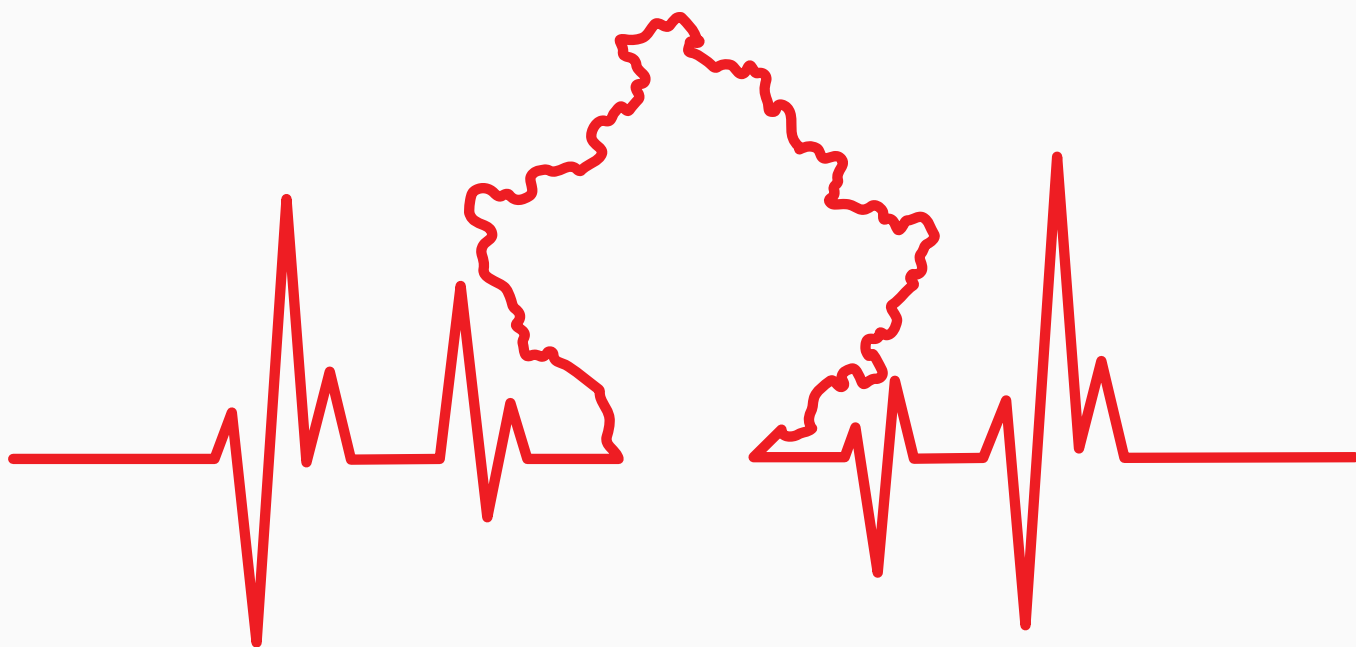




Mreža Žena Kosova

Podržava, zaštiti i promovise prava i interese žena i devojaka

Pristup zdravstvenoj zaštiti na Kosovu



Pristup zdravstvenoj zaštiti na Kosovu

Nikol Farnzvort, dr Katja Gebels i Rina Ajeti za Mrežu Žena Kosova

Priština, Kosovo

2016.

© Mreža Žena Kosova, 2016

Autori: Nikol Farnzvort, dr Katja Gebels i Rina Ajeti za Mrežu Žena Kosova

Prevod: Marija Perović

ISBN 978-9951-737-08-1

Štampa: NGB GRAFOPRINT

Ovaj izveštaj su podržali Mreža Žena Kosova putem samofinansiranja, Fond Ujedinjenih nacija za stanovništvo (UNFPA), Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP), Volonteri UN-a (UNV), Dartmut koledž i Svetska zdravstvena organizacija. Prikazani stavovi predstavljaju mišljenja autora i nužno se ne poklapaju sa stavovima UNFPA-a, SZO-a, UNDP-a, UNV-a ili Dartmut koledža.

Sadržaj

Akronimi.....	5
Zahvalnica.....	4
Pregled sadržaja.....	5
Uvod.....	6
Metodologija.....	7
O ovom izveštaju.....	8
Pravni okvir o zdravstvenoj zaštiti.....	9
Zakon Evropske unije.....	9
Zakon primenljiv na Kosovu.....	10
Zakon o Zdravstvenom Osiguranju na Kosovu.....	13
Upravljanje podacima o zdravstvu.....	15
Financiranje zdravstvenog sistema.....	16
Zaključak.....	17
Abortus.....	14
Krivični postupci u vezi sa zdravstvenom negom.....	15
Kosovski zdravstveni sistem.....	16
Rukovođenje zdravstvenim podacima.....	18
Finansiranje zdravstvene nege.....	18
Zaključak.....	18
Demografija.....	19
Demografski uzorak.....	20
Status samoprocene zdravlja.....	22
Zaključak.....	26
Korišćenje zdravstvenih usluga.....	27
Rezultati indeksa korišćenja usluga.....	27
Korišćenje usluga po ruralnim ili urbanim prebavilištima.....	28
Korišćenje usluga po etničkoj pripadnosti.....	28
Korišćenje usluga po godištu.....	28
Korišćenje pojedinih zdravstvenih usluga.....	28
Opšti zdravstveni pregledi.....	29
Skrining karcinoma.....	29
Ostale zdravstvene usluge.....	31
Abortus.....	32
Usluge mentalnog zdravlja.....	32
Upotreba lekova.....	33
Rasprava o korišćenju usluga.....	35
Upotreba javne nasuprot upotrebi privatne zdravstvene nege.....	37
Rasprava o javnim i privatnim sektorima.....	38
Zaključak.....	39
Pol i pristup zdravstvenoj nezi.....	41
Ko odlučuje o zdravstvenoj nezi?.....	41
Prvenstvo među članovima porodice o pristupu zdravstvenoj nezi.....	41
Pol i sociokulturološke prepreke pristupu zdravstvenoj nezi.....	42
Zaključak.....	44
Prebivalište i pristup zdravstvenoj zaštiti.....	46
Finansijske prepreke prema prebivalištu.....	46

Geografske prepreke prema prebivalištu	47
Kulturološke prepeke prema prebivalištu	48
Svest prema prebivalištu.....	48
Odnos između pacijenta i davaoca nege prema prebivalištu.....	48
Opazeni kvalitet osoblja prema prebivalištu	48
Zaključak	49
Etnička pripadost i pristup zdravstvenoj zaštiti	50
Finansijske prepreke prema etničkoj pripadnosti.....	50
Geografske prepreke prema etničkoj pripadnosti	50
Kulturološke prepreke prema etničkoj pripadnosti.....	51
Odnos između pacijenta i davaoca nege prema etničkoj pripadnosti.....	51
Opazeni kvalitet radnika u zdravstvu prema etničkoj pripadnosti.....	52
Pristupačnost zdravstvenih usluga prema etničkoj pripadnosti	52
Svest o pravima pacijenata prema etničkoj pripadnosti.....	53
Zaključak	53
Znanje i prava na zdravstvenu negu	54
Prepreke znanju	54
Znanje o uslugama zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja	54
Zloupotrebe prava pacijenata	56
Poverljivost.....	58
Znanje i upotreba mehanizama žalbi	59
Zaključak	60
Preporuke	61
Oblasti za dalje istraživanje.....	61
Teme za podizanje svesti.....	62
Preporučene strategije	62
Apendiks	61
Apendiks 1. Metodologija	64
Apendiks 2. Anketna pitanja	71
Apendiks 3. Vodič za kvalitativni intervju.....	81
Apendiks 4. Pregled detalja o literaturi.....	88
Apendiks 5. Poteškoće i ograničenja	89
Apendiks 6. Ostali zaključci istraživanja.....	91
Literatura	101

Akronimi

KKZ	Kosovski krivični zakonik
CKPB	Centri za kontrolu i prevenciju bolesti (SAD)
CEDAW	Konvencija o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena
EU	Evropska unija
ZIS	Zdravstveni informacioni sistem
ICESC	Međunarodni pakt o ekonomskim, društvenim i kulturnim pravima
KIS	Kosovska inicijativa za stabilnost
IUS	Intrauterinski sistem
ASK	Agencija za statistiku Kosova
KDHS	Istraživanje demografske i društveno-ekonomske situacije i reproduktivnog zdravlja na Kosovu
KAMP	Kosovska agencija za medicinske proizvode
KUB	Kosovska univerzitetska bolnica
MŽK	Mreža Žena Kosova
MCR	Milenijumski ciljevi razvoja
GCPM	Glavni centri za porodičnu medicinu
MICS	Istraživanje višestrukih pokazatelja
MZ	Ministarstvo zdravlja
NVO	Nevladina organizacija
OEBS	Organizacija za evropsku bezbednost i saradnju
OTC	Lekovi koji se izdaju bez recepta
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
POM	Lekovi koji se izdaju na recept
OKO	Opaženi kvalitet osoblja
OPDZU	Odnos između pacijenta i davaoca zdravstvene usluge
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SSP	Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju
UKCK	Univerzitetski klinički centar Kosova
UN	Ujedinjene nacije
UNDP	Program Ujedinjenih nacija za razvoj
UNFPA	Fond Ujedinjenih nacija za stanovništvo
UNICEF	Dečji fond Ujedinjenih nacija
SZO	Svetska zdravstvena organizacija

Zahvalnica

Ovo istraživanje su gotovo u potpunosti omogućili napori volontera koji su se posvetili napretku zdravstvene nege dostupne ljudima na Kosovu. Mreža Žena Kosova (MŽK) iskazuje zahvalnost i priznanje istraživačima koji su posvetili stotine, ako ne i hiljade, sati svoga vremena kako bi omogućili ovo istraživanje: Nikol Farnzvort, Adelina Beriša, Rina Dulja, Rina Ajeti, Jetmira Morina, Rita Nikči, dr Katja Gebels, Natira Hertika, Emili Galina, Ilirijana Banjska, Doruntina Fetahaj, Donjeta Morina, Hana Marku, Leurina Mehmeti, Rinea Mustafa, Antonija Hojdal, Deniz Pupus, Mirjeta Šatri, Nerina Guri, Marigona Keljmendi i Valjdrina Murina. Tim se zahvaljuje izvršnoj direktorki MŽK-a Igbali Rogovi, finansijskoj menadžerki Besi Šehu i programskoj menadžerki Zani Rudi na neprekidnoj podršci.

Ovo istraživanje je omogućilo i partnerstvo sa Rokfeler centrom i Globalnom zdravstvenom inicijativom u okviru Diki centra za međunarodno razumevanje. Istraživački proces i konačni rezultat su umnogome bili uspešni zahvaljujući neprestanoj podršci koju su pružili dr Ronald D. Šaiko, En Sosin i dr Lisa Adams sa Dartmut koledža. Studenti Dartmuta, Apurva Diksit, Megan Mišra, Morgan Sandu i Kristen Delvič su uveliko doprineli kvantitativnoj analizi i nacrtanim delovima izveštaja. Dartmut koledž je takođe obezbedio manju finansijsku podršku u cilju istraživačkih troškova.

Katedra za socijalni rad na Unirzitetu u Prištini, naročito dr Vjolca Krasnići, su takođe podržali istraživanje. Sledeći studenti su volonterski vršili anketiranje građana: Agensa Haljiti, Amjeta Zećiraj, Ediljona Kamberi, Elifije Krasnići i Ljaureta Bekteši. Sledeći popisivači su doprineli ovom istraživanju: Adelina Ćočaj, Adni Kukesi, Ardijana Hetemi, Armend Krasnići, Bajram Iljazi, Bard Ajeti, Bardil Redžepi, Behar Ferizi, Biljana Kuzmanović, Dren Tahiri, Enis Fazliji, Fjola Kastrati, Fljorent Tači, Furkan baruti, Giljtene Osmani, Leutrim Šahini, Lirona Redžepi, Meraj Tikves, Milica Barać, Onur Kovac, Ćendrim Tači, Ramadan Sokoli, Rita Nikči, Saša Stanisavljević, Suzana Fazliji, Tringa Sokoli, Visar Fejza i Zihra Kuksi. Erika Braun je pružila podršku prilikom statističke analize.

