



# Zdravstvena zaštita migranata, azilanata i lica koja su dobila azil u Srbiji



**LOVE**  
Law, Order, Values

Pravo, Red, Vrednosti, za migrante/azilante/ljude kojima je dodeljen azil u ostvarivanju svojih prava bez diskriminacije



## The European Union's Civil Society Programme 2015 for Serbia

*Projekat „LOVE Pravo, Red, Vrednosti za migrante/azilante/osobe kojima je odobren azil, u ostvarivanju svojih prava bez diskriminacije” finansira Evropska unija, a sprovodi Centar za zaštitu i pomoć tražiocima azila APC/CZA i partneri - BETA novinska agencija i Centar za istraživanje javnih politika. Stavovi izneti u ovom dokumentu i tokom realizacije projekta ne izražavaju nužno stavove Evropske unije.*

*Ovaj policy brief „Migracije i obrazovanje: izazovi integracije dece migranata/azilanata u obrazovni sistem u Republici Srbiji” su pripremili CIJP i APC/CZA u okviru kampanje skretanja pažnje na najznačajnija pitanja u sistemu azila.*

## REZIME

U kontekstu globalne interkontinentalne migracije koja pogađa Srbiju i sve češćeg i dužeg boravka migranata, lica koja su tražila ili dobila azil u Srbiji, kao poslednjoj teritoriji na vratima EU, potrebe ovih ljudi, među kojima pre svega zdravstvene potrebe, postaju sve složenije, sa potencijalom da bez adekvatnog odgovora i održivog sistema utiču u budućnosti i na druge sfere društvenog života i potreba domaćih građana i lokalnih sredina u kojima ista lica borave. Uslov funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite migranata, tražilaca azila i lica koja su dobila azil leži u oslanjanju na postojeći sistem zdravstvene zaštite za srpske građane, u pružanju zdravstvenih usluga u skladu sa postojećom procedurama i važećim propisima, bez „outsourcing – ovanja” usluga zdravstvene zaštite na nedržavne inostrane organizacije ili aktere van sistema. Dodatno, prevazilaženje jezičke barijere, posedovanje i razmena informacija i saznanja o kulturnom kontekstu iz koga potiču ovi korisnici usluga zdravstvene zaštite i uspostavljanje kanala komunikacije sa domicilnim stanovništvom o ovoj temi, se pokazuju kao značajni činioci integracije u zdravstveni sistem ali i uopšte integracije lica koja su tražila ili dobila azil. Obezbeđivanje sredstava za nabavke lekova i pokrivanja troškova prevoza pacijenata u slučajevima kada takve asistencije nisu moguće ili su skopčane sa nepremostivim tehničkim preprekama, su takođe problemi na koje je potrebno posebno obratiti pažnju u sistemu zdravstvene zaštite i otkloniti ih što je pre moguće kako bi se došlo do održivog funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite migranata, tražilaca azila i lica koja su dobila azil ali i kako bi se vodila briga o javnom zdravlju u lokalnim sredinama gde se isti korisnici nalaze.

Imajući u vidu opšti kontekst, poreklo i karakter interkontinentalne migracije, kao i jako težak i ugrožen položaj ovih lica na putu migracije kroz Srbiju, koja je sve više tampon zona i čistilište migracije pred granicama EU, gde sve više bivaju zaglavljani duži vremenski period, i gde stupaju u interakciju sa domaćim građanima i integraciju u lokalnim sredinama, od izuzetnog je značaja poštovati postojeće propise u oblasti zdravstvene zaštite bez prejudiciranja finalnog statusa ovih lica ili bez upuštanja u procenu da li isti ljudi žele ili ne žele da ostanu u zemlji. Pored toga, važno je držati polje zdravstvene zaštite visoko na skali prioriteta u formiranju i sprovođenju odgovarajućih politika, čije adresiranje ne sme da ugroze trenutni prioriteti ili planiranja koja dovode do stvaranja neodrživog ad-hoc zdravstvenog sistema na duži rok, odvojenog od postojećeg državnog sistema zdravstvene zaštite domaćih građana.

## KONTEKST: ZDRAVSTVENA ZAŠTITA MIGRANATA, TRAZILACA AZILA I LICA KOJA SU DOBILA AZIL

Veliki priliv migranata, njihov prolazak i sve duže zadržavanje u Republici Srbiji koja polako postaje tampon zona migracije na obodu EU, sa ljudima koji borave često bez bilo kakvog pravnog statusa u zemlji, u iregularnom položaju, smešteni bilo unutar, bilo van centara za prihvatanje, i koji su najčešće potpuno pravno nevidljivi u očima sistema, postavilo je nove izazove pred sve činioce sistema azila i migracija. Zdravstveni sistem u Republici Srbiji nije bio izuzetak u smislu potrebe za redefinisanjem i uspostavljanjem efikasnog sistema reagovanja na situacije koje mogu biti krizne ili pak situacije koje traže stabilno, konstantno i održivo delovanje u domenu pružanja usluga zdravstvene zaštite sve prisutnijoj migrantskoj populaciji, kada je veliki broj lica u potrebi za različitim raznovrsnim vidovima zdravstvene zaštite koje se ni po vrsti ni po načinu pružanja pomoći ne razlikuju u odnosu na lokalne građane. Problemi koji su usledili, u pogledu odsustva sistema razmene informacija, odsustva tehničkih i finansijskih kapaciteta, nesprovođenja mera i aktivnosti propisanih zakonom, izmeštanja usluga zdravstvene zaštite van postojećeg sistema, nameću potrebu da se krene u susret izgradnji stabilnog, konsolidovanog i efikasnog sistema zdravstvene zaštite i integracije migrantske populacije u državni zdravstveni sistem.

Upravo u takvom sistemu, uloga informacija o različitim aspektima delovanja lokalnog i nacionalnog zdravstvenog sistema, karakteristikama migrantske populacije i njihovim zdravstvenim profilima, i njihova razmena, postaje zajedno sa poznavanjem i poštovanjem propisa u praksi, adekvatnim planiranjem, pripremama i prikupljanjem resursa i formiranjem dugoročno održivog sistema, ključna za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite migranata, lica koja su tražila ili dobila azil u Srbiji u budućnosti.

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, razmena informacija u okviru zdravstvenog sistema, odnosno uspostavljanje efikasnog informacionog sistema predstavlja jedan od osnovnih stožera funkcionalnog zdravstva<sup>1</sup> (2007, 2016). Efikasan zdravstveni sistem je onaj koji obezbeđuje relevantne informacije, njihovu analizu, kao i upotrebu pouzdanih i pravovremenih informacija o zdravstvenim determinantama, performansama zdravstvenog sistema, zdravstvenom statusu korisnika (WHO, 2007). Adekvatno upravljanje zdravstvenim sistemom nije moguće bez čvrsto uspostavljenog zdravstvenog informacionog sistema, odnosno mehanizma razmene informacija.

*Veliki priliv migranata, njihov prolazak i sve duže zadržavanje u Republici Srbiji koja polako postaje tampon zona migracije na obodu EU, sa ljudima koji borave često bez bilo kakvog pravnog statusa u zemlji, u iregularnom položaju, smešteni bilo unutar, bilo van centara za prihvatanje, i koji su najčešće potpuno pravno nevidljivi u očima sistema, postavilo je nove izazove pred sve činioce sistema azila i migracija. Zdravstveni sistem u Republici Srbiji nije bio izuzetak.*

To se naročito odnosi na sistem razmene informacija u uslovima kriznih i „novih“ situacija. Kontinuirana migrantska kriza u Srbiji je u tom smislu postavila izazov pred zdravstveni sistem u Srbiji koji je u početku iznenada, a kasnije (sve do danas) bio kontinuirano izložen prilivu migrantske populacije i potrebom njihove zdravstvene zaštite. Odsustvo tehničkih i finansijskih kapaciteta, nepoznavanje kulturoloških, političkih, izbegličkih konteksta iz kojih su izbeglice krenule, jezičke barijere, drugačiji kulturološki aspekti zdravstvene zaštite u zemljama odakle su došli, potreba za brzim prilagođavanjem novoj situaciji, samo su neki od izazova sa kojim se zdravstveni sistem u Srbiji suočio, ostavivši neretko migrante, tražiocima azila i izbeglice kao i pripadnike posebno osetljivih grupa unutar ove populacije<sup>2</sup>, bez lekova, prevoza do bolnica ili iz njih, u potrebi ili bez

pružene zdravstvene zaštite u adekvatnom obimu (ređe bez primarne, a češće bez sekundarne i skoro uvek bez tercijarne zdravstvene zaštite). U tom smislu, ignorisanje ili olako shvatanje problema, uz svest da će korisnici/migranti pre ili kasnije otići i slanje takvih poruka od strane sistema, pogubno utiče na predstavnike sistema zdravstvene zaštite na terenu, koji sve češće potrebe ovih ljudi ne percipiraju kao vredne kontinuiranog angažmana i asistencija koje srpski sistem zdravstvene zaštite treba da im pruži (izuzev u urgentnim situacijama), opterećen već postojećim izazovima u svom redovnom funkcionisanju prema lokalnoj populaciji, a kamo li prema potrebama stranaca koji ne žele ili neće ostati u Srbiji.

*Efikasan zdravstveni sistem je onaj koji obezbeđuje relevantne informacije, njihovu analizu, kao i upotrebu pouzdanih i pravovremenih informacija o zdravstvenim determinantama, performansama zdravstvenog sistema, zdravstvenom statusu korisnika. Adekvatno upravljanje zdravstvenim sistemom nije moguće bez čvrsto uspostavljenog zdravstvenog informacionog sistema, odnosno mehanizma razmene informacija.*

Ovakva situacija u sledećoj fazi može da proizvede implikacije i po javno zdravlje, a zdravstveno stanje i potrebe migranata dovede u vezu sa zdravljem lokalnih građana i sredina u kojima migranti, tražioci azila i izbeglice borave u Srbiji, a neki od ilustrativnih primera su pitanja odsustva obavezne vakcinacije dece izbeglica, vršenja redovnih i obaveznih preliminarnih zdravstvenih pregleda/sistematskih pregleda migranata i lica koja imaju nameru da traže azil i vršenja analiza prema propisanim procedurama za zemlje porekla iz kojih ista lica dolaze.

