasilja, pozivaju umjetnike/ce, naučnike/ce, edukatore/ice, aktiviste/kinje, građane/ke na akciju i konkretan lični doprinos za kreiranje boljeg i zdravijeg bosanskohercegovačkog društva.

www.fondacijacure.org