Zahvaljujemo se Ministarstvu zdravlja na podršci i podsticanju zdravstvenih institucija da učestvuju u ovom istraživanju i na prihvatanju bilo kakvih sugestija u cilju poboljšanja zdravlja žena i muškaraca na Kosovu. Zdravstveni radnici i ostali ključni izvori širom Kosova su odvojili dragoceno vreme kako bi učestvovali u intervjuima.

MŽK je kroz samofinansiranje podržala troškove nekoliko istraživanja koja su bila ključna za ovaj izveštaj. Istraživačko osoblje MŽK-a je sprovelo sva istraživanja i napisalo ovaj izveštaj u volonterskom kapacitetu, radeći prekovremeno kako bi izveštaj bio moguć. Fond Ujedinjenih nacija za stanovništvo (UNFPA), Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP), Volonteri UN-a i Svetska zdravstvena organizacija (SZO) su takođe podržali troškove istraživanja.

Savetodavna grupa je obezbedila koristan uvid u instrumente istraživanja i konačnu verziju izveštaja: En Sosin sa Dartmut koledža, dr Ronald Šaiko sa Dartmut koledža, dr Lisa Adams sa Dartmut koledža, dr Vjolca Krasnići sa Univerziteta u Prištini, Visare Mujko-Nimani iz UNFPA, dr Skender Silja iz SZO-a, dr Sami Uka iz SZO-a, Sanije Uka iz Kosovske agencije za statistiku, dr Ilir Hodža, Blerim Azizi iz Volontera UN-a, mr Škipe Deda-Gjurgjiali iz UNDP-a, dr Valjbon Krasnići iz Ministarstva zdravlja, Edi Gusija iz Agencije za rodnu ravnopravnost pri Kancelariji premijera Republike Kosovo i Mrika Aliu iz Akcije za majke i decu.

Pregled sadržaja

Mreža Žena Kosova (MŽK) je u 2016. godini sarađivala sa Ministarstvom zdravlja, Dartmut koledžom i Univerzitetom u Prištini kako bi se sprovedo prvo sveobuhvatno istraživanje o dostupnosti kvalitetne zdravstvene nege ženama i muškarcima na Kosovu. Istraživanje je, između ostalog, uključivalo anketno ispitivanje 1.309 stanovnika Kosova i intervjue sa 110 zdravstvenih radnika i ključnih aktera. Ovaj izveštaj procenjuje u kolikoj meri građani Kosova koriste javne i privatne zdravstvene usluge; u kolikoj meri im finansijske, geografske, etničke, kulturološke i/ili obrazovne prepreke ometaju pristup zdravstvenoj nezi; i koliko su svesni svojih prava kao pacijenti. Kvalitet nege se ocenjuje kroz odnose između pacijenta i davaoca nege, kroz uvid u kvalitet osoblja i kroz dostupnost medicinskih usluga. U celosti, 81% građana Kosova smatra da je njihov zdravstveni status dobar ili vrlo dobar, mada su žene sklonije tome da svoje zdravstveno stanje ocene lošije nego muškarci; 23% ukazuje na ograničenje u svakodnevnim aktivnostima usled zdravstvenih razloga.

Žene su sklonije korišćenju zdravstvenih usluga od muškaraca. Međutim, upotreba preventivne nege je i dalje niska; 53,5% ispitanika je u toku ankete izjavilo da nikada nije obavilo opštu kontrolu zdravlja. Vrlo mali broj ljudi obavlja skrining testove za detekciju karcinoma. Nizak procenat upotrebe se može dovesti u vezu sa nedovoljnom informisanošću o tome gde tražiti pomoć i za kakvu negu. Samo 35,3% je upoznato sa činjenicom da Glavni centri porodične medicine pružaju usluge reproduktivnog zdravlja. Nedostatak informacija takođe može biti jedan od glavnih razloga niske upotrebe kontracepcije; samo 20,5% svih ispitanika i 10,9% žena tvrdi da koristi savremena kontraceptivna sredstva. Shodno tome je 11% žena reklo da je za života imalo abortus.

Približno 26% ispitanika je barem jednom u protekloj godini imalo potrebu da konsultuje lekara, a nije to učinilo. Isto tako, 18% njih nije potražilo pomoć stomatologa kada je to bilo potrebno. Glavni razlozi za neodlazak lekaru jesu „odlaganje i čekanje“ da tegoba sama od sebe nestane, kao i novčane prepreke. Finansijske prepreke su problem koji se često pominje u ovom izveštaju. Trenutno ne postoji javno zdravstveno osiguranje. Samo šest procenata kosovskih građana ima privatno osiguranje, kao i znatno manji broj žena iz ruralnih područja. Dok 59,2% ispitanika preferira javne zdravstvene ustanove, uglavnom zbog cena, 32,3% preferira privatne klinike, prvenstveno zbog kvaliteta ponuđene nege. Činjenica da se zdravstveni radnici mogu zaposliti i u privatnom i u javnom sektoru može uticati na kvalitet pružene zdravstvene nege.

Žene i muškarci se suočavaju sa sličnim preprekama kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi, s tim što se žene suočavaju sa više sociokulturoloških prepreka od muškaraca. Za žene iz ruralnih sredina je pristup zdravstvenoj zaštiti ograničen finansijskim poteškoćama, kulturološkim aspektima i odnosima između pacijenta i davalaca nege u većoj meri nego što je to slučaj sa muškarcima ili ženama iz urbanih sredina. Bošnjakinje i Turkinje se suočavaju sa više prepreka nego muškarci koji pripadaju istim zajednicama, naročito u odnosu na Albanke i Albance. Romi, Aškalije, Egipćani i Goranci se suočavaju sa najviše geografskih, finansijskih i kulturoloških prepreka kada je u pitanju pristup zdravstvenoj zaštiti.

Problem koji se iznova i iznova javlja u zdravstvu, jeste da društvena stigma sprečava i muškarce i žene da koriste usluge vezane za mentalno zdravlje. Nedostatak poverenja može biti prepreka koja sprečava pojedine žene i muškarce da potraže zdravstvene usluge, naročito ako se tiču mentalnog zdravlja. Ovo može doprineti praksi samostalnog lečenja. Reklo bi se da je lako dobiti bilo kakav lek bez recepta, što može ugroziti zdravlje pojedinca i društva. Nadalje, gotovo svaki farmaceutski radnik koji je intervjuisan je ukazao na činjenicu da su lekari i farmaceutske kompanije često u dosluhu, iako je to zakonom zabranjeno na Kosovu. Iako ovo istraživanje pruža dokaze o tome da se nazgled povrede prava pacijenata dešaju, takvi prekršaji se retko prijavljuju.

Izveštaj se završava preporukama za dalje istraživanje, podizanje svesti i strategijama.

Uvod

U saglasnosti sa međunarodnim zakonom, Vlada Kosova ima za obavezu da poštuje, štiti i obezbeđuje prava na zdrav život svim ljudima na Kosovu.¹ Ministarstvo zdravlja je razradilo sveobuhvatnu strategiju za zdravstveni sektor, kao i Akcioni plan.² Kosovske institucije su u obavezi da sakupljaju i objavljuju rodno raščlanjene podatke u saglasnosti sa Zakonom o ravnopravnosti polova. Međutim, nadzor zdravstva za sada samo uzima u obzir podatke koji se odnose na učestalost bolesti, morbiditeta i smrtnosti. Iako Kosovo nastoji ka uspostavljanju EU Indeksa rodne ravnopravnosti, nedostaju podaci o ključnim zdravstvenim indikatorima koji čine ovaj indeks.

Prvobitni pregled postojeće literature koja se odnosi na dostupnost zdravstvenih usluga ženama i muškarcima na Kosovu je ukazala na oskudnost informacija. Susedne zemlje poput Hrvatske su identifikovale prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti na koje nailaze žene, poput finansijskih, geografskih (vreme i troškovi putovanja), kao i na duge liste čekanja, naročito u ekonomski nerazvijenijim grupama. Ruralna populacija uglavnom nailazi na više prepreka.³ U drugim zemljama, poput Albanije, Srbije i Makedonije, žene koje pripadaju etničkim manjinama se suočavaju sa dodatnim preprekama poput neformalnih vidova plaćanja i diskriminacije.⁴

Pored nekih studija o korupciji,⁵ dostupnosti majčinske i prenatalne nege,⁶ i o poteškoćama sa kojima se manjine⁷ suočavaju kada im je potrebna zdravstvena usluga, ne postoji istraživanje koje sveobuhvatno ocenjuje dostupnost zdravstvenih usluga i potencijalnih prepreka za muškarce i žene na Kosovu. U međuvremenu je MŽK obavestena o nekoliko slučajeva rodne diskriminacije unutar zdravstvenog sektora, ali učestalost takve diskriminacije nije za sada poznata.

Cilj ovog izveštaja jeste ukazivanje na oskudnost postojećih istraživanja. On se uklapa u Strategiju MŽK-a za 2015-2018⁸, koja u svoje ciljeve ubraja i poboljšanje dostupnosti zdravstvenih usluga ženama kao ljudsko pravo. Ovaj izveštaj doprinosi ovom cilju tako što poboljšava dostupnost rodno raščlanjenih podataka. Ključna pitanja kojima se ovo istraživanje vodilo jesu:

1. Kako žene i muškarci koriste zdravstvene usluge?
2. Kakve finansijske, etničke, kulturološke i/ili obrazovne prepreke postoje za žene i muškarce koji traže zdravstvene usluge?

¹ Za više informacija o pravnom okviru videti sledeće poglavlje.

² Ministarstvo zdravlja, *Strategija zdravstvenog sektora 2010 – 2014*, Priština, 2009; Ministarstvo zdravlja, *Akcioni plan za strategiju zdravstvenog sektora 2011 – 2014*, Priština, 2011.

³ Bagat et al., *Influence of urbanization level and gross domestic product of counties in Croatia on access to health care*, Zagreb, 2008; i Pristas et al., *Health care needs, utilization and barriers in Croatia--regional and urban-rural differences*, Zagreb, 2009.

⁴ Djurovic et al., *The health status of Roma children - A medical or social issue?*, Novi Sad, 2014; Colombini et al., *Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia*, London, 2012; and Janevic et al., *"There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans*, 2011.

⁵ Levizja Fol, *Health Corruption Scan*, Priština, 2016, sa: <http://levizjafol.org/folnew/publications/?lang=en>.

⁶ UNICEF, *Antenatal Care in Kosovo*, Priština, 2009; i UNFPA et al., *Partnership to improve Women's and Children's Health in Kosovo*, Priština, 2012.

⁷ Luta, Xh. and Dræbel, T., *Kosovo-Serbs' experiences of seeking healthcare in a post-conflict and ethnically segregated health system*, Copenhagen, 2013. KOSANA-Solidar Suisse, *Kosovo Roma, Ashkali and Egyptian Access to and Use of Health Care Services*, Priština, 2015.

⁸ MŽK, *Strategija za 2015-2018. god*, Priština: 2014, sa:

http://www.womensnetwork.org/documents/kwn_strategy_2015_2018_srb.pdf.

3. Kako žene i muškarci ocenjuju kvalitet zdravstvenih usluga na Kosovu?
4. Koliko su žene i muškarci svesni svojih prava i potreba na adekvatnu zdravstvenu uslugu?