1. Pored pružanja zdravstvenih usluga, uloge zdravstvenih radnika, dostupnosti medicinskih proizvoda, lekova, vakcina, finansiranja i upravljanja zdravstvenim sistemom. Za više informacija pogledati: WHO (2007), strana 3. Dostupno na: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

2. Decu, žene, lica sa invaliditetom, decu bez pratnje roditelja, itd.

3. Statistike Centra za zaštitu i pomoć tražiocima azila (APC/CZA) i Kancelarije za azil MUP-a Republike Srbije.

4. Ibid.

**U periodu od 2013. do septembra 2017. godine Srbija se suočila sa velikim prilivom migranata, izbeglica i tražioca azila koji je tokom 2015. godine prerastao u „migrantsku krizu“, situaciju u kojoj više od 800 000 izbeglih lica prešlo državne granice Srbije. Broj lica koja su izrazila nameru da traže azil i kao takva evidentirana od strane Kancelarije za azil Ministarstva unutrašnjih poslova Republike Srbije povećao se 120 puta u 2015. godini u odnosu na 2013. godinu, odnosno sa 5000 lica koja su izrazila nameru da traže azil u 2013. godini taj broj je porastao na rekordnih 577.995 lica koja su izrazila nameru da traže azil u 2015 godini<sup>3</sup>. Najveći broj lica koji su izrazili nameru da traže azil u pomenutom periodu potiču iz ratom zahvaćenih zemalja, kao i iz zemalja koje proizvode izbeglice: Sirija, Avganistan, Irak, Pakistan, Somalija, Eritreja<sup>4</sup>. Od marta 2016. godine, sa zatvaranjem „Balkanske rute“, situacija u vezi sa dužinom boravka i brojem pristiglih izbeglih lica se znatno menja, a time i određene de facto politike pri ostvarivanju prava ove populacije u oblastima azila i integracije u**

**različite društvene segmente u Srbiji. Ipak, tokom 2016. godine broj migranata i izbeglica koji su ušli i boravili u Srbiji je bio izuzetno visok<sup>5</sup> da bi se njihov broj početkom 2017. godine kretao između 10 i 15 hiljada.<sup>6</sup> U septembru 2017. broja migranata na teritoriji Republike Srbije se kreće oko 4 hiljade, smeštenih u 18 tranzitnih, prihvatnih i azilnih centara dok se najmanje 2-3 hiljade ljudi nalazi van smeštajnih kapaciteta širom zemlje.<sup>7</sup> Najveći broj onih koji su van smeštajnih kapaciteta se nalazi u šatorima u blizini tranzitnih centara uglavnom na granicama sa Republikom Hrvatskom i Mađarskom ali i u urbanim mestima širom zemlje, a njihovo prisustvo i potrebe sve više izlaze iz okvira pažnje i vidokruga sistema. Dužina boravka ovih ljudi u Srbiji sve više raste - od jedne do dve godine, najčešće bez ikakvog pravnog osnova i statusa dok sistem i institucije faktički tolerišu njihov boravak. Balkanska migrantska ruta danas i dalje funkcioniše: ljudi svakodnevno ulaze u Srbiju mahom iz pravca Bugarske i Makedonije i pokušavaju da iz nje izađu najčešće u pravcu Hrvatske i Mađarske, dok se uporedo otvaraju novi pravci migracije preko Bosne i Hercegovine i povremeno preko Rumunije. Kretanje Balkanskom rutom karakteriše nezakonita praksa i sve izraženiji fenomen „push backova“ – ilegalnih guranja ljudi od strane policija zemalja sa kojima se Srbija graniči nazad u Srbiju. Celokupna situacija Srbiju stavlja u epicentar migracije i dovodi je u položaj tampon zone na granicama EU i zemalja Shengena, kao nepoželjne destinacije i mesta boravka za sve one koji nisu uspešni u pokušajima da nastave svoj put preko zemalja EU, a koji su u velikom broju slučajeva pravno nevidljivi i van sistema tokom svog faktičkog, sve dužeg i sve komplikovanijeg boravka u Srbiji.**

Ovaj rad nastoji da ukaže na glavne odlike sistema pružanja zdravstvene zaštite migranata, azilanata i lica koja su dobila azil u Srbiji, kao i da ukaže na postojeće prakse, rešenja i izazove u zdravstvenoj zaštiti migranata, tražilaca azila i lica koja su dobila zaštitu, u Srbiji. Rad ima za cilj da utvrdi i predloži nova rešenja i preporuke koje bi trebalo integrisati u kreiranje adekvatnih planova i politika u ovoj oblasti, ali i u postojeći način pružanja zdravstvene zaštite migranata, azilanata i lica koja su dobila azila u Srbiji, sa ciljem da se on unapredi, učini održivim i doprinese preveniranju bilo kojih iznenadnih negativnih pojava i posledica koje bi mogle da ugroze zdravlje izbeglih lica i lokalnih građana.

Pored konsultovanja primarne i sekundarne literature, zaključci izneti u ovom dokumentu su rezultat preduzetih aktivnosti i stečenih saznanja u okviru realizacije projekta *LOVE (Pravo, red, vrednosti)-za migrantle/azilante/lica kojima je odobren azil, u ostvarivanju prava bez diskriminacije*, oslonjeni na informacije i saznanja do kojih je APC/CZA došao kroz svoj terenski rad i ekspertizu na terenu, ali i na informacije prikupljene kroz organizovanje fokus grupa u kojima su učestvovali institucionalni akteri u domenu azila, migracija i integracija u lokalnim zajednicama gde su smešteni azilni i tranzitni centri, kao i predstavnici civilnog društva u tim zajednicama. Takođe, nalazi se oslanjaju na intervju koji su vođeni sa predstavnicima nacionalnih institucija, domaćim i međunarodnim organizacijama civilnog društva koji deluju u sistemima azila, migracija i integracije izbeglih lica.

## **PRAVNI I INSTITUCIONALNI SISTEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE MIGRANATA, LICA KOJA SU TRAŽILA I DOBILA AZIL I POSTOJEĆE PRAKSE**

Pravo na zdravstvenu zaštitu migrantima, licima koja žele da traže azil i izbeglim licima garantovano je međunarodnim i nacionalnim zakonodavnim okvirima, od kojih su u nacionalnom kontekstu, ključni *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* ("Službeni glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 - drugi zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - drugi zakon, 93/2014, 96/2015, 106/2015.) i *Zakon o zdravstvenom osiguranju* ("Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016 - dr. zakon) koji regulišu zdravstvenu zaštitu stranaca i izbeglih lica, kao i *Zakon o javnom zdravlju* ("Službeni glasnik RS", br. 15/2016), *Zakon o azilu* (Službeni glasnik RS", br. 109/2007), *Pravilnik o zdravstvenim pregledima lica koja traže azil prilikom prijema u centar za azil iz 2008. godine* ("Službeni glasnik RS", br. 93/2008). Pored toga, *Zakon o strancima* ("Službeni glasnik RS", br. 97/2008), uključujući i *Zakon o upravljanju migracijama* ("Službeni glasnik RS", br. 107/2012) koji reguliše, između ostalog, rad Komesarijata za izbeglice i migracije u domenu saradnje sa predstavnicima sistema zdravstvene zaštite na lokalnom nivou, predstavljaju okvir regulisanih prava i obaveza u vezi sa pružanjem zdravstvene zaštite licima koja traže azil, kojima je odobren azil, migrantima i stranim državljanima. Zakonski okvir podrazumeva princip nediskriminacije i inkluzivnosti u zdravstveni sistem, a migrantskoj populaciji bi po zakonu trebalo da se obezbeđuje zdravstvena zaštita na isti način kao i domicilnom stanovništvu (*Zakon o zdravstvenoj zaštiti*)<sup>8</sup>.

Iako primarno utvrđuju principe, način i obim pružanja zdravstvene zaštite ovoj populacionoj grupi, zakonodavni okvir u oblasti zdravstvene zaštite istakao je značaj i obavezu uspostavljanja i vođenja jedinstvenog integrisanog informacionog sistema i značaj razmene informacija u zdravstvu u vezi sa različitim aspektima njegovog rada.

5. Prema statistikama i procenama APC/CZA, najmanje 40 000 ljudi je prošlo kroz Srbiju u 2016. godini

6. Statistike APC/CZA i MUP-a Republike Srbije.

7. Samo na teritoriji Vojvodine se van centara za prihvata u septembru 2017. godine nalazilo oko 1000 ljudi, i to 300 oko Šida, 200 oko Sombora, 500 oko Subotice, itd. - statistika APC/CZA, sept. 2017.

8. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* (Sl. glasnik RS, br. 113/2017), čl. 20

Zdravstveni informacijski sistem prikuplja podatke iz zdravstvenog i drugih sektora, analizira ih, obezbeđuje njihov sveukupni kvalitet i pretvara podatke u informacije potrebne za donošenje odluka.<sup>9</sup> Ovaj sistem takođe služi i kao sistem ranog upozoravanja na potencijalne rizike koji ugrožavaju javno zdravlje.<sup>10</sup>

Na institucionalnom nivou lokalni domovi zdravlja su od nastanka azilnog sistema 2007. godine, od samog početka, bili nadležni za pružanje primarne zdravstvene zaštite migrantskoj populaciji (licima koja žele da traže azil i izbeglicama) na teritoriji lokalne samouprave gde su ova lica smeštena. Da bi se unapredila njihova zdravstvena karta i obezbedilo sigurno zdravstveno okruženje u lokalnim sredinama *Zakon o javnom zdravlju* (2016), uvodi osnivanje lokalnih saveta za zdravlje čiji mandat podrazumeva sprovođenje lokalne politike u oblasti javnog zdravlja, zaštite pacijenata, koordinacije i saradnje svih činilaca u sistemu javnog zdravlja na lokalnom nivou kako u kriznim i vanrednim situacijama tako i u redovnim. Zakon uključuje i pitanja položaja pacijenata što se odnosi i na pitanje zaštite pacijenata iz populacije migranata, lica koja su tražila azil i lica koja su dobila azil, koji zajedno sa domicilnim stanovništvom čine ukupnu populaciju pacijenata na lokalnom nivou. Takođe, lokalni zavodi za zaštitu zdravlja prate javno zdravlje, pohranjuju informacije o istom i prosleđuju ih Institutu za javno zdravlje Srbije. Ministarstvo zdravlja, Sektor za javno zdravlje, zaduženo je za vođenje nacionalne politike u oblasti pružanja zdravstvene zaštite populacije migranata, lica koja su tražila azil i lica koja su dobila azil.