Napisan uz podršku i saradnju Ministarstva zdravlja na Kosovu, Dartmut koledža, Univerziteta u Prištini, Fonda Ujedinjenih nacija za stanovništvo (UNFPA), Svetske zdravstvene organizacije (SZO), Programa Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP) i Volontera UN-a, ovaj izveštaj se fokusira na ulogu koju pol, prebivalište (urbano/ruralno) i etnička pripadnost igraju prilikom korišćenja zdravstvenih usluga, zatim na kvalitet zdravstvene nege, upotrebu usluga zdravstvene nege i znanje o pravima na zdravstvenu negu na Kosovu.

Metodologija

Ovaj izveštaj se oslanja na više istraživačkih metoda. Najpre, kako bi se osigurao doprinos ovog izveštaja literaturi, i kako bi on bio vodič zainteresovanim stranama na Kosovu, ispitivanje literature je vršeno uz pomoć pretraživanja ključnih termina u bazama podataka poput Pabmeda (engl. *PubMed*) (videti Apendiks 5). MŽK je takođe ispitala sivu literaturu pretraživanjem UN-ovih veb stranica i koristeći Gugl skolar (engl. *Google Scholar*). Istraživanja iz susednih zemalja su uključena u vidu komparacije u regionalnom kontekstu.

Zatim je širom kosovskih domaćinstava sprovedena anketa u periodu od 7. do 16. juna 2016. gde je ispitano 1.309 ispitanika (52% žena i 48% muškaraca) u urbanim (42%) ili ruralnim sredinama (58%) kako bi se stekao uvid u njihova iskustva sa zdravstvenim sistemom. Uzorak predstavlja sve etničke grupe na Kosovu. Ispitanici su birani metodom višestepenog slučajnog uzorkovanja (videti Apendiks 1).

U svrhu analize kvantitativnih podataka kreirano je šest indeksa koristeći ona pitanja iz ankete koja se bave različitim preprekama u pristupu zdravstvenoj zaštiti.⁹ Potom su istraživači, koristeći šest stratifikacija, analizirali prikupljene podatke na osnovu: pola, etničke pripadnosti, godišta, regiona (urbani/ruralni) i nivoa obrazovanja (videti Apendiks 1).¹⁰ Analiza rezultata nije uzimala socioekonomski status u obzir jer je unutar samih podataka istraživanja dolazilo do nepoklapanja.¹¹ Ovaj izveštaj se fokusira na analize pola, etničke pripadnosti i prebivališta, imajući u vidu da one daju najzanimljivije rezultate. Analize na osnovu godina, regiona i nivoa obrazovanja se mogu izložiti na sledeći način:

- Godine se uglavnom nisu dovodile u vezu sa dostupnošću zdravstvene nege.
- Analize regiona su ukazale na nejednakosti. Prištinski region i mitrovačko područje, gde su Srbi većinsko stanovništvo, uglavnom imaju bolje uslove nego ostalih pet regiona. Ove rezultate je, međutim, teško tumačiti bez daljih podataka o bolnicama i davaocima zdravstvenih usluga.
- Postoji pozitivna korelacija između nivoa obrazovanja i pristupa zdravstvenoj zaštiti. Obrazovanije osobe imaju bolji pristup i prijavljuju lečenje u boljim uslovima.

⁹ Videti Apendiks 1 za više informacija o ovim indeksima.

¹⁰ Obrazovanje se merilo godinama školovanja usled promena u trajanju srednjoškolskog obrazovanja na Kosovu. Stoga se period od 0-7 godina školovanja posmatra kao nivo osnovnog obrazovanja, 8-11 kao srednjoškolski, 12-14 kao univerzitetski nivo, i 15+ kao postdiplomski ili viši nivo.

¹¹ Pouzdanost međusobnog usklađivanja jeste mera kojom se utvrđuje da li različita pitanja u upitniku podjednako dobro ocenjuju isti pojam ili ideju. Ispitanici su tokom anketiranja odgovarali na pitanja o individualnoj mesečnoj zaradi i mesečnoj zaradi svog domaćinstva. Oko 54% ispitanika je iznelo da je njihov individualni prihod viši od prihoda celog domaćinstva. Shodno tome su socioekonomski podaci nepouzdati i nisu ušli u analizu.

Ovaj izveštaj koristi nivo značajnosti od 0,05 ($p < 0.05$) i sve predstavljene korelacije se smatraju značajnima na tom nivou. Čitaoci mogu pretpostaviti da „značajan“ uvek označava statističku značajnost. Uglavnom ne postoji značajna razlika između žena i muškaraca tamo gde rodno rašlanjeni podaci nisu dostupni.

I na kraju, MŽK istraživači su putem otvorenih pitanja sproveli intervjue sa 110 zdravstvenih radnika i ključnih izvora kako bi bolje razumeli njihova opažanja i iskustva, i kako bi adekvatno razumeli i uobličili odgovore tokom anketiranja. Ispitani su lekari i medicinske sestre opšte prakse; akušerska, ginekološka, psihijatrijska i kardiološka odeljenja; psiholozi; farmaceuti; donosioci odluka; i predstavnici međunarodnih i nevladinih organizacija (NVO). MŽK je primenila varijabilno uzorkovanje kako bi uključila različite zdravstvene radnike sa različitih nivoa javne i privatne prakse ruralnih i urbanih sredina svih regiona. Čekajući na intervju, neki od istraživača su takođe posmatrali i opšte uslove unutar kancelarije davalaca nege, uključujući opremu, čistoću, period čekanja, poverljivost i interakciju između lekara i pacijenta.

Apendiks 1 – 5 pruža više detalja o metodologiji.

O ovom izveštaju

Ovaj izveštaj počinje kratkim pregledom relevantnog zakonskog okvira, koji prikazuje prava stanovnika Kosova na zdravstvenu negu, kao i uloge i obaveze zdravstvenih institucija. Kraća poglavlja proučavaju kosovski zdravstveni sistem i demografsku strukturu. Izveštaj potom prikazuje nalaze istraživanja. Kada je to adekvatno, nalazi se stavljaju u kontekst sa informacijama iz ispitane literature. Izveštaj se završava oblastima za dalje istraživanje i smernicama. Apendiksi pružaju dalje informacije koje se tiču istraživanja: detaljniji opis metodologije anketiranja, uključujući matrice indeksnih pitanja (Apendiks 1), anketna pitanja (Apendiks 2); vodiče za intervjuisanje zdravstvenih radnika (Apendiks 3); pregled literature (Apendiks 4); poteškoće i ograničenja (Apendiks 5) i ostale nalaze koji nisu u vezi sa fokusom ovog izveštaja, ali su ipak bitni (Apendiks 6).

Pravni okvir o zdravstvenoj zaštiti

U ovom poglavlju je predstavljen pravni okvir koji se odnosi na zdravstvenu negu na Kosovu.¹² Kada se govori o pravu na zdravstvenu negu, većinom se ističe Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (ICESC). Član 12 daje iscrpnu definiciju prava na zdravlje, uvažavajući „pravo svakog lica da uživa najbolje stanje fizičkog i društvenog zdravlja koje može postići“. ICESC ipak nije direktno primenljiv na Kosovu.

Ustav Republike Kosovo direktno primenjuje nekoliko međunarodnih konvencija na Kosovu, uključujući i Konvenciju o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena (CEDAW).¹³ U slučaju zakonskih nesuglasica, CEDAW preovlađuje između ostalog. Prema članu 12 ove Konvencije, države su obavezne da primenjuju mere „radi eliminisanja diskriminacije žena u oblasti zdravstvene zaštite kako bi, na osnovu ravnopravnosti žena i muškaraca, obezbedile dostupnost zdravstvenih usluga, uključujući one koje se odnose na planiranje porodice“. Opšta preporuka br. 24 člana 12 ističe da „dužnost država ugovornica da na osnovu ravnopravnosti muškaraca i žena obezbede jednaku dostupnost službama za zaštitu zdravlja, informacijama i obrazovanju, uključuje i obavezu da se poštuju, štite i ostvaruju prava žena na zdravstvenu zaštitu“.¹⁴ Komitet Konvencije nadalje zahteva da „države ugovornice ne bi trebalo da uskraćuju ženama pristup zdravstvenim službama i klinikama na osnovu toga što žene nemaju odobrenje supruga, partnera, roditelja ili nadležnih vlasti, zato što nisu udate, ili zato što su žene“. Štaviše, države ugovornice imaju obavezu da ženama obezbede usluge neophodne u trudnoći i u periodu nakon porođaja, kao i adekvatnu ishranu tokom trudnoće i dojenja. Ove usluge se moraju pružiti besplatno kada je to potrebno. Nadalje, države bi trebalo da ženama koje žive u ruralnim područjima obezbede pristup odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, što uključuje i usluge informisanja i savetovanja o planiranju porodice.¹⁵

Zakon Evropske unije

Evropska unija (EU) pruža državama članicama veliku autonomiju prilikom regulisanja njihovih zdravstvenih sistema.¹⁶ Međutim, EU zakon takođe ističe opšte principe kojih se države članice moraju pridržavati. Pravni okvir Evropske unije omogućuje pravo na zabranu diskriminacije¹⁷ što obezbeđuje pravnu osnovu za olakšavanje pristupa nediskriminatornoj zdravstvenoj zaštiti. Direktiva 2011/24 o Pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti reguliše pristup bezbednim i kvalitetnim prekograničnim zdravstvenim uslugama. Stoga je ova Direktiva primenljiva samo onda kada građanin/građanka EU traži zdravstvene usluge u jednoj od država članica koja nije matična. Ova Direktiva ima za cilj usaglašavanje zdravstvenih sistema Evropske unije. Direktiva, međutim, ističe da „Države članice zadržavaju odgovornost za obezbeđivanje sigurne, kvalitetne, efikasne i količinski odgovarajuće zdravstvene nege građanima na svojoj teritoriji“.¹⁸ Dok se gorenavedena Direktiva ne bude primenjivala na Kosovu, kosovski zakoni moraju biti kompatibilni sa zakonom Evropske unije, što je jasno istaknuto u Sporazumu o stabilizaciji i pridruživanju (SSP) između Kosova i EU.¹⁹

¹² Autor ovog odeljka je Rina Ajeti za MŽK.

¹³ Ustav Republike Kosova, čl. 22.

¹⁴ UN, CEDAW, Opšta preporuka 24 na Član 12 (Žene i zdravlje).

¹⁵ Generalna skupština UN-a, CEDAW, 1981, čl. 14, para. 2.

¹⁶ Konsolidovana verzija od Ugovora o funkcionisanju Evropske unije, 2009, čl. 168, para. 7 i čl. 152.

¹⁷ Ibid, čl. 10 i čl. 19, i Konsolidovana verzija od Ugovora o Evropskoj uniji, čl. 3.

¹⁸ Direktiva 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Saveta 9. marta 2011. o primenivanju prava pacijenata tokom prekogranične zdravstvene nege, čl. 4.

¹⁹ Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju (SSP) između Kosova i EU.

Zakon primenljiv na Kosovu

Ustav Republike Kosovo ističe da zdravstvena zaštita i socijalna pomoć moraju biti regulisane zakonom.²⁰ Iako ovaj ustavni član sam po sebi ne garantuje pravo na zdravstvenu negu, on jasno zahteva da se zdravstvena zaštita reguliše zakonodavnomlašću. Kao što je i pomenuto, Ustav se takođe poziva na CEDAW, tamo gde je ona direktno primenljiva.

Zakon o zdravstvu je zamenio prethodne zakone koji se odnose na zdravlje, i stupio je na snagu 2013.²¹ Prema članu 1, on ima za cilj „obezbeđenje zakonske osnove za očuvanje i unapređenje zdravlja građana Republike Kosova, putem promovisanja zdravlja i preventivnih aktivnosti, usmerenih na pružanju sveobuhvatnih i kvalitetnih usluga zdravstvene zaštite.” Ovaj zakon reguliše prava i obaveze, osnovne principe zdravstvene nege, sam zdravstveni sistem, aktivnosti zdravstvenih institucija i nadgledanje zdravstvenih usluga. Iako Zakon o zdravstvu navodi nekoliko prava i obaveza građana, treba konsultovati Zakon o pravima i odgovornostima građana u zdravstvu²² kada su u pitanju prava i obaveze pacijenata.