Procedura pružanja primarne i druge zdravstvene zaštite migrantskoj već može da započne po njihovom prelasku granice i ulasku u Srbiju, u zavisnosti od potreba migranata, ali svakako počinje nakon smeštanja u centre za azil, prihvatne i tranzitne centre u koje se migranti, lica koja imaju nameru da traže ili su tražila azil upućuju. Iako bi po *Zakonu o azilu*<sup>11</sup> prilikom smeštanja u centar azil ista lica prvo trebalo da prođu kroz detaljan inicijalni zdravstveni (sistematski) pregled, vidimo da se na terenu to ne događa ili se ne događa uvek po prijemu, već nekoliko dana do nedelja kasnije, a posebno ne u punom obimu u kojem je propisano *Pravilnikom o zdravstvenom pregledu lica koja traže azil prilikom prijema u centar za azil*<sup>12</sup> koji predviđa da takav pregled uključuje uzimanje anamneze, objektivni pregled i dijagnostičke preglede koji podrazumevaju laboratorijsku analizu krvi, stolice i rentgen pluća na tuberkulozu<sup>13</sup>.

Osobama koje nisu smeštene u neki od centara, bilo prihvatni, tranzitni ili u centar za azil, već koje borave na otvorenom, u alternativnom smeštaju, nisu obezbeđeni nikakvi zdravstveni pregledi, a jedino su im na raspolaganju usluge urgentne pomoći kao i sporadične usluge zdravstvene pomoći od strane mobilnih klinika pojedinih međunarodnih nevladinih organizacija (npr. MDM, MSF, CRS).<sup>14</sup>

Pružanje primarne zdravstvene zaštite i inicijalni zdravstveni pregledi koji bi trebalo da se obavljaju u centrima za azil, shodno i u ostalim prihvatnim i tranzitnim centrima, bi trebalo da se sastoje od preliminarnog utvrđivanja zdravstvenog stanja korisnika i podrazumevaju uzimanje anamneze, objektivni pregled kao i druge dijagnostičke preglede<sup>15</sup> od kojih značajno mesto pripada dijagnostičkom pregledu na zarazne bolesti. Međutim, sve je češća praksa da se inicijalni zdravstveni pregledi ne sprovode u svim centrima za prihvatanje, pogotovo ne u punom obimu kako je to propisano zakonom.<sup>16</sup>

Ostali redovni zdravstveni pregledi po potrebi i na inicijativu lica, su se od nastanka azilnog sistema u 2007. godini po pravilu vršili u lokalnim domovima zdravlja, ali se to danas izuzetno retko dešava kada se radi o pregledu lekara opšte prakse, jer od sredine 2017 godine postoji snažna tendencija da se takvi pregledi ne obavljaju u lokalnim domovima zdravlja kako je to bila praksa već u samim prihvatnim centrima, što se pravda preopterećenošću lekara u lokalnim domovima zdravlja, lakšom organizacijom, nedostatkom sredstava, itd. U sve većem broju slučajeva se dešava da u domovima zdravlja odbiju da prime migranta/tražioca azila kod lekara opšte prakse jer, kako kažu, "obezbeđena im je zdravstvena pomoć u samim centrima i tamo treba da se jave lekaru".<sup>17</sup> Isti pregledi opšte prakse po potrebi i na inicijativu stranke se od sredine 2017. godine preduzimaju od strane doktora opšte prakse koji su po pravilu privatno angažovani preko projekata nevladinih organizacija u samim centrima za azil i drugim prihvatnim centrima, umesto ranije prakse da istu primarnu zdravstvenu zaštitu pružaju doktori angažovani u lokalnim domovima zdravlja na način kako to čine i u odnosu na domaće građane. Doktori koji su angažovani da rade u centrima za prihvatanje rade mimo državnog sistema zdravstvene zaštite iako su neki od doktora doktori angažovani iz okolnih domova zdravlja da rade sa ovom populacijom u prihvatnim centrima. Trenutno kada se vrše pregledi, preglede u centrima za azil obavljaju doktori medicine koji angažovani po projektima nevladinih organizacija, a od kojih neki rade i u lokalnim domovima zdravlja.

9. Udruženje informatičara u zdravstvu Srbije, *Integrirani zdravstveni informacijski sistem: situaciona analiza sa preporukama*, Beograd: Udruženje informatičara u zdravstvu Srbije, 2014. Dostupno na: <http://www.kombeg.org.rs/Slike/UdrInformatike/2015/Analiza%20IZIS%20-%20maj%202014.pdf>.

10. Ibid.

11. *Zakon o azilu* (Sl. glasnik RS, br. 109/2007), čl. 39

12. *Pravilnik o zdravstvenom pregledu lica koja traže azil prilikom prijema u Centar za azil* (Sl. glasnik RS, br. 93/2008), čl. 3 i 4

13. U realnosti, maltene nikad se ne radi rendgen pluća, a često ni sve laboratorijske analize. Anamneza često izostaje iz obrasca, tako da se zdravstveni status najviše oslanja na usmene informacije o zdravstvenom stanju koje osoba daje i objektivnom pregledu. U realnosti lekari propitaju osobu najviše za vakcinaciju, hronične bolesti, alergiju, a povremeno ih pregledaju posebno na vaši i šugu. Više se ne šalje krv ni stolica na analizu, kao što se slala pre 2015. godine - APC/CZA terenska praksa.

14. Na osnovu izveštaja APC/CZA sa terena

15. *Pravilnik o zdravstvenom pregledu lica koja traže azil prilikom prijema u Centar za azil*, čl. 3 i 4

16. U realnosti, maltene nikad se ne radi rendgen pluća, a često ni sve laboratorijske analize. Anamneza često izostaje iz obrasca, tako da se zdravstveni status najviše oslanja na usmene informacije o zdravstvenom stanju koje osoba daje i objektivnom pregledu. U realnosti lekari propitaju osobu najviše za vakcinaciju, hronične bolesti, alergiju, a povremeno ih pregledaju posebno na vaši i šugu. Više se ne šalje krv ni stolica na analizu, kao što se slala pre 2015. godine - APC/CZA terenska praksa.

17. APC/CZA izveštaji sa terena

Potrebno je istaći da je osoblje u prihvatnim centrima dužno da prati zdravstveno stanje korisnika i dostavi informacije u vezi sa eventualnom pojavom zaraznih bolesti nadležnom medicinskom radniku, a samo pružanje zdravstvene zaštite nije ograničeno isključivo na primarnu zdravstvenu zaštitu.

Ukoliko se javi potreba za sekundarnom, specijalističkom zdravstvenom zaštitom ili pak bolničkim lečenjem, ta usluga bi trebalo da se obezbeđuje po zakonu, međutim često pri ostvarivanju ovakvih usluga se nailazi na prepreke i to u vidu: izbegavanja upućivanja od strane lekara opšte prakse angažovanog po projektu u samom prihvatnom centru koji nisu sigurni da migrant/tražioci azila imaju pravo na to, postavljanja pitanja ko će da snosi troškove tretmana i hospitalizacije, komplikovanih tehničkih organizacija sprovođenja terapije i dr. U jednom od takvih ilustrativnih slučajeva roditeljima petogodišnje devojčice poreklom iz Avganistana sa ozbiljnom neurodegenerativnom bolešću (senzomotorna neuropatija) je rečeno da „u Srbiji ne može da joj se obezbedi tretman“ da bi se na kraju nakon intervencije APC/CZA devojčica i majka smestili u rehabilitacionu ustanovu u kojoj su boravile mesec dana i gde je sprovedena neophodna terapija pa i nabavka ortopedskih pomagala, na šta su sve imali pravo kao tražioci azila u Srbiji.<sup>18</sup>

Što se tiče lica koja nisu smeštena u prihvatnim centrima već se nalaze na otvorenom ili u alternativnom smeštaju, pružanje sekundarne, specijalističke zdravstvene zaštite ili bolničko lečenje je jasno ograničeno i pruža se samo u urgentnim, životno ugroženim situacijama.<sup>19</sup>

Troškovi pružanja zdravstvene zaštite populaciji izbeglih lica, lica koja žele ili su tražila ili dobila azil, bi trebalo da se po zakonu pokrivaju iz budžeta Ministarstva zdravlja Republike Srbije<sup>20 21</sup>, ali se na žalost u praksi sve češće odstupa od ovakve prakse. Troškovi pružanja zdravstvene zaštite se sve više finansiraju preko projekata međunarodnih nevladinih organizacija (poput DRC, MDM, MSF, CSR, DRC i dr.)<sup>22</sup>, koje finansiraju rad lekara u ambulancama pri prihvatnim centrima kao i pojedine troškove hospitalizacije, nabavke lekova, specifičnih lekova/terapije, nabavke pomagala, rada mobilnih timova za pružanje hitnih zdravstvenih intervencija migrantima van centara, rad sopstvenih terenskih ambulanti dostupnih licima koja nisu smeštena u centrima.<sup>23</sup> Sve to na žalost ostaje zdravstvena zaštita finansirana van nacionalnog sistema zdravstvene zaštite.