Shodno članu 15 i 16 Zakona o obrazovanju, zdravstveni sistem mora pratiti institucijsku strukturu. Zdravstvena zaštita se mora primeniti na tri nivoa, odnosno primarnom, sekundarnom i tercijarnom. Primarna zdravstvena zaštita igra važnu ulogu unutar ove troslojne strukture jer funkcioniše kao ulaz u zdravstveni sistem. Stoga je implementacija predloženog sistema sa primarnog na sekundarni nivo, i sa sekundarnog na tercijarni, preduslov za sveobuhvatnu zdravstvenu uslugu. Sekundarna zdravstvena zaštita se pruža u opštim i specijalizovanim bolnicama gde pacijenti mogu potražiti usluge specijalista (član 19). U saglasnosti sa članom 20, opštinama je dozvoljeno da organizuju sekundarne zdravstvene usluge pod uslovom da je to od njih tražila Skupština opštine, i ukoliko je to u skladu sa Odredbom Ministarstva zdravlja. Regionalne bolnice koje predstavljaju javne sekundarne zdravstvene institucije, u zajedništvu sa jedinom javnom tercijarnom institucijom, Univerzitetskim kliničkim centrom Kosova (UKCK) u Prištini, sačinjavaju „Bolnicu i Univerzitetski klinički centar Kosova” (član 62).

Kako bi se obezbedilo funkcionisanje ovih troslojnih struktura, zabranjeno je upućivati pacijente iz javne sekundarne ili tercijarne zdravstvene institucije u privatnu zdravstvenu instituciju, ukoliko uput nije klinički označen kao neophodan. Ističe se da se mesto na listi čekanja ne uzima u obzir (član 41). Osoba ima pravo da bude dodata na listu čekanja u slučaju kada lečenje ne

može da se obavi u bilo kojoj drugoj zdravstvenoj instituciji ili kada građanin ne želi da se leči u drugoj instituciji.²³ Iako pacijenti koji čekaju na lečenje u suštini mogu da se leče u privatnim zdravstvenim ustanovama, zakonom je zabranjeno upućivati pacijente iz javnih u privatne ustanove. Svaki vid nagrađivanja zdravstvenog radnika ukoliko uputi pacijenta iz javne u privatnu instituciju je strogo zabranjen. Takođe i Zakon o zdravstvu zabranjuje davaocima nege održavanje profitabilnih odnosa sa farmaceutskom industrijom (član 41). Član 26 kaže da se lekovi koje prepisuju lekar ili stomatolog mogu dobiti samo u prisustvu licenciranog farmaceuta.

Nadalje, Administrativno uputstvo za sprečavanje sukoba interesa u zdravstvenim institucijama ponovo utvrđuje zabranu uputa iz javne zdravstvene institucije u privatnu.²⁴

Obično je zabranjeno upućivati pacijente iz javne sekundarne ili tercijarne zdravstvene institucije u privatnu zdravstvenu instituciju.

²⁰ Ustav Republike Kosovo, 2008, čl. 51.

²¹ Zakon br. 04/L-125 o zdravstvu, 2013, čl. 101.

²² Uredba UNMIK 2004/47 o proglašenju Zakona o pravima i odgovornosti kosovskih stanovnici u zdravstveni sustav, koje je usvojila Skupština Kosovo, 2004.

²³ Ibid, Clan 4, para. 4.8.

²⁴ Administrativno uputstvo 11/2014 o sprečavanju sukoba interesa u zdravstvenim ustanovama.

Međutim, činjenica da Zakon ne brani lekarima da se zapošljavaju i u javnom i privatnom sektoru može dovesti do sukoba interesa.

Zakon o zdravstvu predviđa nekoliko principa za pružanje zdravstvene nege. Sledeći princip „inkluzije i zabrane diskriminacije” je u skladu sa pravom na zabranu diskriminacije što je ustanovljeno pravnim okvirom Evropske unije, i kao takav podrazumeva:

Jednake zdravstvene standarde za sve građane i stanovnike obezbeđujući standarde tokom ispunjavanja zahteva na svim nivoima zdravstvene zaštite, kao i obezbeđivanje zdravstvene zaštite bez diskriminacije u vezi sa polom, nacijom, rasom, bojom kože, jezikom, verom, političkim uverenjima, socijalnim statusom, imovinskim stanjem, stepenom fizičkih i mentalnih sposobnosti, porodičnim statusom i starošću.²⁵

Pored Zakona o zdravstvu, još nekoliko zakona opsežno zadire u prava koja se tiču zdravstvene nege.

Prava pacijenta

Zakon o pravima i odgovornostima građana u zdravstvu prepoznaje prava kosovskih građana, iscrtaava mehanizme za primenjivanje istih i ističe obaveze građana.²⁶ Povrh toga, Administrativno uputstvo Povelje o pravima i obavezama pacijenata nalaže da zdravstvene institucije svih nivoa i zdravstveni radnici moraju poštovati prava pacijenta. U tu svrhu, zdravstvene institucije na svim nivoim su obavezne da istaknu Povelju o pravima pacijenta i Povelju o obavezama pacijenta u čekaonici i/ili sobi.²⁷

Pravo na pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti

Svaki građanin Kosova ima pravo na zdravstvenu zaštitu.²⁸ Zatim, Zakon o pravima i odgovornostima kosovskog stanovništva u zdravstvenom sistemu, član 4 (1) ističe: „Zdravstvena zaštita trebalo bi da bude adekvatna i trajno dostupna svima, bez diskriminacije”. Neprestano dostupna znači da zdravstvena zaštita mora biti dostupna 24 časa. Svaka osoba ima pravo na hitnu zdravstvenu pomoć u cilju sprečavanja trajnih posledica po zdravlje. Isti zakon omogućava određenim grupama građana besplatnu zdravstvenu uslugu. Aktuelni Zakon o zdravstvu (2013) ne sadrži takav spisak. Uprkos tome, sledećim grupama građana je dostupna besplatna usluga u zdravstvenim ustanovama: svim ženama pre i u toku trudnoće, porođaja i porodiljstva je zagarantovano pravo na savetovanje pre začeca, i pravo na postnatalnu i porodiljsku negu;²⁹ članovima uže porodice palih boraca, nestalim osobama i osobama sa invaliditetom koje su se borile u Oslobođilačkoj vojsci Kosova;³⁰ kao i užim članovima porodica civila koji su stradali u ratu (samo se odnosi na primarnu i sekundarnu zdravstvenu negu).³¹

²⁵ Zakon o zdravstvu, čl. 5, para. 1.2.

²⁶ Zakon br. 2004/38 o pravima i odgovornostima građana u zdravstvenoj zaštiti.

²⁷ Administrativno uputstvo 15/2013 Povelja o pravima i obavezama pacijenta.

²⁸ Zakon br. 2004/38 o pravima i odgovornostima građana u zdravstvenoj zaštiti.

²⁹ UNMIK, Uredba 2007/11 o Proglašenju zakona o reproduktivnom zdravlju koji je usvojila Skupština Kosova, 2007, čl. 8. čl. 18 Zakona o zdravstvu ističu da se ove usluge mogu obezbediti na primarnom nivou zdravstvene nege.

³⁰ Zakon br. 04/L-054 o statusu i pravima palih boraca, invalida, veterana, pripadnika Oslobođilačke vojske Kosova, žrtvama seksualnog nasilja za vreme rata, civilnim žrtvama i njihovim porodicama. čl. 8 i 9

³¹ Ibid, čl. 13.

Ostala prava

U toku lečenja, „mora da bude poštovano ljudsko dostojanstvo građana, privatnost, lični integritet i verska ubeđenja.”³² Građani imaju pravo da konsultuju lekara po sopstvenom izboru. Pacijenti imaju pravo da odu iz zdravstvene ustanove, osim u slučaju kada bi odlazak pacijenta ugrozio bezbednost drugih ljudi. Pravo na komunikaciju omogućuje svakom građaninu da održava kontakt sa drugim osobama i da prima posetioce. Pacijenti imaju pravo na informisanje o svemu što se tiče njihovog zdravstvenog stanja i o mogućim tretmanima. Način na koji se informacija pruža mora biti sveobuhvatan za sve građane bez obzira na godine, obrazovanje i stanje svesti. Građani imaju pravo na pristup zdravstvenoj dokumentaciji, uključujući i podatke zdravstvene ustanove koji se tiču njihovog zdravlja.

Građani su slobodni da donose lične odluke koje se tiču njihovog zdravlja, uključujući odluku da li da koriste izvesne usluge zdravstvene ustanove. Građani imaju pravo pristanka na zdravstvenu intervenciju. Ukoliko bi čekanje na pristanak na intervenciju ugrozilo zdravlje građanina, pacijent kao ni njegov zastupnik ne moraju dati pristanak na predloženu intervenciju. Zatim, građani imaju pravo na poverljivost ličnih podataka i informacija koje se odnose na „zdravstveno stanje i lečenje”.

Kosovo poseduje osnovnu listu lekova koja se bazira na preporuci SZO-a i koja ističe vrste lekova koje javne institucije moraju besplatno obezbeđivati.³³ Aktualna ali donekle zastarela lista uključuje osnovne lekove za česta oboljenja za negu bolničkih i vanbolničkih pacijenata, kao i kontraceptivna sredstva.

Pravo na žalbu

Svaki građanin ima pravo na žalbu protiv zdravstvene institucije koja mu obezbeđuje zdravstvenu uslugu u roku od 60 dana nakon incidenta.³⁴ Zdravstvena institucija je u obavezi da istraži žalbu u roku od 10 dana. Građanin ima pravo na žalbu na odluku zdravstvene institucije. Pravo na žalbu ne utiče na pravo građanina da se obrati drugoj instituciji za istragu žalbi, na primer, putem kriminalnog postupka. Pacijent može tražiti odštetu. Takvi zahtevi se ne mogu podneti ukoliko je prošlo godinu dana nakon što je građanin koji traži odštetu primetio povredu svojih prava. Komisija za evaluaciju i kompenzaciju štete nanete građaninu će biti oformljena. Ipak do formiranja pomenute Komisije još nije došlo.³⁵

Obaveze pacijenata

Pacijenti su u obavezi da sarađuju sa zdravstvenim radnicima od trenutka kada je uspostavljena dijagnoza do izvršenja instrukcija koje su dobili od zdravstvenih radnika. Ovo uključuje plaćanje učešća i pružanje dokaza o ličnim podacima. Član 23 Zakona o pravima i obavezama podrazumeva da davalci zdravstvene nege informišu građane koji traže zdravstvene usluge o njihovim pravima na datu uslugu.

³² Zakon o pravima i odgovornostima kosovskih građana u zdravstvenoj zaštiti čl. 6. Ostatak ovog i sledećeg paragrafa se odnosi na članove 5, 8, 7, 9, 19, 10, 12 i 20.

³³ Republika Kosovo, Ministarstvo zdravlja, *Analiza e Prodkteve te Listes Esenciale per Vitin 2013 sipas Vend dhe ABC Indikatoreve* [Analiza proizvoda i Osnovne liste za 2013. po lokaciji i ABC indikatorima], Priština: 2013, sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Lista-Esenciale-sipas-VEN-dhe-ABC-Indikatoreve.pdf>.

³⁴ Zakon o pravima i odgovornostima kosovskih građana u zdravstvenoj zaštiti, čl. 24.

³⁵ Koha.net, *Pacientët e dëmtuar nga gabimet e mjekëve nuk kompensohen*, 19. maj 2015, na: <http://koha.net/?id=1&l=58155>.