Informacije o individualnim zdravstvenim pregledima u centrima za azil se pohranjuju u obrazac koji je konstruisan tako da i sadrži podatke o zdravstvenom statusu i zdravstvenim rizicima svakog korisnika centra (anamneza, informacije o vakcinaciji, analiza krvi, stolice i urina na prisustvo određenih infektivnih bolesti, rentgen pluća, objektivni pregled). U realnosti, maltene nikad se ne radi rentgen pluća, a često ni sve laboratorijske analize. Anamneza često izostaje iz obrasca, tako da se zdravstveni status korisnika najviše oslanja na usmene informacije o zdravstvenom stanju koje osoba daje o sebi i na objektivnom pregledu iste osobe.<sup>24</sup>

Važno je istaći da je zdravstveni sistem od početka 'migrantske krize', pa i nakon zatvaranja 'Balkanske rute' i stabilizovanjem broja migranata u zemlji, u velikoj meri oslonjen na kapacitete i angažovanje civilnog sektora i teži sve većem prebacivanju odgovornosti i pružanju usluga u oblasti zdravstvene zaštite na aktere koji se ne nalaze u sistemu zdravstvene zaštite. Na ovaj način sam sistem polako klizi u pravcu neodrživog funkcionisanja na duge staze i preta da bude potpun zavisn od strane projektne međunarodne finansijske pomoći. Uloga brojnih organizacija civilnog društva, naročito međunarodnih organizacija, sastojala se u popunjavanju nedostajućih kapaciteta zdravstvenog sektora. U saradnji sa lokalnim domovima zdravlja organizacije civilnog društva obezbeđuju nedostajuće ljudske kapacitete i formiraju mobilne medicinske timove, zatim pružaju psiho-socijalnu podršku i brigu o mentalnom zdravlju korisnika. One takođe učestvuju u popunjavanju fizičkih i materijalnih kapaciteta donacijama lekova, sanitetskih vozila, mobilnih klinika i slično. Razmena informacija i saradnja zdravstva sa organizacijama civilnog društva je svakako važan segment funkcionisanja celokupnog sistema pružanja zdravstvene zaštite i uključivanja migranata u zdravstvo u Srbiji.

## NALAZI ISTRAŽIVANJA: PRAKSE U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE MIGRANATA, AZILANATA I LICA KOJA SU DOBILA AZIL I NJIHOVA INTEGRACIJA U ZDRAVSTVO

### *Pristup zdravstvenoj zaštiti u kontekstu statusa i mesta boravka*

Jedno od osnovnih načela koje se primenjuje u sistemu zdravstvene zaštite u Srbiji je načelo inkluzivnosti, odnosno briga i pružanje zdravstvene zaštite svim licima koja su, bez obzira na status, našla na teritoriji Republike Srbije, odnosno smeštena su u azilnim, prihvatnim ili tranzitnim centrima. Ipak zakonodavstvo predviđa različit stepen dostupnosti zdravstvene zaštite u odnosu na status u kojem se osoba nalazi, tj. da li je samo migrant, izbeglica, lice koje ima nameru da traži azil, da li je tražilo ili dobilo azil.<sup>25 26</sup>

20. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o azilu

21. WHO, Serbia: assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. Dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1)

22. APC/CZA terenska praksa

23. Npr. MSF terenska ambulanta u Beogradu – APC/CZA terenska praksa

24. APC/CZA izveštaji sa terena

25. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, op.cit.

26. Zakon o azilu, op.cit.

S obzirom na poteškoće prilagođavanja zdravstvenog sistema novonastaloj situaciji velikog priliva i sve dužeg boravka migranata na teritoriji Srbije, čime se njihove zdravstvene potrebe samo usložnjavaju, stiče se utisak da se kriterijumi razlikovanja ovih grupa sve više zamagljuje jer većina ljudi koja migrira ima nameru da traži azil ili je po samoj svojoj prirodi izbeglica bez obzira što ne želi da ostane trajno u Srbiji. Takva kompleksna situacija na terenu i praksa proizvoljnosti u proceni kojoj kategoriji lica pripadaju, dovodi kako do pozitivnih tako i do često negativnih primera u pružanju zdravstvene zaštite, i narušava jedinstvenog principa pružanja zdravstvene zaštite.

Primarna zdravstvena zaštita se pruža svim osobama bez obzira na status, a koje su smeštene u azilne, tranzitne i prihvatne centre, preko doktora koji rade preko projekata nevladinih organizacija u ambulancama u samim centrima, dok oni koji borave van centara imaju ozbiljnih poteškoća u pristupu bilo kojim pa i uslugama primarne zdravstvene zaštite, i osuđeni su bez obzira na svoj status i prava koja imaju po zakonu, gotovo isključivo na mobilne klinike međunarodnih organizacija koje delaju samo na pojedinim lokacijama i sporadično,

Sekundarna zdravstvena zaštita je polje u kojem se nekada čini da nema pravila. Primera radi, dešava se da osobe koje su u statusu migranata, dakle nisu izrazile nameru za azil ali su smeštene u neki od prihvatnih centara, a koje imaju određene, urgentne zdravstvene potrebe, ipak budu zbrinute na sekundarnom nivou.

*Dečak poreklom iz Avganistana koji je boravio sa roditeljima i trojicom braće u Preševu, je imao problema sa skraćenom tetivom u predelu potkoljenice i usled toga krivio nogu i stopalo dok je hodao i trčao, što bi vremenom dovelo do ozbiljnog deformiteta i smetnji u hodađu. Nakon insistiranja da ga lekar pregleda i pošalje kod specijaliste, dečak je bio konačno operisan u Nišu, iako nije zvanično tražio azil, što predstavlja pozitivan ali redak primer.<sup>27</sup>*

Sa druge strane, dešava se da tražioci azila, koji imaju pravo na punu zdravstvenu zaštitu, kao i srpski građani, budu uskraćeni za istu.

*Beba, rođena u Srbiji, čiji su roditelji poreklom iz Avganistana, je imala problema sa skraćenom resicom koja spaja jezik i usnu duplju (usled čega je imala poteškoća tokom dojenja i često povraćala) je nedeljama tretirana na pogrešan način od strane doktora u kampu i nije prosleđivana pedijatru i lekaru specijalisti sve do intervencije APC/CZA tima, koji je organizovao posetu pedijatru u lokalnom domu zdravlja.<sup>28</sup>*

Pored problema sa statusom, primetne su i razlike u dostupnosti zdravstvenih usluga u odnosu na sam centar i lokalnu zajednicu u kojoj se migranti, lica koja imaju nameru da traže azil, koja su tražila ili dobila azil, nalaze. U pojedinim mestima prosto postoje veći kapaciteti lokalnih zdravstvenih institucija, u smislu iskustva osoblja, blizine institucije, spremnosti da se angažuju. U drugim sredinama to na žalost ipak izostaje. Takođe, kako je već rečeno, funkcionisanje zdravstvenog sistema se poprilično oslanja na podršku međunarodnih nevladinih organizacija (MSF, MDM, DRC, CRS, IRC), koje na primer u određenim centrima preuzimaju čak i obavezu transporta bolesnika, što se u drugim centrima, gde to izostaje, dovodi da se čitava briga i zdravstvena zaštita odvijaju otežano i zavise od mogućnosti izbeglica da plate taksi ili Komesarijata da organizuje prevoz, što nije uvek moguće, pa dolazi do odlaganja pregleda.<sup>29</sup>

Tercijarna zdravstvena zaštita je, po pitanju pristupa, maltene zatvorena za tražioce azila i migrante. Usled faktora kao što su izostanak tehničkih kapaciteta, odnosa aktera u zdravstvenom sistemu prema potrebama tražilaca azila i migranata, o čemu će biti reči kasnije, tercijarna zaštita skoro u potpunosti izostaje osim u izuzetnim slučajevima kada organizacije civilnog društva ulože napor da se osoba zbrine i na tercijarnom nivou.

*Devetnaestogodišnji tražilac azila poreklom iz Bangladeša, koji je usled saobraćajne nesreće ostao paralizovan, nakon intervencija i tretmana na sekundarnom nivou trebalo je da se prebaci na tercijarni nivo – u odgovarajuću rehabilitacionu ustanovu. Bez ustezanja, može se reći da bez dugotrajnih i upornih intervencija APC/CZA, najpre pravnih, ova osoba ne bi ostvarila pravo koje joj je po zakonu zagarantovano.<sup>30</sup>*

Dakle, možemo da vidimo da se zapravo urgentno, kratkoročno i fokusirano zbrinjavanje lica koja imaju nameru, koja su tražila ili dobila azil i migranata odvija sa manje ili više problema, ali da što se više ide ka tretiranju kompleksnijih potreba i kontinuiranoj zaštiti ovih ljudi ona sve više slabi, a otpor sistema jača.

Diskriminacija lica koja imaju nameru, koja su tražila ili dobila azil i migranata se, osim na ovom polju, vidi i u pojedinačnim uslugama koje su im ukinute, poput imunizacije dece. Iako bi svako dete čija je vakcinalna istorija nepoznata, moralo da se vakciniše ispočetka, i time ono samo, ali i kolektiv u kojem je, zaštititi, u Srbiji se deca migranti ne vakcinišu, osim u situacijama kada je dete rođeno u Srbiji (pa se proces imunizacije može ispratiti od početka). Čak i kada roditelji imaju dokaz o imunizaciji iz neke druge zemlje, nastavak vakcinacije im nije omogućen. Ovakvo postupanje međutim nije utemeljeno na posebnoj odluci Ministarstva zdravlja, niti nedostatku prava lica koja imaju nameru, koja su tražila ili dobila azil i migranata na imunizaciju, već na preporuci donešenoj na jednom od koordinacionih sastanaka vezanih za pružanje zdravstvene zaštite migrantima. Na terenu vidimo da se lekari pedijatri uglavnom pridržavaju ovakve preporuke, uz prisutne izuzetke kada ili nisu upoznati sa preporukom ili interes deteta stavljaju iznad nje, pa izvrše imunizaciju.<sup>31</sup>

27. APC/CZA interna dokumentacija

28. APC/CZA interna dokumentacija

29. APC/CZA terenska praksa

30. APC/CZA interna studija slučaja

31. APC/CZA terenska praksa

## Kapaciteti nacionalnog zdravstvenog sistema

Kapaciteti nacionalnog zdravstvenog sistema su postali ozbiljno opterećeni usled sve većih potreba i sve većeg broja migranata, lica koja traže ili su dobili azil, usled specifičnosti rada sa ovom populacijom (poput boravka u centrima koji su nekada prilično udaljeni od njihovog smeštaja, jezičke i kulturološke barijere), usled povećanih potreba za lekovima, potrebe za dodatnim osobljem i dr. Posledice toga su najprimetnije u izostanku prevodilačke asistencije i obučenosti lekara i medicinskog osoblja za rad sa migrantima, licima koja traže ili su dobili azil, u nedostatku lekova, u nemogućnosti organizovanja prevoza pacijenata i slično. Veoma često se dešava da migranti ne znaju šta piše u lekarskim izveštajima, kakvu terapiju treba da uzimaju i na koji način, šta su dalji koraci - da li će ići na kontrole, dodatne analize ili ne. Često se dešava da čak ni nemaju kod sebe medicinske izveštaje za koje kažu da ostaju kod lekara u prihvatnom centru.<sup>32</sup>

Dakle ne samo da osoba nije informisana i ne zna šta se dešava sa njenim zdravljem, već ni nema dokumentaciju o svom zdravlju kod sebe, čime se dodatno vezuje i podstiče se zavisnost od ambulante u kampu i uskraćuje joj se sloboda odlučivanja i brige o svom zdravlju.

Kada govorimo o samim prevodiocima, tu treba imati na umu da pojedine nevladine organizacije imaju i povremeno ustupaju prevodiocima doktorima u prihvatnim centrima i drugim akterima u zdravstvenom sistemu, ali da se često dešava da ulogu prevodioca preuzimaju i druge izbeglice iz kampa koje govore engleski jezik. Ovo može biti opasno iz više razloga – pogrešno prenošenje informacija, poverljivost podataka, neobučena prevodioca, zloupotreba uloge i samih informacija, podsticanje stigme, itd., što sve dalje može da utiče na sam kvalitet usluge i stepen slobode koju osoba ima u obraćanju za pomoć.<sup>33</sup>

Takođe, komunikacija sa korisnicima podrazumeva prenos informacija o njihovim pravima i obavezama prilikom korišćenja usluga zdravstvene zaštite za šta su zaduženi zdravstveni radnici u prihvatnim centrima, organizacije civilnog društva koje imaju značajnu ulogu u prenosu informacija migrantima, kao i sami službenici prihvatnih centara. Osim jezičke barijere, kao što je spomenuto, kulturološka barijera, koja obuhvata i društveni, zdravstveni i izbeglički kontekst, predstavlja važan faktor u nesmetanom pružanju zdravstvene zaštite. Praksa je pokazala da je sam sistem a i lekari i medicinsko osoblje, često neobučeni<sup>34</sup>, da im nedostaju jasne instrukcije i smernice,<sup>35</sup> ali i senzitivnost za navedene karakteristike i razumevanje i strpljenje<sup>36</sup> za rad sa ovako specifičnom populacijom.

Na primer, jedinstveni zdravstveni obrasci koji služe za prikupljanje i analizu niza podataka o zdravstvenom stanju korisnika i potencijalnim zdravstvenim rizicima koji mogu uticati na pojavu epidemija, prvobitno su uključivali veliki broj neadekvatnih pitanja, odnosno pitanja koja, kako se ispostavilo, ne odgovaraju zdravstvenom kontekstu iz koga većina migranata potiče. Zbog toga trenutno je u toku proces redizajniranja upitnika, odnosno jedinstvenih obrazaca, kako ističu predstavnici Instituta za javno zdravlje Batut. Zatim neretko se dešavaju nerazumevanja između korisnika i pružaoca usluga zbog nepoznavanja kulturnog i društvenog konteksta iz koga pacijenti dolaze:

*Radilo se o tome da se maloletna strankinja nalazila u mešovitoj sobi na intenzivnoj nezi na hirurgiji. Suprug i ona bili su maloletni. Ja sam bila privremeni staratelj (...). Ja sam sa njenim suprugom odlazila da je posetim i problem je bio što je on video da je ona u mešovitoj sobi i tražio je da se izmesti, a načelnik nije želeo da čuje. Ja sam pitala da li je moguće da donesemo paravan, jer to su prosto religijska uverenje i to treba poštovati. On nije imao sluha za to. (Fokus grupa, Preševo)*

Međutim, kako nastavlja učesnica fokus grupe iz Preševa, iskustva po ovom pitanju ipak nisu jednoznačna: '(...) ona [migrantkinja korisnica zdravstvene usluge] je bila prebačena na Kliniku za endokrinologiju u istom Kliničkom centru u Nišu gde je mene načelnik svakog sata obavestavao o njenom stanju i imali smo divnu saradnju sa njima!

*Tražilja azila nam se obratila povodom ginekoloških problema koje je imala i zamolila da joj pomognemo da zakaže termin kod lekara. Kada je prenešeno upravi centra za azil, rečeno nam je da je tražilja azila već imala zakazan pregled, ali odbila da ide jer se radi o muškom lekaru. Na pitanje da li postoje i ginekolozi ženskog pola u bolnici rečeno je da postoje ali da je muški lekar, inače načelnik odeljenja, određen za rad sa migrantkinjama i tražiljama azila.<sup>37</sup>*

32. APC/CZA interna dokumentacija

33. APC/CZA terenska praksa

34. Doktori i sestre ne poznaju kontekst u kojem tražioci azila borave, kroz šta su prošli na svom putu, odakle dolaze, kako su tamo živeli, i kako sa tim informacijama da se nose i da svoj rad prilagode ovoj populaciji. Tako, dešava se da saveti koje migranti dobiju od lekara, poput dijetalne ishrane ili pojačanog unosa određenih namirnica, prosto budu neupotrebljivi, s obzirom da migranti često nemaju izbor kakvu će hranu jesti osim hrane koja se služi u centrima za smeštaj. Često takođe osuđuju migrante i tražioce azila, etiketirajući ih kao preterano zahtevne, nezahvalne, nesposobne da razumeju, poslušaju, itd.

35. Čest komentar medicinskog osoblja je da ne znaju kako da zavedu pruženu uslugu s obzirom da osoba ne poseduje LBO i "sistem je ne prepoznaje" i da zbog toga onda neće moći da pruže uslugu besplatno.

36. Doktor bez upozorenja, ne dajući dovoljno vremena prevodiocu da prevede, podiže majicu jedne Avganistanke da proveri da li na leđima i grudima ima znake telesnih vaši ili šuge. Ovakav njegov postupak bez najave ju je prvo uplašio a zatim veoma postideo- APC/CZA izveštaji sa terena.

37. APC/CZA interna dokumentacija

*Jedan tražilac azila je odbio hospitalizaciju jer nije razumeo ozbiljnost svog zdravstvenog problema, već samo da će "morati da mu seku stomak". Očigledno je bilo da su postojali problemi u komunikaciji iako je sa njim tokom pregleda bio prisutan i prevodilac, kao i da lekari koji su razgovarali sa njim nisu imali dovoljno strpljenja i razumevanja već samo tražili od njega da potpiše da na svoju odgovornost odbija hospitalizaciju.. Kada mu je sve detaljno objašnjeno, od strane APC/CZA tima i nadležnog lekara u bolnici, zajedno sa obučanim prevodiocem sa višegodišnjim iskustvom u radu, čovek je pristao na lečenje i bio primljen u bolnicu. Tamo je ležao 3 nedelje i uz pomoć redovne podrške u vidu omogućavanja i jačanja komunikacije sa lekarskim osobljem, i psihološkog osnaživanja uspešno saradivao sa lekarima na rešavanju njegovog problema. Na kraju se ispostavilo da mu operacija nije ni bila potrebna, i da je zbog pogrešne interpretacije i prevođenja, kao i prvobitne nestrpljivosti i rigidnosti lekara, mogao da dovede svoj život u opasnost.<sup>38</sup>*

## „OUTSOURCE-OVANJE“ USLUGA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE VAN POSTOJEĆEG SISTEMA

Važno je istaći da se zdravstveni sistem od početka 'migrantske krize', pa i nakon zatvaranja 'Balkanske rute' i stabilizovanjem broja migranata u zemlji, u sve većoj meri oslanja na kapacitete i angažovanje civilnog sektora. Za razliku od prakse u skladu sa obavezama predviđenim zakonom, da se zdravstvena zaštita izbeglim licima pruža kroz državni sistem zdravstvene zaštite, a koja je postojala od nastanka azilnog sistema i pojave interkontinentalne migracije 2007. godine u Srbiji, od početka 2017. godine se snažno odstupa od istog obrasca i formira trend izmeštanja usluga zdravstvene zaštite izvan postojećeg državnog sistema zdravstvene zaštite na privatno projektno plaćen i podržan sistem doktora opšte prakse koji rade u prihvatnim centrima. Uloga brojnih organizacija civilnog društva, naročito međunarodnih organizacija, sastoji se sve više u popunjavanju nedostajućih kapaciteta nacionalnog zdravstvenog sistema. U saradnji sa lokalnim domovima zdravlja organizacije civilnog društva koje imaju novac kroz projekte obezbeđuju nedostajuće ljudske stručne kapacitete i formiraju mobilne medicinske timove, zatim pružaju psihološku podršku i brigu o mentalnom zdravlju migranata, lica koja žele da traže ili su dobila azil. One takođe učestvuju u popunjavanju materijalnih kapaciteta donacijama lekova, sanitetskih vozila, kroz mobilne klinike i slično.

Rizik koji sa sobom nosi ovakva organizacija pružanja zdravstvene zaštite migrantima se ogleda u tome što nemaju svi korisnici pristup zdravstvenoj zaštiti, pa će npr. nekima od njih izostati podrška u vidu lekova, prevoza do bolnice i slično, ukoliko na toj lokaciji lokalna zdravstvena ustanova nema kapaciteta da to ispuni, a nijedna od navedenih organizacija nije prisutna.

Isti paralelni sistem kao takav jeste neodrživ na duži rok, jer osnovano možemo da pretpostavimo da će u budućnosti doći do trenutka kada će država morati da preuzme funkcionisanje sistema u potpunosti na sebe, pa je pitanje da li će biti u stanju da to uradi ukoliko se sada obilno oslanja na pomoć organizacija civilnog društva. Neke posledice su već primetne u praksi, gde je jedna od organizacija civilnog društva jedan period organizovala prevoz bolesnika do zdravstvenih institucija u Beogradu, što je omogućavalo da sistem u jednom segmentu funkcioniše. Međutim, sa izostankom nastavka finansiranja ovakve usluge dogodio se talas propuštanja zakazanih pregleda i odlaganja intervencija po manju ili veću štetu korisnika koji su ostali uskraćeni pružene zdravstvene zaštite, dok se korisnici nisu osnažili da koriste usluge javnog gradskog prevoza, ili dok se opet nije desilo preuzimanje organizacije prevoza od strane druge organizacije.<sup>39</sup>

### Razmena informacija

Bez adekvatnih i pravovermenih informacija i njihove razmene zdravstvena zaštita migrantske populacije je u velikoj meri oslabljena, odnosno planiranje i strateško upravljanje zdravstvenom zaštitom se dovodi u pitanje.