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Svi građani i stanovnici Republike Kosovo imaju pravo i obavezu na obavezno zdravstveno osiguranje, kako stoji u članu 6 Zakona o zdravstvenom osiguranju.³⁶ Zdravstveno osiguranje pokriva osnovne zdravstvene usluge u vidu „osnovnog paketa”.³⁷ Građani koji imaju zdravstveno osiguranje imaju pravo na niz usluga koje pružaju primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene institucije. Preduslov za dobijanje ovih usluga jeste da građani i stanovnici plate naknadu, ukoliko nisu izuzeti od plaćanja. Međutim, čak i građani i stanovnici koji nemaju zdravstveno osiguranje mogu imati koristi uz „zagarantovanu zdravstvenu uslugu”, koja će biti pružana nezavisno od statusa zdravstvenog osiguranja. To podrazumeva: hitne zdravstvene usluge; zdravstvene usluge za decu ispod 18 godina; osnovne zdravstvene usluge za trudnice i porodilje; kao i ostale zdravstvene usluge koje utvrđuje Fond za zdravstveno osiguranje. Ove usluge se nude besplatno u okviru osnovnih zdravstvenih usluga na Kosovu.

Zakon oslobađa plaćanja određene grupe građana i automatski ih osigurava. Ove grupe uključuju siromašne porodice kojima je potrebna socijalna pomoć; zatvorenike; osobe koje žive u državnim ustanovama; povratnike, na osnovu bilateralnih sporazuma između Kosova i drugih država, u toku prve godine povratka; ratne invalide, njihove supružnike i decu ispod 18; žrtve trgovine ljudima; trajne stanovnike sa neformalnim mestom boravka dok traje proces registracije; i žrtve nasilja u porodici. Ukoliko se kvalifikuju kao siromašne i podobne za socijalnu pomoć,³⁸ sledeće grupe se takođe oslobađaju plaćanja: ostareli i penzioneri; penzioneri „Trepče”; penzioneri Kosovskog zaštitnog korpusa i Kosovskih bezbednosnih snaga; uži članovi porodice palih boraca; ratni veterani i njihove supruge i deca; bivši politički zatvorenici i njihove supruge i deca; uži članovi porodice civilnih žrtava u ratu; žrtve seksualnog nasilja tokom rata, u saglasnosti sa zakonskom provizijom na snazi; osobe sa invaliditetom; i studenti.³⁹

Zdravstveno osiguranje bi trebalo da se finansira kroz sistem obaveznih naknada za zdravstveno osiguranje gde svaki građanin Kosova uplaćuje određenu sumu svog primanja u Fond za zdravstveno osiguranje.⁴⁰ Jedno istraživanje se detaljno osvrnulo na značaj zdravstvenog osiguranja po stanovništvo.⁴¹ Zbog visoke stope nezaposlenosti i visokog procenta populacije koja radi u neformalnom sektoru gotovo je nemoguće da naknade zaposlenih građana pokriju troškove zdravstvenih usluga za sve građane. Kao moguće rešenje koje bi nadomestilo tu razliku se navodi plaćanje učešća i novih poreza koji se povećavaju, poput poreza na duvan, alcohol i luksuz.⁴² Fond za zdravstveno osiguranje nije počeo sa radom ni u 2016. godini, i pravo na osiguranje još nije sprovedeno.

Sprovođenje Fonda za zdravstveno osiguranje može uticati na upotrebu medikamenata. Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju, osnovne zdravstvene usluge za osiguranike će takođe uključivati upotrebu lekova i potrošnog materijala sa liste koju će ustanoviti Fond za zdravstveno osiguranje. Nadalje, Zakon ističe da se ovi lekovi i materijali mogu refundirati samo ukoliko su prepisani zvaničnim receptom sa hemijskim imenom leka od strane licenciranog lekara i u zastupljenoj zdravstvenoj ustanovi, ili ako su dobijeni u privatnoj ustanovi koju zastupa ovaj

³⁶ Zakon br. 04/L-249 o zdravstvenom osiguranju, 2014. Rečenice koje slede u ovom i sledećem paragrafu se odnose na članove 6 (2), 13, 7, 16 (2), and 11, tim redosledom.

³⁷ Videti Zakon o zdravstvenom osiguranju, čl. 14. Komisija će utvrđivati usluge svake godine.

³⁸ Videti kriterijum koji je uspostavljen u Nacrtu zakona Br. 04/L-096 za izmene i dopune Zakona o šemi socijalne pomoći na Kosovu i Zakon br. 2003/15 o šemi socijalne pomoći na Kosovu.

³⁹ Zakon o zdravstvenom osiguranju, č. 11, para. 3.

⁴⁰ Ibid, čl. 21.

⁴¹ KOSANA-Solidar Suisse, *A Proposal for a Health Insurance Plan How does it affect us?*, Priština, 2012.

⁴² M. Zhara and A. Cucovi, *Public Health Insurance — Case Study: The Current Situation in Kosovo*, 2015.

Fond.⁴³ Ukoliko se zakon bude primenio, ova procedura će obezbediti finansijski podsticaj za pacijente kako bi kupovali lekove uz odgovarajuće recepte.

Zakoni koji regulišu apoteke i farmaceutske proizvode

Kako bi se regulisalo farmaceutsko tržište, obezbedio kvalitet proizvoda i očuvala bezbednost stanovništva, 2014. godine je na snagu stupio Zakon br.04/L-190 o medicinskim proizvodima i medicinskoj opremi.⁴⁴ On reguliše sve proizvode za medicinska i farmaceutska tržišta, od vitamina i bilja do radioaktivnih supstanci. Kosovska agencija za medicinske proizvode (KAMP) je zadužena za kontrolu, dok Farmaceutski inspektorat pod Medicinskim inspektoratom sprovodi inspekcije.⁴⁵

KAMP nadgleda proces licenciranja koji je neophodan za uvoz lekova na Kosovo. Komisija preporučuje i savetuje KAMP pre nego što se izda dozvola za prodaju.⁴⁶ Kad se ova dozvola odobri, KAMP odlučuje da li je za taj lek potreban recept (POM) ili nije (OTC). Zakon naglašava da se medicinski proizvodi koju mogu naneti štetu javnom zdravlju ukoliko se ne koriste adekvatno moraju davati na recept. Dalji uslovi davanja lekova na recept se određuju podzakonskim aktom koji određuje lekove koji će se davati na recept i bez njega.⁴⁷ KAMP je dužan da objavljuje novu listu odobrenih medicinskih sredstava svakog meseca. Spisak svih farmaceutskih sredstava koja su odobrena za prodaju je dostupan.⁴⁸ Prodaja neodobrenih lekova, odnosno lekova koji nisu na toj listi, je zabranjena članom 9.2.

Takođe je neophodna i dozvola od strane KAMP-a kako bi se prodavala farmaceutska sredstva. Svaka apoteka mora imati licencu i licenciranog farmaceuta u toku radnog vremena koji će prodavati medicinska sredstva. Nadalje, član 14.6 tvrdi da apoteka mora kupovati medicinske proizvode i opremu samo od entiteta koji imaju farmaceutsku dozvolu za prodaju.

Odvojeni zakon iz 2007. godine se bavi narkoticima i psihotropnim supstancama⁴⁹ koji uključuju opijate fentanil, morfijum, metadon i trankvilizere poput dijazepama ili tetrazepama. Član 14.1 ovog zakona jasno ističe da je u svrhu kupovine, posedovanja i konzumiranja narkotičnih lekova i psihotropnih supstanci neophodan poseban medicinski recept od strane stručnog lekara, u skladu sa Zakonom o medicinskim proizvodima i medicinskoj opremi. Oba zakona predviđaju kazne za kršenje zakona i podzakonskih akata, od novčanih kazni do zabrane prodajnih ili farmaceutskih aktivnosti.

Abortus

Prema članu 5 Zakona o prekidu trudnoće, svaka trudnica starija od 18 godina ima prava da traži prekid svoje trudnoće. Ovaj oblik abortusa se može izvoditi do desete nedelje trudnoće. Zakon takođe dozvoljava ženama koje su „starije od 16 godina [sic]”⁵⁰ da traže prekid trudnoće uz pristanak roditelja ili staratelja. Tačno značenje termina „starije“ nije definisano. Niti su prava žena mlađih od 16 godina na abortus jasno definisana.

⁴³ Zakon o zdravstvenom osiguranju, čl. 15.

⁴⁴ Zakon br.04/L-190 o medicinskim proizvodima i medicinskoj opremi.

⁴⁵ Ibid čl. 5.

⁴⁶ Ibid čl. 7.

⁴⁷ Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr 01/2010, Recetat në Sistemin Shëndetësor në Republikën e Kosovës.

⁴⁸ Kosovska agencija za lekove, *Registar lekova verzija 3*, 2014, sa:

<https://akppm.com/en/category/publikimet/registri-i-barnave/>.

⁴⁹ Zakon br. 02/L-128 o narkotičnim lekovima, psihotropnim supstancama i prekursorima, sa:

http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/2007_02-L128_en.pdf

⁵⁰ Zakon br. 03/L-110 o prekidu trudnoće, 2009, čl. 5, para. 2.

Porodični lekar ili ginekolog je u obavezi da obavesti i savetuje mlade žene koje dobrovoljno žele abortus barem tri dana pre zahvata. Ukoliko žena i dalje želi abortus, u obavezi je da da pismenu potvrdu. Kada je u pitanju procedura, abortus se može obaviti hirurški ili putem medikamentata, mada trenutno licencirani lek nije dostupan.⁵¹ Nijedan lekar niti ginekolog nije u obavezi da obavlja prekid trudnoće protiv svoje volje, što se naziva „savesnim protivljenjem”.⁵² Zdravstvena institucija je ipak u obavezi da nađe rešenje za ženu koja želi abortus unutar iste ustanove. Lekar je takođe dužan da pruži ženi informacije o uslugama planiranja porodice.⁵³ Nakon 22. nedelje trudnoće, prekid trudnoće se vrši samo u posebnim okolnostima. One uključuju medicinske razloge, poput trudnoće koja predstavlja rizik za majku i njen život ili deformiteta koji utiče na život fetusa; ili trudnoće usled silovanja, incesta ili seksualne eksploatacije. Član 21 ovog Zakona zahteva od svake institucije da podnosi podatke koji se tiču prekida trudnoće.⁵⁴

Krivični postupci u vezi sa zdravstvenom negom

Krivični zakonik Kosova (KZK) kažnjava različite prekršaje koje čine davaoci zdravstvene nege. Lekari i zdravstveni radnici koji primenjuju nepravilne metode lečenja ili ne koriste higijenske mere predostrožnosti dovode do opadanja zdravstvenog stanja pacijenta i iskazuje im se kazna do tri godine zatvora.⁵⁵ Prekršaji koji uzrokuju teška zdravstvena pogoršanja ili smrt podrazumevaju strožu kaznu. Neuspešno pružanje medicinske pomoći osobi kojoj je to potrebno, onda kada je lekar ili medicinski radnik svestan ili bi morao da bude svestan da takav propust može izazvati tešku telesnu povredu i moguću smrt, se kažnjava trogodišnjom zatvorskom kaznom.⁵⁶ Lekar koji odaje poverljive informacije se novčano kažnjava ili mu se izriče zatvorska kazna u trajanju od godinu dana.⁵⁷

⁵¹ Iako se mifepriston nalazi u Registru za 2014. godinu (Kosovska agencija za medicinske proizvode, Registar lekova verzija 3, 2014) a mizoprostol na Osnovnoj listi lekova za 2013. godinu (MoH, Listes Esenciales per Vitin 2013, 2013), MZ je u decembru 2016. potvrdilo da nijedan od ta dva nije registrovan na Kosovu.

⁵² Zakon br. 03/L-110 o prekidu trudnoće, 2009, čl. 13.

⁵³ Ibid, čl. 18.

⁵⁴ Ibid, čl. 21.

⁵⁵ KZK, čl. 260, para. 1.

⁵⁶ KZK, čl. 261, para. 3.

⁵⁷ KZK, čl. 203, para. 1.