Naime, sredinom 2015. kao reakcija na migrantsku kriznu situaciju u kojoj se Srbija našla, Institut za javno zdravlje Srbije 'Dr Milan Jovanović Batut' uspostavio je mehanizam razmene, pohranjivanja i analize informacija o pruženoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, opštem zdravstvenom stanju migrantske populacije, njihovim potrebama kao i o higijenskom sanitarnom stanju objekta u kojima su smešteni migranti. Taj mehanizam je uspostavljen u formi integrisanog informacionog sistema.<sup>40</sup> Kako su naši sagovornici istakli, taj sistem se temelji na uspostavljenom mehanizmu izveštavanja koji podrazumeva da svaki činilac koji je učestvovao u pružanju zdravstvene zaštite počevši od primarnog nivoa zaštite '(...) je u obavezi da na nedeljnom nivou izveštava teritorijalno nadležan regionalni zavod za javno zdravlje, o pruženoj zdravstvenoj zaštiti, sa jedne strane a sa druge strane o higijensko sanitarnom stanju u objektu u kojem se nalaze migranti' (intervju, Institut za javno zdravlje). Ovi izveštaji se dostavljaju Institutu za javno zdravlje, dok Institut dostavlja izveštaje Ministarstvu zdravlja, Sektoru za javno zdravlje, koji koordinira proces razmene informacija na nacionalnom nivou.

Takođe, važan segment u sistemu razmene i pohranjivanja podataka jeste efikasna sektorska i međusektorska saradnja i razmena informacija. To se naročito ogleda u međusektorskim oblastima kao što je pružanje psiho-socijalne zaštite koja podrazumeva blisku saradnju institucija socijalne i zdravstvene zaštite, uključujući i aktere organizacija civilnog društva koji pružaju psiho-socijalnu i zdravstvenu podršku ovoj populaciji. Ova koordinacija procesa razmene informacija se dodatno uspostavlja organizovanjem mesečnih sastanaka svih predstavnika u sistemu pružanja zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou uključujući i pojedine predstavnike organizacija civilnog društva, sa svrhom ocenjivanja kapaciteta, potreba, izazova i planiranja aktivnosti u ovom sistemu. Ovaj proces vodi Sektor za javno zdravlje Ministarstva zdravlja. Ta razmena i saradnja, kako ističu naši sagovornici postoji, ali je još uvek u početnim fazama razvoja. U ovom segmentu uloga zdravstva je da obezbedi informacije o mentalnom zdravlju korisnika azilnih centara, pohrani i analizira dobijene podatke kao i da učestvuje u razmeni informacija sa relevantnim akterima o psiho-socijalnom statusu migrantske populacije.

38. APC/CZA interna dokumentacija

39. APC/CZA terenska praksa

40. Intervju, Institut za javno zdravlje



Ova koordinacija procesa razmene informacija se dodatno uspostavlja organizovanjem mesečnih sastanaka svih predstavnika u sistemu pružanja zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou uključujući i pojedine predstavnike organizacija civilnog društva, sa svrhom ocenjivanja kapaciteta, potreba, izazova i planiranja aktivnosti u ovom sistemu. Ovaj proces vodi Sektor za javno zdravlje Ministarstva zdravlja. Ta razmena i saradnja, kako ističu naši sagovornici postoji, ali je još uvek u početnim fazama razvoja. U ovom segmentu uloga zdravstva je da obezbedi informacije o mentalnom zdravlju korisnika azilnih centara, pohrani i analizira dobijene podatke kao i da učestvuje u razmeni informacija sa relevantnim akterima o psiho-socijalnom statusu migrantske populacije.

S obzirom da se veliki deo informacija i proces planiranja deli i odvija na koordinacionim sastancima vezanih za zdravstvenu zaštitu migranata, na kojima učestvuju isključivo predstavnici državnih zdravstvenih institucija i nadležnog ministarstva, kao i predstavnici organizacija koje pružaju zdravstvenu zaštitu, do podele informacija između sektora zdravstvene i sektora psiho-socijalne zaštite zapravo ne dolazi jer sastancima ne prisustvuju svi relevantni akteri u oblasti pružanja psiho-socijalne zaštite migrantima, za koju je već istaknuto da može biti tesno povezana sa zdravstvenom zaštitom i potrebama migranata. Takođe, uopšte ne postoji jasan i transparentan mehanizam razmene informacija, koji bi doveo do bolje saradnje i zbrinjavanja migranata kojima je potrebna holistička podrška.

Sa druge strane, efikasnost razmene informacija i njihova koordinacija zavisi od stepena razvijenosti neformalnih kanala komunikacije pre svega na lokalnom nivou. Postojanje i održavanje neformalnih kanala upravo i govori u prilog nerazvijenost navedenog mehanizma deljenja informacija i saradnje, što sa sobom nosi ozbiljne rizike kao što je proizvoljnost – da li će se informacije podeliti ili ne, sa kim će se podeliti šta je čija odgovornost, kome se izveštava o preduzetim koracima i rezultatima; izostanak komunikacije, zloupotreba informacija, izostanak nadzora i kontrole postupanja.

Informisanje o zdravstvenom stanju migranata je važno i za domicilno stanovništvo kako ne bi došlo do formiranja predrasuda i diskriminativnih praksi u lokalnoj zajednici. Ovo je posebno važno kada se govori o ključnim osobama u zajednici poput predstavnika lokalnih samouprava, direktora škola, domova zdravlja, kulturnih centara, itd., čije poruke i stav značajno mogu uticati na formiranje stava zajednice prema migrantima. Ipak, rezultati istraživanja pokazuju da je informisanje domicilnog stanovništva o zdravstvenom stanju migranata kao i o merama koje se preduzimaju u domenu sprečavanja određenih rizika po javno zdravlje koji su se javili u pojedinim lokalnim zajednicama (epidemija belih vaši na primer) nedovoljno razvijeno, pa i zanemareno, gde smo svedoci toga da nadležne institucije poput Komesarijata za izbeglice i migracije, kao i same zdravstvene ustanove ne prepoznaju značaj ovog postupka. Kao posledica uspostavljanja kanala komunikacije ka stanovnicima lokalne zajednice, koji nije uspostavljen na nacionalnom nivou, već se bazira na naporima i kapacitetima civilnog društva, često dolazi do formiranja različitih predrasuda o rizicima koje migrantska populacija donosi u lokalnu sredinu što se odražava na procese integracije ove populacije.

### **Stav aktera sistema zdravstvene zaštite prema migrantima i tražiocima azila**

Poslednji, ali ne i najmanje važan faktor koji utiče na integraciju migranata u zdravstveni sistem predstavlja generalni stav, tj. filozofija prema migrantima i tražiocima azila. Ovaj faktor prožima sve aspekte zdravstvene zaštite i može ozbiljno da ograničava uživanje prava koja su ovoj populaciji zagantovana. Primetno je da je sve teže izraziti nameru za azil i ući u sistem, osoblje centara postaje sve grublje i agresivnije, a uslovi u kojima ljudi borave su sve teži i da se ovakvo stanje održava potenciranjem ideje od strane aktera u azilnom sistemu da ljudi ne žele da ostanu u Srbiji i da će u nekom trenutku otići iz naše zemlje. Sa druge strane realnost nam govori da ljudi ostaju sve duže (u proseku između jedne i dve godine), da su uslovi u kojima borave sve teži, da je njihovo iskustvo preplavljeno različitim vrstama i nivoima nasilja i da se količina i kompleksnost njihovih problema usložnjava. Sve to utiče i na zdravstvene potrebe – hronični bolesnici se suočavaju sa pogoršanjem svojih bolesti, a zdravi se razboljevaju i u teškim uslovima u kojima se nalaze otežano prevazilaze svoje probleme. Međutim, zauzimanje gorepomenutog stava od strane medicinskog osoblja dovodi do uskraćivanja kontinuirane i kompleksne zdravstvene podrške kakva postoji za domicilno stanovništvo. Samo jedan od primera za to je već spominjani problem imunizacije dece. U prilog tome govori izjava predstavnika Ministarstva zdravlja: 'Najveći problem su starija deca i to zbog revakcinacije-nakon započete vakcinacije dešava se da napuste zemlju što znači da su prvi krugovi vakcinacije (bez revakcinacije) bili uzaludni'.<sup>41</sup> Ovakav stav nadležnih – da je vakcinacija uzaludna ukoliko ljudi odlaze dovodi do uskraćivanja prava na zdravstvenu zaštitu u domenu imunizacije dece migranata. Kako je to prepoznato kao jedna od osnova integracije uopšte, vidimo da se na terenu zapravo radi na štetu tog procesa. Stiče se utisak da se, kada su u pitanju migranti i tražioci azila, ispred interesa korisnika, stavlja korisnost i ekonomičnost tretmana, ali procenjeni u potpuno iskrivljenom kontekstu, zanemarujući da se radi o živim ljudima i da ne postoji garancija da će neko otići a posebno ne kada će otići. Pored direktnog rada sa korisnicima, ovakav stav koči napredak sistema, konstantno vrednujući ad hoc rešenja i ističući rezultate koji su zapravo "gašenje vatre", tj. rešavanje pojedinačnih situacija i slučajeva umesto osnaživanja celokupnog sistema. Izostaje motivacija da se izgradi sistem koji će biti održiv i autonoman u pogledu finansijske i praktične podrške organizacija civilnog sektora, koji će moći da ostvari princip inkluzije, da tražioca azila na senzitivan, profesionalan, stručan i odgovoran način i da time doprinese opštoj integraciji ove populacije u zdravstveni sistem.