Kosovski zdravstveni sistem

Kosovski zdravstveni sistem je u tranziciji. Kosovo je nasledilo takozvanu Semaškovu zdravstvenu strukturu od bivše Jugoslavije, gde se država ponaša kao kupac i kao davalac zdravstvenih usluga. Ovakav sistem je ohrabrio specijalizaciju, što je stvorilo puno neefikasnosti i viškova. Pacijent je imao jako malo udela u odabiru potrebne nege.

Kada je status autonomije Kosova povučen u Beogradu marta 1989, zdravstveni sektor je postao bojište između populacije kosovskih Albanaca i srpske vlade. Vlada je preuzela kontrolu nad kosovskim zdravstvenim sistemom dok je medicinski fakultet Univerziteta u Prištini zatvoren, što je omelo obuku mnogih studenata medicine. Više od 60% zdravstvenih radnika Albanske etničke pripadnosti (približno 2.400 ljudi) je ostavilo svoje poslove jer su se suočavali sa otkazima i diskriminacijom⁵⁸ U tom periodu je veliki broj Albanaca je ostao bez posla i automatski izgubio osiguranje. Tokom 90-ih više od polovine albanske populacije nije imalo pristup zdravstvenom sistemu.

Albanski zdravstveni radnici su uspostavili paralelni zdravstveni sistem primarne nege pod nazivom Društvo Majke Tereze. Ovaj paralelni sistem je vodio 96 klinika širom Kosova, a mnoge su bile u udaljenim delovima. Zdravstveni radnici su radili kao volonteri. Paralelni poreski sistem je obezbeđivao opremu i lekove. Albanski zdravstveni radnici su takođe uspostavili privatne ustanove poput klinika i laboratorija. U tom periodu su studenti medicine i zdravstveni radnici dobijali ograničenu obuku u paralelnim sistemima obrazovanja bez ikakve prakse. Kao rezultat toga je čitava generacija albanskih zdravstvenih radnika imala rupe u znanju i oprečnu dokumentaciju.

Uprkos naporima paralelnog zdravstvenog sistema, zdravlje kosovskog stanovništva je opalo tokom 90-ih. Stope imunizacije su opale; pokrivenost vakcinisanja dece protiv bolesti poput dečje paralize je takođe opala. Učestalost zaraznih bolesti je porasla, i shodno tome se dečja paraliza ponovo javila.

Kosovski zdravstveni sistem je takođe znatno oslabljen decenijom nedostatka investicija u toku 90-ih. Zdravstveni sistem je dalje pretrpeo štetu u toku oružanog sukoba koji je izbio 1998. Približno 90% bolnica i klinika je oštećeno, i gotovo sve privatne klinike kojima su upravljali albanski lekari su uništene.

Nakon rata je postojalo nekoliko međunarodnih projekata koji su finansirali razvoj zdravstvene infrastrukture, fokusirajući se na primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ) i rehabilitaciju zdravstvene infrastrukture. Na ovu rekonstrukciju su snažno uticali prioriteti donatora, koji su čvrsto podržavali primarni zdravstveni model.⁵⁹ Dok se zdravstveni sistem reformisao iz centralizovanog u decentralizovani, nekoliko programa je težilo uspostavljanju postnatalne i majčinske nege na primarnom nivou.⁶⁰ PZZ model je imao ulogu isticanja porodične medicine na primarnom nivou i ponašao se kao čuvar specijalističke zdravstvene zaštite, koja je bila dostupna na sekundarnom i tercijarnom nivou. Ranih 2000-ih, primarna zaštita je decentralizovana, čime su opštine preuzele njihovo upravljanje, dok je sekundarnu i tercijarnu negu kontrolisalo Ministarstvo zdravlja. Ovo je dovelo do nepotpunog nadzora javnih institucija

⁵⁸ Percival and Sondorp, *A case study of health sector reform in Kosovo*, Ottawa, 2010. Sledeći paragraph se bavi predratnim periodom i iz istog je izvora.

⁵⁹ Buwa and Vuori, *Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo*, 2007.

⁶⁰ Homan et al, *Post-conflict transition and sustainability in Kosovo: establishing primary healthcare-based antenatal care*, Dartmouth, 2009; Kollisch et.al, *Improving family medicine in Kosovo with microsystems*, Dartmouth, 2011; i Tahiri et al, *Patients' evaluation of primary health care services in Gjilan region, Kosovo*, Gjilan, 2014.

od strane opština i Ministarstva zdravlja.⁶¹ Iako je do napretka došlo, time su se ipak rodili novi izazovi i unutrašnji problemi koji su po izveštajima ograničili pravilno funkcionisanje novog zdravstvenog sistema.⁶²

Svaka od 38 kosovskih opština sadrži Glavni centar za porodičnu medicinu (GCPM) gde građani imaju pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovi centri moraju imati barem jednog lekara i dve sestre na 2.000 pacijenata u kliničkom području. Primarna zaštita se bavi osnovnim potrebama društva uključujući promovisanje zdravlja i javnih zdravstvenih pitanja, poput sakupljanja podataka, dijagnoza i lečenja koja uključuju i manje hirurške zahvate, hitne službe, reproduktivno zdravlje, i službe za mentalno zdravlje. Broj mentalnih zdravstvenih ustanova je porastao sa sedam u 2000. godini na 28 u 2010. godini.⁶³ Kosovo je 2010. godine imalo devet zdravstvenih institucija za mentalno obolele odrasle osobe, šest bolničkih odeljenja namenjenih odraslima, osam objekata za smeštaj odraslih, zdravstvene ustanove za mentalno obolelu decu i adolescente, dva odeljenja za primarnu negu za decu i adolescente, i dva smeštajna objekta za njih.

Prelaz ka GCPM-u je trebalo da osnaži primarnu negu i smanji oslanjanje na specijaliste kada je u pitanju rutinska zdravstvena zaštita. Dosta je truda uloženo i u obuku porodičnih lekara.⁶⁴ Međutim, Buva i Vuori su 2007. godine ukazali na neuspeh ove reforme usled nedovoljne promene obrazaca ponašanja i stavova kod pacijenata. Primarni model još nije prihvaćen i još uvek nailazi na poteškoće.⁶⁵ Iako je bilo nekog uspeha, poput smanjenja stope smrtnosti kod majke i dece i povećanja životnog veka sa 68 u 2000. godini na 71 u 2014. godini.⁶⁶ Primarna zdravstvena zaštita se malo koristi i ljudi su skloni potražnji specijalističke (sekundarne) nege, na šta ukazuju nalazi ovog istraživanja koje će nadalje biti detaljnije objašnjeno.

Sekundarna zaštita je dostupna u bilo kojoj od sedam regionalnih bolnica. Oblasti u okolini Uroševca, Đakovice, Gnjilana, Peći i Prizrena imaju po jednu bolnicu. Mitrovački region ima dve: jednu u Severnoj Mitrovici i drugu u Vučitrnu. Mitrovački region uključuje sve opštine na severu Kosova, gde boravi većinska populacija srpske manjine. Prema Organizaciji za evropsku bezbednost i saradnju (OEBS) Srbi sa čitavog Kosova takođe koriste tercijarne zdravstvene usluge u bolnici u Severnoj Mitrovici.⁶⁷ Na sekundarnom nivou, usluge mentalne zdravstvene zaštite pružaju odeljenja za psihijatriju u okviru bolnica, centara za mentalno zdravlje „integrišući kuće, centar za integraciju, rehabilitaciju, socijalizaciju hronično psihički obolelih ljudi u Štimlju“. UKCK u Prištini pruža sekundarnu negu u Prištini i tercijarnu negu za celo Kosovo. Sekundarna zaštita je *jedino* moguća u UKCK-u. Dodatne tri institucije se dovode u vezu sa UKCK-om: medicinska škola, univerzitetski klinički centar i odeljenje za kliničke usluge. Javnom sistemu nedostaju rehabilitacioni centri, odnosno tercijarna prevencija kako bi se poboljšalo zdravstveno stanje nakon teškog oboljenja ili nezgode.

Pored javnih zdravstvenih institucija, postoje brojne privatne klinike i bolnice širom Kosova, nudeći specijalizovanu i opštu negu. Zdravstvenom osoblju privatne institucije nude nadoknadu za javni sektor, o čemu ovo istraživanje kasnije raspravlja. Pacijenti imaju pristup privatnoj nezi i mogu direktno preći na specijalističku negu.⁶⁸ O motivaciji prilikom potražnje javne ili privatne zdravstvene nege se govori kasnije, u poglavlje koje se bavi korišćenjem usluga.

⁶¹ Buva and Vuori, 2007.

⁶² Ibid; i Percival i Sondorp, 2010.

⁶³ Epping-Jordan et al, *Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective*, 2015.

⁶⁴ Kollisch et.al, 2011.

⁶⁵ Homan et al, 2009.

⁶⁶ World Bank, Country Data Kosovo, 2016 sa: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>.

⁶⁷ OSCE, *Municipal Profile of Mitrovica North*, 2015, <http://www.osce.org/kosovo/122119?download=true>.

⁶⁸ Buva and Vuori, 2007.

Rukovođenje zdravstvenim podacima

Zdravstvena informaciona strategija i Implementacioni plan su 2010. godine izneli korake neophodne za razvoj i sprovođenje zdravstvenog informacionog sistema (ZIS) kako bi se poboljšao proces donošenja odluka zasnovan na dokazima. On takođe služi i kao osnova za sveobuhvatni registar karcinoma i skrining programa. On bi u skladu sa određenim vremenskim rokovima trebalo da funkcioniše širom Kosova do 2020. godine. Stoga ZIS nije još u potpunoj funkciji.

Šire informacije o trenutnom rukovođenju zdravstvenim podacima je ovaj izveštaj crpeo iz razgovora sa zdravstvenim radnicima. Većinu prikazanih podataka su sakupljale i uređivale medicinske sestre u svojim institucijama ili administrativno osoblje. Podaci su uglavnom zabeleženi napismeno ili elektronski. Neki zdravstveni radnici su pak izjavili da ne poseduju adekvatne kompjuterske veštine ili neophodne softvere za analizu podataka. Neki lekari su izjavili kako su koristili privatne naprave za skladištenje informacija.

Finansiranje zdravstvene nege

Trenutno se javni zdravstveni sistem finansira iz kosovskog budžeta, čineći približno 6,4% ukupnih koju Vlada planira za 2016.⁶⁹ Ovo uključuje približno 3,1% svih troškova za zdravstvo u opštinama i 3,3% za centralni nivo. Planirani troškovi za zdravstvo iznose oko 108 miliona evra. Ova svota pokriva približno 60% svih javnih zdravstvenih troškova. Stoga preostalih 40%, manje-više, zdravstvenih troškova mora biti pokriveno naknadama i direktnim uplatama pacijenata.⁷⁰ Državno zdravstveno osiguranje je dobro za sve građane, ali Fond za zdravstveno osiguranje još nije ustanovljen (videti odeljak o pravnom okviru). Izvesne kompanije nude privatno osiguranje. Međutim, kako dalje istraživanje nalaže, samo šest procenata građana Kosova koristi privatno zdravstveno osiguranje.

Zaključak

Mnogi strukturalni problemi se tiču uspostavljanja kompletno integrisanog zdravstvenog sistema. Tranzicija sa centralizovanog socijalističkog modela koja se trenutno odvija, slabo upravljanje podacima u sistemu i nepostojeći Fond za zdravstveno osiguranje predstavljaju izazov. Upravljanje i odgovornost za ova pitanja u kombinaciji sa ograničenim fondovima i korupcijom sprečavaju funkcionisanje kvalitetne zdravstvene zaštite.⁷¹

⁶⁹ Republika Kosovo, Skupština, Zakon br. 05/L -071 o budžetu Republike Kosovo za 2016, sa: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/05-L-071%20sh.pdf>.

⁷⁰ World Bank, *The World Bank Group in Kosovo – A country snapshot*, 2015, sa: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Kosovo-Snapshot.pdf>.