---

*Poslednji, ali ne i najmanje važan faktor koji utiče na integraciju migranata u zdravstveni sistem predstavlja generalni stav, tj. filozofija prema migrantima i tražiocima azila. Ovaj faktor prožima sve aspekte zdravstvene zaštite i može ozbiljno da ograničava uživanje prava koja su ovoj populaciji zagantovana.*

---

41. Intervju, Ministarstvo zdravlja

## ZAKLJUČCI

Rizik koji sa sobom nosi opisana organizacija pružanja zdravstvene zaštite migrantima se ogleda u tome što nemaju svi korisnici pristup zdravstvenoj zaštiti, pa će npr. nekima od njih izostati podrška u vidu konkretne zdravstvene asistencije, lekova, prevoza do bolnice i slično, ukoliko na toj lokaciji doktor iz prihvatnog centra ili čak lokalna zdravstvena ustanova nema kapaciteta da tu uslugu pruži, a nijedna od navedenih nevladinih organizacija nije prisutna. Takođe, možemo da pretpostavimo da će u budućnosti doći do trenutka kada će država morati da preuzme funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite u potpunosti na sebe tj. onda kada izostanu strane donacije preko međunarodnih nevladinih organizacija, pa se postavlja pitanje da li će sistem zdravstvene zaštite biti u stanju da to uradi ukoliko se sada obilno oslanja na pomoć međunarodnih i drugih organizacija civilnog društva u smislu finansiranja pojedinih usluga zdravstvene zaštite ili njihovog pružanja.

Pored ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u smislu nesmetanog pristupa zdravstvenim uslugama, proces integracije migrantske populacije u ovaj sistem podrazumeva nekoliko važnih aspekata u domenu razmene, analize i upotrebe informacija. Raspolaganje informacijama o zdravstvenom, kulturnom i društvenom kontekstu porekla migranata, o njihovoj zdravstvenoj istoriji i zdravstvenim navikama predstavlja osnov za usmeravanje pristupa integraciji od strane države i prilagođavanja alata integracije u tom smislu.<sup>42</sup> Pristup i razumevanje informacija o različitim kulturnim i zdravstvenim praksama uvećava sposobnost zdravstvenog sistema da pruži zaštitu pacijentima sa različitim vrednostima, ubeđenjima i ponašanjima, uključujući i usklađivanje usluga prema socijalnim, kulturnim i jezičkim potrebama pacijenata.<sup>43</sup> Osnovni cilj je upotreba informacija za adekvatno pružanje zdravstvene zaštite, prilagođavanje potrebama pacijenata i njihovo trajnu integraciju u zdravstvo.

Takođe, informacije o trenutnom psiho-fizičkom stanju i potrebama migranta i lica koja žele ili su dobila azil, odnosno direktna komunikacija s ovim korisnicima zdravstvenih usluga, kao i status imunizacije (naročito dece) su ključne stavke procesa integracije u zdravstveni sistem.<sup>44</sup> S tim u vezi prevazilaženje jezičke barijere i kulturna medijacija su ključni.<sup>45</sup> S druge strane, ako integraciju posmatramo kao dinamičan, dugoročan i stalan dvosmerni proces uzajamnog prilagođavanja,<sup>46</sup> bitan faktor u procesima integracije u zdravstveni sistem predstavlja dobra informisanost migranata o njihovim pravima i obavezama u sistemu zdravstvene zaštite. Takođe, informisanje domicilnog stanovništva o zdravstvenom stanju i zaštiti ove populacije i merama koje se preduzimaju u domenu očuvanja celokupnog javnog zdravlja u lokalnoj zajednici, je neophodan element kako celokupne tako i integracije migranata u zdravstveni sistem. Tu je posebno važno upravljanje informacijama i kreiranje funkcionalnih kanala informacija koje se tiču rizika za javno zdravlje lokalne zajednice kao što su pojava zaraznih bolesti ili status imunizacije migranata (naročito dece) koje mogu pospešiti ili pak narušiti procese integracije u lokalnoj zajednici i usmeravati delovanje celokupnog zdravstvenog sistema.<sup>47</sup> Danas vidimo da je na ovom polju vrlo malo urađeno. Pre svega u praksi se teži tome da migranti budu odvojeni od lokalne zajednice što je više moguće, pa tako i po pitanju zdravstvene zaštite – u prihvatnim centrima se formiraju ambulante sa lekarima opšte prakse, što dovodi do toga da migranti nekad budu odbijeni od strane lekara opšte prakse u lokalnom domu zdravlja, u nekim mestima postoje posebni lekari koji rade sa migrantima (od nekoliko specijalista opredeli se jedan koji radi sa migrantima što dovodi do problema kada je taj lekar na odmoru ili bolovanju), ili posebni termini kada migranti mogu da dolaze (par sati u toku dana). Pored navedenog, ogroman problem predstavlja imunizacija dece – iako bi svako dete čija je vakcinalna istorija nepoznata, moralo da se vakciniše ispočetka i time se ono samo, ali i kolektiv u kojem se nalazi, zaštiti. U Srbiji se deca migranti ne vakcinišu, osim u situacijama kada je dete rođeno u Srbiji (pa se proces imunizacije može ispratiti od početka).<sup>48</sup> Čak i kada roditelji imaju dokaz o imunizaciji iz neke druge zemlje, nastavak vakcinacije im nije omogućen. Ovakvo postupanje međutim nije utemeljeno na posebnoj odluci Ministarstva zdravlja, niti nedostatku prava tražilaca azila i migranata na imunizaciju, već na usmenoj preporuci donešenoj na jednom od koordinacionih sastanaka vezanih za pružanje zdravstvene zaštite migrantima. Na terenu vidimo da se lekari pedijatri uglavnom pridržavaju ovakve preporuke, uz prisutne izuzetke kada ili nisu upoznati sa preporukom ili kada interes deteta stavljaju iznad iste preporuke, pa izvrše imunizaciju.<sup>49</sup>

Pitanje *outsource*-vanja usluga zdravstvene zaštite van domova zdravlja i zdravstvenih centara u okvirima kampova sa kojom se intenzivno započelo u 2017. godini, te projektno finansiranje konkretnih usluga zdravstvene zaštite od strane pojedinih donatora i međunarodnih i lokalnih organizacija, dovodi u pitanje održivo funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite, pogotovo u kontekstu obaveznog pružanja zdravstvene zaštite od strane države i zakonskih normi koje ne korespondiraju sa novom praksom već jasno potvrđuju prava lica koja žele ili su dobila azil da zdravstvenu zaštitu ostvare u državnom sistemu zdravstvene zaštite na način i u obimu istom kao srpski građani.

Na kraju, kvalitetna zdravstvena zaštita i integracija u zdravstvo neizostavan su faktor u celokupnoj integraciji ove populacije. Dobro zdravstveno stanje migranata doprinosi integraciji u ostale društvene segmente, a naročito u sisteme školstva i tržišta rada. Ali i obrnuto, zdravstveni status uslovljen je eliminisanjem jezičkih barijera, pristupu obrazovanju i tržištu rada, adekvatnim uslovima stanovanja i ostvarenom interakcijom sa domicilnim stanovništvom.<sup>50</sup>

42. Sinai, R., Binhas, A., i Rockof, Y., *Alatke za rad za integraciju imigranata u Srbiji*, Beograd: IOM, 2012, Dostupno na: [http://www.kirs.gov.rs/docs/migracije/Alatke\\_za\\_rad\\_za\\_integraciju\\_imigranata\\_u\\_Srbiji.pdf](http://www.kirs.gov.rs/docs/migracije/Alatke_za_rad_za_integraciju_imigranata_u_Srbiji.pdf).

43. Ibid.

44. RACP, *Policy on refugee and asylum seekers health*, Royal Australasian College of Physicians, Sydney: RACP, 2015. Dostupno na: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/policy-on-refugee-and-asylum-seeker-health.pdf?sfvrsn=0>; Sinai et al., op.cit.

45. Ibid.

46. (Sinai et al., op.cit.

47. WHO, *Serbia: assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015, dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1).

48. APC/CZA terenska praksa

49. APC/CZA terenska praksa

50. RACP, op.cit.

Posebno je bitno da se prepozna i razume veza između adekvatne i efikasne zdravstvene zaštite migranata, tražilaca azila, lica koja su dobila azil i opšteg zdravstvenog stanja i dobrobiti lokalnih građana i zaštite javnog zdravlja u lokalnim sredinama gde se migranti nalaze bilo u centrima za prihvatanje bilo van njih. Posebno u kontekstu pojave i širenja zaraznih bolesti u zemlji, kakav je slučaj i pojava epidemije malih boginja krajem 2017 godine.<sup>51</sup>

## PREPORUKE

Preporuke u nastavku proizilaze iz nalaza predstavljenih u ovom dokumentu i odnose se na kreatore politika u oblasti zdravstva i razmene informacija, aktere u pružanju usluga zdravstvene zaštite, zavode za javno zdravlje i organizacije civilnog društva.

- Potrebno je **privrženije sprovođenje odredbi postojećih propisa i relevantnih zakona**, imajući u vidu najbolji interes korisnika. Time se sistem ojačava i uniformiše i smanjuje se rizik od uskraćivanja prava na zdravstvenu zaštitu migrantima, licima koja žele ili su dobila azil.
- Potrebno je **jasno definisati skup usluga, sistem upućivanja i praćenja, odgovornosti svakog od aktera**, kako bi se ujednačio kvalitet zdravstvene zaštite bez obzira na mesto boravka migranata i tražioca azila. To bi trebalo usvojiti na nacionalnom nivou, u vidu standarda i mehanizama saradnje i upućivanja, a zatim obučiti pružaoce usluga na lokalnom nivou kroz set treninga u koje treba uključiti sve relevantne aktere.
- Potrebno je **ojačati tehničke i finansijske kapacitete postojećeg zdravstvenog sistema**, umesto oslanjanja na podršku organizacija civilnog sektora. Analizirati činjenice, predviđati konstante i moguće promene i planirati funkcionisanje sistema, posebno u aspektu njegovog finansiranja, kako bi se izbeglo pribegavanje *ad hoc* rešenjima. Potrebno je kontinuirano korišćenje integrisanog informacionog sistema kao alata za navedeno **planiranje i osnaživanje kapaciteta**. Osnaživanje ovog sredstva razmene i prikupljanja informacija zahteva  **dodatna materijalna ulaganja** koja treba planirati kako u budžetu Instituta za javno zdravlje Republike Srbije, Ministarstva zdravlja, tako i projektima koji mogu biti realizovani kroz saradnju sa međunarodnim organizacijama.
- Potrebno je **planirati i obezbediti finansije za dodatne troškove poput angažovanja prevodioca** koji će biti dostupni zdravstvenim ustanovama i koji će biti obučeni za rad u specifičnom (zdravstvenom) kontekstu. Tom prilikom vrlo je važno pažljivo sprovesti selekciju, obuku od strane aktera sa višegodišnjim relevantnim iskustvom i jasno definisati ulogu prevodioca u sistemu, posebno u kontekstu nadležnosti i odgovornosti.
- Potrebno je **obučiti i osnažiti medicinsko osoblje za rad sa ovom populacijom**, posebno u polju kulturoloških, društvenih, religijskih, običajnih razlika, smernica i procedura za postupanje, kako bi se korisnicima pružila najbolja moguća usluga.
- Potrebno je unaprediti sistem razmene informacija kroz **redizajniranje evidencionih obrazaca** kojima se prikupljaju primarni podaci o zdravstvenom statusu migranata, njihovim potrebama, i pruženim uslugama koji se **pohranjuju u integrisani informacioni sistem** koji je u razvoju. Takođe, kroz **međunarodnu saradnju i istraživačke projekte**, potrebno je izdvojiti primere dobre prakse u dizajniranju evidencionih obrazaca i drugih alata koji mogu unaprediti sadržaj celokupnog informacionog sistema. S tim u vezi potrebna je analiza dobrih praksi u kontekstima koji imaju slične karakteristike u odnosu na srpski kontekst zdravstva i razmene informacija.
- Pored toga, sistem razmene i pohranjivanja informacija traži stalna prilagođavanja konkretnim situacijama na terenu, zatim karakteristikama populacije kojoj se pruža zaštita i neposredan uvid u prakse u oblastima koje su posredno u vezi sa zdravstvenim stanjem ove populacije kao što su uslovi stanovanja, pristup obrazovanju i socijalnoj zaštiti. To zahteva kako **efikasnu sektorsku tako i međusektorsku razmenu informacija**. Potrebno je dakle, ojačati međusektorsku saradnju i razmenu informacija na svim nivoima i relevantnim sektorima, a naročito sa Komeserijatom za izbeglice i migracije, centrima za socijalni rad, školstvom i organizacijama civilnog društva aktivnim u ovoj oblasti. To se može obezbediti kroz **uspostavljanje međusektorske komunikacione strategije** koja pored mesečnih sastajanja uz koordinaciju Ministarstva zdravlja podrazumeva i uvođenje dodatnih procedura i dinamike razmene informacija kako u kriznim tako i u redovnim situacijama koje će osigurati konzistentnu, pravovremenu i kanalisanu međusektorsku i sektorsku komunikaciju, uključujući i komunikaciju sa civilnim društvom. Pored toga, važno je uključivanje svih relevantnih aktera u mehanizme međusektorske razmene informacija.
- **Unaprđivanje informisanja migranata i lica koja žele ili su dobila azil** o pravima i obavezama iz sistema zdravstvene zaštite.
- Uočava se potreba i za **planiranjem i realizacijom kulturne medijacije** kako bi se pospešila integracija u zdravstveni sistem. Ova praksa se može razviti i kroz uspostavljanje timova u azilnim centrima koji mogu pružati korisnicima savete u vezi sa zdravljem i podršku o načinima očuvanja individualnog i javnog zdravlja.
- Potrebno je definisati **komunikacionu strategiju u vezi sa javnim zdravljem i migracijama** koja će doprineti boljoj komunikaciji i razmeni informacija sa domicilnim stanovništvom u lokalnim zajednicama gde su smešteni migranti. Ovakva strategija treba da uključi i protokole razmene informacija u slučajevima pojave rizika po javno zdravlje kao što su epidemije i doprinese eliminisanju predrasuda, strahova za bezbednost zajednice i samim tim pozitivno utiče na integraciju u lokalnoj zajednici.
- Potrebno je **kontinuirano i neumorno raditi na podizanju svesti o potrebama, problemima, poziciji, pravima i obavezama tražioca azila i migranata** široj ali i stručnoj javnosti, kroz medije i kampanje, stručne skupove, sastanke, akcije usmerene na uspostavljanje dijaloga između lokalnog stanovništva i tražioca azila i migranata.

51. Insitut za javno zdravlje Batut je objavio da su od 09. oktobra 2017. na snazi pooštrene mere epidemiološkog nadzora nad malim boginjama na teritoriji cele Republike u skladu sa Planom aktivnosti za odstranjivanje ove bolesti u Republici Srbiji. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1629>

## Izvori:

RACP (2015), *Policy on refugee and asylum seekers health*, Royal Australasian College of Physicians, Sydney: RACP. Dostupno na: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/policy-on-refugee-and-asylum-seeker-health.pdf?sfvrsn=0>.

Sinai, R., Binhas, A., i Rockoff, Y. (2012), *Alatke za rad za integraciju imigranata u Srbiji*, Beograd: IOM. Dostupno na: [http://www.kirs.gov.rs/docs/migracije/Alatke\\_za\\_rad\\_za\\_integraciju\\_imigranata\\_u\\_Srbiji.pdf](http://www.kirs.gov.rs/docs/migracije/Alatke_za_rad_za_integraciju_imigranata_u_Srbiji.pdf).

Službeni glasnik Republike Srbije (2007), *Zakon o azilu*, Službeni glasnik RS br. 109/2007.

Službeni glasnik Republike Srbije (2008a), *Pravilnik o zdravstvenim pregledima lica koja traže azil prilikom prijema u centar za azil*, Službeni glasnik RS br. 93/2008.

Službeni glasnik Republike Srbije (2008b), *Zakon o strancima*, Službeni glasnik RS br. 97/2008.

Službeni glasnik Republike Srbije (2012), *Zakon o upravljanju migracijama*, Službeni glasnik RS br. 107/2012.

Službeni glasnik Republike Srbije (2015), *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Službeni glasnik RS br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.

Službeni glasnik Republike Srbije (2016), *Zakon o javnom zdravlju*, Službeni glasnik RS br. 15/2016.

Udruženje informatičara u zdravstvu Srbije (2014), *Integrirani zdravstveni informacijski sistem: situaciona analiza sa preporukama*, Beograd: Udruženje informatičara u zdravstvu Srbije. Dostupno na: <http://www.kombeg.org.rs/Slike/UdrInformatike/2015/Analiza%20ZIS%20-%20maj%202014.pdf>.

UNHCR (2017a), *Azil*, UNHCR: Beograd. Dostupno na: <http://www.unhcr.rs/dokumenti/statistike/azil.html>

UNHCR (2017b), *Regionalni plan za reagovanje na izbegličku i migrantsku krizu za Evropu*, Beograd: UNHCR. Dostupno na: <http://www.unhcr.rs/media/docs/2017/januar/RMRPSerbiaSRP.pdf>.

UNHCR (2017c), *UNHCR Serbia Update: 11-17 September 2017*, Beograd: UNHCR. Dostupno na: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/59073>

UNHCR (2017d), *UNHCR Serbia Update: 18-24 September 2017*, Beograd: UNHCR. Dostupno na: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60054>.

WHO (2007), *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Geneva: WHO Press.

WHO (2015), *Serbia: assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1).

WHO (2016), *Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum seekers and migrants*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dostupno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1).

RTS (2017), Đurović: Kakva je zdravstvena nega migranata u Srbiji. Dostupno na: <http://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/drustvo/2628024/kakva-je-zdravstvena-nega-migranata-u-srbiji.html>



The European Union is made up of 28 Member States who have decided to gradually link together their know-how, resources and destinies. Together, during a period of enlargement of 50 years, they have built a zone of stability, democracy and sustainable development whilst maintaining cultural diversity, tolerance and individual freedoms. The European Union is committed to sharing its achievements and its values with countries and peoples beyond its borders. The European Commission is the EU's executive body.

Delegacija Evropske unije u Srbiji - <http://europa.rs/>  
 EuropeAid Cooperation Office - [https://ec.europa.eu/europeaid/index\\_en.htm](https://ec.europa.eu/europeaid/index_en.htm)  
 Civil Society Facility Programme 2015  
<https://webgate.ec.europa.eu/europeaid/online-services/index.cfm?ADSSChck=1472572570252&do=publi.detPUB&nbPubliList=15&page=1&orderby=upd&se>

## Partners in the project

Centar za zaštitu i pomoć tražiocima azila APC/CZA - <http://azilsrbija.rs/>  
<http://apc-cza.org>  
 BETA novinska agencija - <https://beta.rs/>  
 Centar za istraživanje javnih politika - <http://www.publicpolicy.rs/>

ASYLUM PROTECTION CENTER /  
 CETAR ZA ZAŠTITU I POMOĆ TRAŽIOCIIMA AZILA  
 Belgrade Address: Mišarska 16, 11118 Belgrade

Regional Migrant/Asylum Info Centres:  
 Gavrića Principa 13, 11000 Belgrade, Serbia  
 Braće Radić 3, 24000 Subotica, Serbia  
 Vase Smajevića 11, 17523 Preševo, Serbia

Tel/Fax:  
 +381 63 70 47 090; +381 11 323 30 70;  
 +381 11 407 94 65; +381 69 267 0503; +381 63 704 7080

Email: [sediste@apc-cza.org](mailto:sediste@apc-cza.org); [rados.djurovic@apc-cza.org](mailto:rados.djurovic@apc-cza.org)  
 Website: [www.apc-cza.org](http://www.apc-cza.org); [www.azilsrbija.rs](http://www.azilsrbija.rs)

Facebook: [www.facebook.com/AziliUSrbiji](http://www.facebook.com/AziliUSrbiji)  
 Twitter: [www.twitter.com/APC\\_CZA](http://www.twitter.com/APC_CZA)

Smartphone Application  
 Asylum in Serbia:

Available to download from Android  
 or Windows Apps Store  
 to your smartphone device



Projekat „LOVE Pravo, Red, Vrednosti za migrante/azilante/osobe kojima je odobren azil, u ostvarivanju svojih prava bez diskriminacije“ finansira Evropska unija, a sprovodi Centar za zaštitu i pomoć tražiocima azila APC/CZA i partneri - BETA novinska agencija i Centar za istraživanje javnih politika. Stavovi izneti u ovom dokumentu i tokom realizacije projekta ne izražavaju nužno stavove Evropske unije.