⁷¹ Bloom et al., *Ethnic segregation in Kosovo's post-war health care system*, Zagreb, 2007; and Levizja Fol, *Health Corruption Scan*, Priština, 2016.

Demografija

Ovo poglavlje sažima demografske podatke o Kosovu i njegovom stranovništvu, poredeći ih sa demografskim uzorkom u anketi. Godine 2011. je približno 63% stanovništva živelo u ruralnim predelima.⁷² Životni vek građana je u 2015. godini na rođenju iznosio približno 71 godinu,⁷³ što je manje od evropskog proseka iz 2014. godine od skoro 81 godine.⁷⁴ Kosovo je mlada zemlja gde prosečna starost građana iznosi 28,7 u 2016. godini (28,3 za muškarce i 29 za žene).⁷⁵ Odnos između polova na rođenju je neravnomerniji nego što je to slučaj u svetu i rađa se 110 dečaka nasuprot 100 devojčica što ukazuje na činjenicu da se dosta devojčica ne rađa uopšte i da je zato moguće prisustvo polno selektivnih abortusa.⁷⁶

Kosovo je multietničko društvo sa većinskom albanskom populacijom koja čini 92% stanovništva. Procenjeno je da četiri procenta populacije čine Srbi, dok dodatna četiri procenta čine ostale etničke zajednice: Romi, Aškalijske, Egipćani, Bošnjaci, Turci i Goranci. Međutim, stanovništvo koji živi na severu Kosova, uglavnom srpske nacionalnosti, nije učestvovalo u kosovskom popisu stanovništva iz 2011. godine. Pojedini Srbi i ostale manjine koje žive na jugu Kosova su takođe bojkotovali popis. Ovo umanjuje preciznost procena o etničkoj pripadnosti populacije.

Populacije Roma, Aškalijske i Egipćana se često grupišu i analiziraju kolektivno iako oni ne preferiraju da budu homogenizovani. Njima nedostaje pristup određenim olakšicama poput socijalne pomoći, naknada na nezaposlenost i školovanja.⁷⁷ Istraživanje pokazuje da su u evropskim zemljama Romi diskriminisani kada su u pitanju društvene i zdravstvene teme.⁷⁸ Kod Roma, Aškalijske i Egipćana na Kosovu je zabeležena veća zastupljenost morbiditeta, naročito kod hroničnih oboljenja.⁷⁹

U toku popisa iz 2011. godine se otprilike 95,6% populacije izjasnilo kao muslimani. Sledeće zastupljene veroispovesti su rimsko-katolička (2,2%), pravoslavna (1,5%), ostale (0,7%) i ateisti (0,7%).⁸⁰

Prema Anketi o radnoj snazi iz 2015. godine, stopa nezaposlenosti je procenjena na 33%, sa visokim ciframa nezaposlenosti; otprilike 58% mladih osoba starih između 15 i 24 godine je nezaposleno. Nezaposlenost je veća među mladim ženama (67%) nego među mladim muškarcima (54%).⁸¹ U toku 2013. godine je 40% stanovništva živelo u siromaštvu, računajući i 10,3% u ekstremnom siromaštvu.⁸²

⁷² ASK, *KDHS, Novembar 2009*, Priština: ASK, 2011.

⁷³ World Bank, *Country Data Kosovo, 2016* sa: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>; životni vek u podacima popisa iz 2011. godine iznosi 76,6 godina.

⁷⁴ "Mortality and life expectancy statistics," Eurostat, *Statistics explained*, preuzeto 28. novembra 2016, sa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics.

⁷⁵ Central Intelligence Agency of the United States of America, "The World Factbook," Terenska lista: prosečna životna dob, Kosovo, procena iz 2016, preuzeto 28. nov. 2016, sa: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/fields/2177.html>.

⁷⁶ Christophe Z. Guilmoto and UNFPA, *Gender Bias in Kosovo*, Priština: UNFPA, 2016.

⁷⁷ KAS and UNICEF, *Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo, Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*, Priština: 2014.

⁷⁸ N. Parekh and T. Rose, *Health Inequalities of the Roma in Europe: A Literature Review*, London: 2011.

⁷⁹ KAS and UNICEF, *MICS, 2014*; Djurovic et al., 2014; KOSANA-Solidar Suisse, *Kosovo Roma, Ashkali and Egyptian Access to and Use of Health Care Services*, Priština: 2015; KOSANA-Solidar Suisse, *Prevalence of Disease in the Roma, Ashkali and Egyptian Communities*, Priština: 2014.

⁸⁰ KAS, *Popis 2011*, 2012.

⁸¹ KAS, *Anketa radne snage 2015*, Priština: 2016.

⁸² UNDP, *Stvarna vrednost socijalne pomoći*, Priština: UNDP, 2014.

Nakon završetka rata, Kosovo je postiglo značajan napredak u nekoliko zdravstvenih indikatora. Nije bilo zabeleženih epidemija prenosivih bolesti i bolesti koje se sprečavaju vakcinama, poput malih boginja. U 2000. godini je perinatalna stopa smrtnosti iznosila 29 smrti u 1.000 rođenja i 2015. godine se smanjila na 12 u 1.000.⁸³ U skladu sa time je stopa smrtnosti iste godine kod novorođenčadi pala na sedam u 1.000.⁸⁴ Čak i pored toga, evropske zemlje i dalje imaju manje stope (koje se kreću od 1, 2 na Islandu do 5,5 u Rumuniji za 2009. godinu).⁸⁵ Tokom 2013, 2014. i 2015. godine Ministarstvu zdravlja nisu bili prijavljeni smrtni slučajevi na porođaju.⁸⁶ Nepotpuno prijavljivanje može biti krivac za to.

Na osnovu Ankete radne snage iz 2015. godine je stopa nezaposlenosti bila oko 33%, sa visokim ciframa nezaposlenosti (~58% mladih 15-24 godina starosti je nezaposleno). Nezaposlenost je bila veća među mlađim ženama (~67%) nego mlađim muškarcima (~54%).⁸⁷

Demografski uzorak

Tabela I prikazuje demografiju uzorka populacije korišćenog u anketi odvajajući ispitanike po rodu, prebivalištu, etničkoj pripadnosti, nivou obrazovanja, religije, oblasti, godinama i bračnom stanju. Kao što je i objašnjeno u dodatku o metodologiji, MŽK je dodatno uzorkovala manjine kako bi se podaci mogli analizirati na osnovu etničke pripadnosti. Podaci su potom mereni na osnovnu demografskih procena za analizu podataka.

Tabela I. Statistika ponderisanog uzorka				
Stratumi	Žene	Muškarci	Ukupno #	Ukupno %
Prebivalište				
Urbano	280	272	552	42.2%
Ruralno	396	361	757	57.8%
Regioni				
Uroševac	65	63	128	9.8%
Đakovica	63	64	127	9.7%
Gnjilane	64	71	135	10.3%
Mitrovica	114	105	219	16.7%
Peć	52	54	106	8.1%
Priština	184	152	336	25.7%
Prizren	134	124	258	19.7%
Etnička pripadnost				
Albanska	470	434	904	69.1%
Srpska	92	103	195	14.9%
Romska, Aškalijska, Egipćanska	48	40	88	6.7%
Bošnjačka	28	27	55	4.2%
Goranska	14	14	28	2.1%
Turska	22	14	36	2.8%
Ostale	2	1	3	0.2%
Starosne grupe				
16-24	148	146	294	22.5%
25-34	152	112	264	20.2%
35-44	130	102	232	17.7%
45-54	121	109	230	17.6%
55-64	84	94	178	13.6%
65+	41	70	111	8.5%

⁸³ MZ, *Izveštaj o perinatalnom stanju na Kosovu*, Priština: MZ, 2016. Perinatalni period se različito definiše. Na Kosovu on podrazumeva mrtvorodenu decu i smrt deteta u prvoj nedelji. U zavisnosti od toga kako se definiše u kojoj zemlji, on počinje u periodu između 20. i 28. gestacijske nedelje i završava se u prvoj ili četvrtoj nedelji nakon rođenja. Zbog ovoga je teško upoređivati stope.

⁸⁴ Smrt u periodu 0 – 28 dana od rođenja.

⁸⁵ European Perinatal Health Report Group, *European Perinatal Health Report - Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010, 2013*.

⁸⁶ MZ, *Izveštaj o perinatalnom stanju na Kosovu*, 2016.

⁸⁷ ASK, Anketa radne snage 2015, 2016.

Religioznost, odnosno do koje mere su ljudi religiozni, se može delom meriti time koliko često ljudi prisustvuju religijskim obredima. Približno 24% stanovnika Kosova tvrdi da prisustvuje religijskim obredima barem jednom mesečno (grafikon 1). U proseku muškarci češće poštuju religijske običaje od žena, pa 34% muškaraca prisustvuje religijskim obredima barem jednom nedeljno u poređenju sa 8,6% žena ($P < 0,001$).⁸⁸

Kada je seksualnost u pitanju, manje od jednog procenta ispitanika tvrdi da je barem jednom imalo seksualni odnos sa osobom istog pola. Tačnije 0,7% žena tvrdi da preferira seksualni odnos sa ženama; manje od jednog procenta muškaraca tvrdi da preferira odnos sa muškarcem; i samo 0,2% žena tvrdi da preferira žene i muškarce. Iako su ispitanici

samouvereno i samostalno uradili ova pitanja, zbog društvenih normi su mogući netačni odgovori kod ovakvih pitanja.⁸⁹ Manji poduzorak homoseksualnih ili biseksualnih ispitanika je onemogućio ispitivanja o uticaju koju seksualnost ima na pristupačnost zdravstvene nege.

Tabela 1. Statistika ponderisanog uzorka (nfastavak)

Stratumi	Žene	Muškarci	Ukupno #	Ukupno %
Religija				
Islam	566	513	1079	82.4%
Katolicizam	13	9	22	1.7%
Pravoslavlje	89	104	193	14.7%
Ateizam/bez religije	2	4	6	0.5%
Agnosticism/nisigurno	3	2	5	0.4%
Radije se ne bi izjašnjavali	3	1	4	0.3%
Bračno stanje				
Neoženjen/neudata	168	188	356	27.2%
Oženjen/udata sa uverenjem	398	373	771	58.9%
Oženjen/udata bez uverenja	55	44	99	7.6%
Kohabitacija	1	0	1	0.1%
Veren/razvedena	24	15	39	3.0%
Razveden/razvedena	4	4	8	0.6%
Udovac/udovica	26	9	35	2.7%
Nivoi obrazovanja				
0-7 godina	113	32	145	11.1%
8-11 godina	223	122	345	26.4%
12-14 godina	215	352	567	43.3%
15+ godina	125	126	251	19.2%
Ne zna	0	1	1	0.1%



⁸⁸ Nije bilo znatne razlike kada su u pitanju urbanog ili ruralnog prebivališta ili nivo obrazovanja.

⁸⁹ K.B. Coffman, L.C. Coffman and K.M. Marzilli Ericson, *The Size of the LGBT Population and the Magnitude of Anti-Gay Sentiment Are Substantially Underestimated*, 2016.

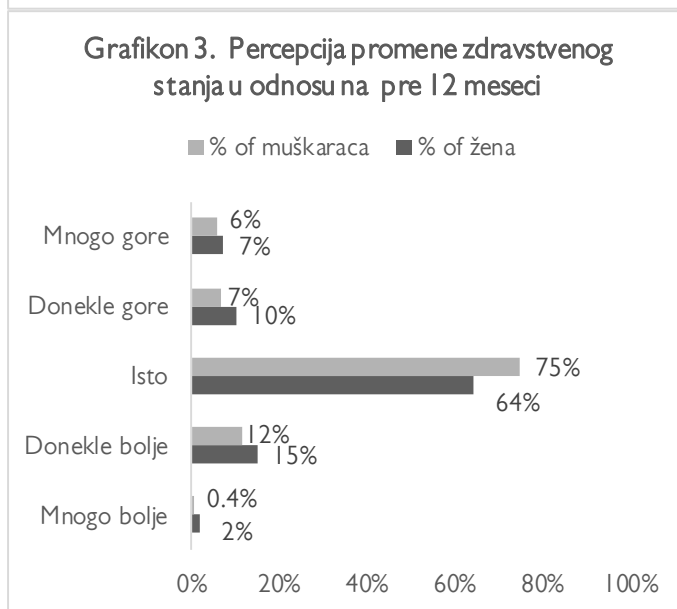
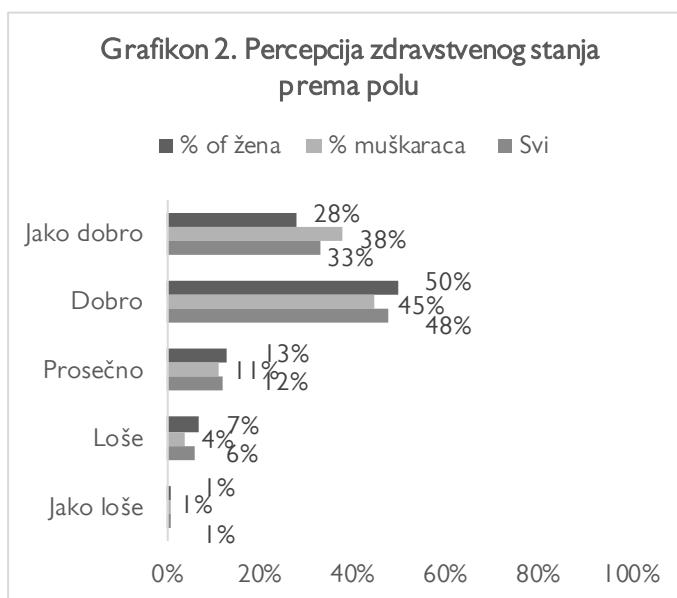
Status samoprocene zdravlja

Iako ovo istraživanje nije ispitivalo konkretno zdravstveno stanje žena i muškaraca na Kosovu, ovo poglavlje ukratko istražuje kako građani Kosova procenjuju sopstveno zdravlje. Eurostat redovlino sakuplja i izveštava informacije koje se tiču samoprocene zdravlja, pa tako ovi podaci čine deo indeksa o rodnoj ravnopravnosti. Pitanja sa Eurostata su korišćena u ovoj anketi, i ona su na taj način omogućila upoređivanja koja se vrše u ovom poglavlju. Nadalje, razumevanje statusa samoprocene zdravlja kosovskih građana može dalje služiti kao koristan kontekst ostatku izveštaja.

U celini je 81% građana Kosova ocenilo svoje zdravlje kao „dobro“ ili „jako dobro“, što je mnogo više od proseka država članica koji iznosi 67%, ali je na primer u istom opsegu kao Švedska.⁹⁰ Međutim, ne treba zaboraviti da je starosna struktura na Kosovu drugačija nego u Švedskoj čija prosečna starost stanovnika iznosi 41,2 godine.⁹¹ Stanovništvo Kosova je mnogo mlađe, i stoga hronična oboljenja ne utiču na zdravlje u tolikoj meri.⁹² Situacija se može promeniti kako populacija stari.

U proseku su žene ocenile svoje zdravstveno stanje kao malo lošije nego što su to muškarci činili (grafikon 2, $p=0,01$).⁹³ Razlika između žena i muškaraca na Kosovu je slična prosečnom rodnom jazu u Evropskoj uniji, i iznosi pet procenata. Starije osobe radije procenjuju svoje zdravstveno stanje kao lošije nego što to čine mlađe osobe ($p<0,001$).

Većina građana Kosova (70%) smatra da je njihovo zdravstveno stanje ostalo isto kao što je bilo pre 12 meseci. Međutim, približno 15% veruje da se popravilo. U poređenju sa muškarcima, žene češće tvrde da se njihovo zdravstveno stanje



⁹⁰ Samo sedam procenata smatra da je njihovo zdravstveno stanje „loše“ ili „jako loše“, što je manje od evropskog proseka koji iznosi 10%.

⁹¹ Central Intelligence Agency of the United States of America, "The World Factbook," Terenska lista: prosečna starost, Švedska, procena iz 2016.godine, preuzeto 28. novembra 2016.

⁹² "Self-perceived health statistics", Eurostat, preuzeto 28. novembra 2016. Predstojeća upoređivanja su takođe dobijena iz ovog izvora.

⁹³ Nije postojala značajna razlika prema opštini ili ruralnoj/urbanoj lokaciji.

pogoršalo ili poboljšalo ($p=0,006$). Mlađi ljudi češće smatraju da se njihovo zdravstveno stanje pogoršalo, dok stariji ljudi češće tvrde da se ono poboljšalo ($p<0,001$).

Približno 18% građana Kosova prijavljuje dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem koji traje, ili se očekuje da traje, već šest meseci i duže. Žene (njih 21%) znatno češće prijavljuju dugotrajni zdravstveni problem nego muškarci (15%) ($p=0,04$). Starije osobe takođe češće od mlađih osoba prijavljuju dugoročno oboljenje ($p<0,001$). Na primer, 52% osoba starijih od 65 i 30% osoba starosti između 55 i 64 je prijavilo hroničnu bolest, nasuprot približno četiri procenta u grupi osoba između 16 i 24 godina starosti, i šest procenata kod osoba između 25 i 34 godina starosti.⁹⁴

Veći broj građana Kosova je procenom svog zdravlja prijavio sledeće tipove dugoročnih oboljenja ili zdravstvenih problema: visok krvni pritisak (18% ispitanika), reumatizam (8%), hroničan bol u leđima (6%), bol u nogama (6%), srčani problemi (6%) i bol u ili problemi sa genitalijama (5%) (videti grafikon 4). Nije bilo značajne razlike među polovima.

Kao odgovor na odvojeno pitanje je 10% ispitanika izjavilo da su lekari dijagnozirali hroničnu bolest ili smetnju koja je trajala više od tri meseca. U poređenju sa prethodno navedenim bolestima koje su lica sama prijavila, dolazi se do zaključka da približno osam procenata građana Kosova nije tražilo pomoć za medicinski problem, nije dobilo dijagnozu svog oboljenja ili nije razumelo datu dijagnozu.

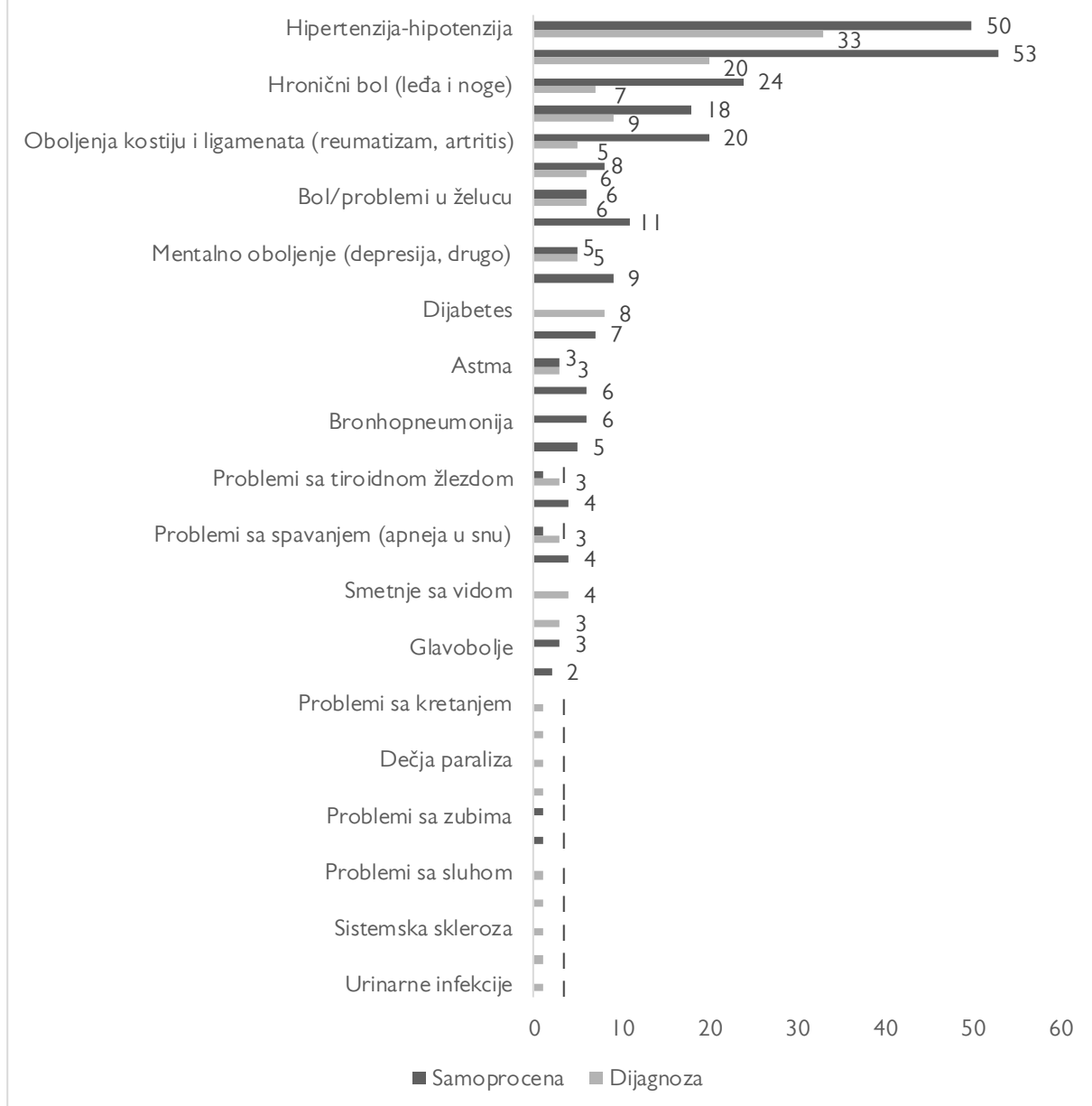
Grafikon 4 takođe u realnim brojkama prikazuje tipove oboljenja koja se redovno prijavljuju. Hipertenzija (visok krvni pritisak) ili hipotenzija (nizak krvni pritisak) sudeći po izveštajima pogađa najveći broj ispitanika. Nažalost, anketa je zanemarila razdvajanje ovih bolesti po kategorijama u toku ispitivanja o dijagnoziranim hroničnim oboljenjima. Međutim, na osnovu gorenavedenih samoprocenjenih tegoba, 18% ispitanika je reklo da je imalo visok krvni pritisak, dok je samo dva procenta reklo da ima nizak krvni pritisak. To ukazuje na činjenicu da se visok krvni pritisak verovatno dijagnostički češće od niskog krvnog pritiska. Ovo se takođe poklapa sa većom zastupljenošću ove tegobe širom sveta.⁹⁵ Građani Kosova takođe prijavljuju dijagnoze dijabetesa (7% ispitanika), hroničnog bola (5%), srčanog oboljenja (5%), mentalnog oboljenja (4%) i raka (4%).

Grafikon 4 ukazuje da samoprocenjeni zdravstveni problemi genitalija nemaju lekarsku dijagnozu. Možda je razlog tome stigma ili sram od razgovora o problemima seksualnog zdravlja, o čemu se raspravlja u predstojećim poglavljima.

⁹⁴ Mali broj zabeleženih slučajeva otežava ocenu zastupljenih tipova oboljenja koje imaju osobe različitih godina, mada se značajno razlikuju ($p=0,0001$). Ne postoji razlika prema ruralnom ili urbanom stanovanju.

⁹⁵ WHO, Global Health Observatory (GHO) data, 2008, preuzeto 5. decembra 2016, sa:
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/.

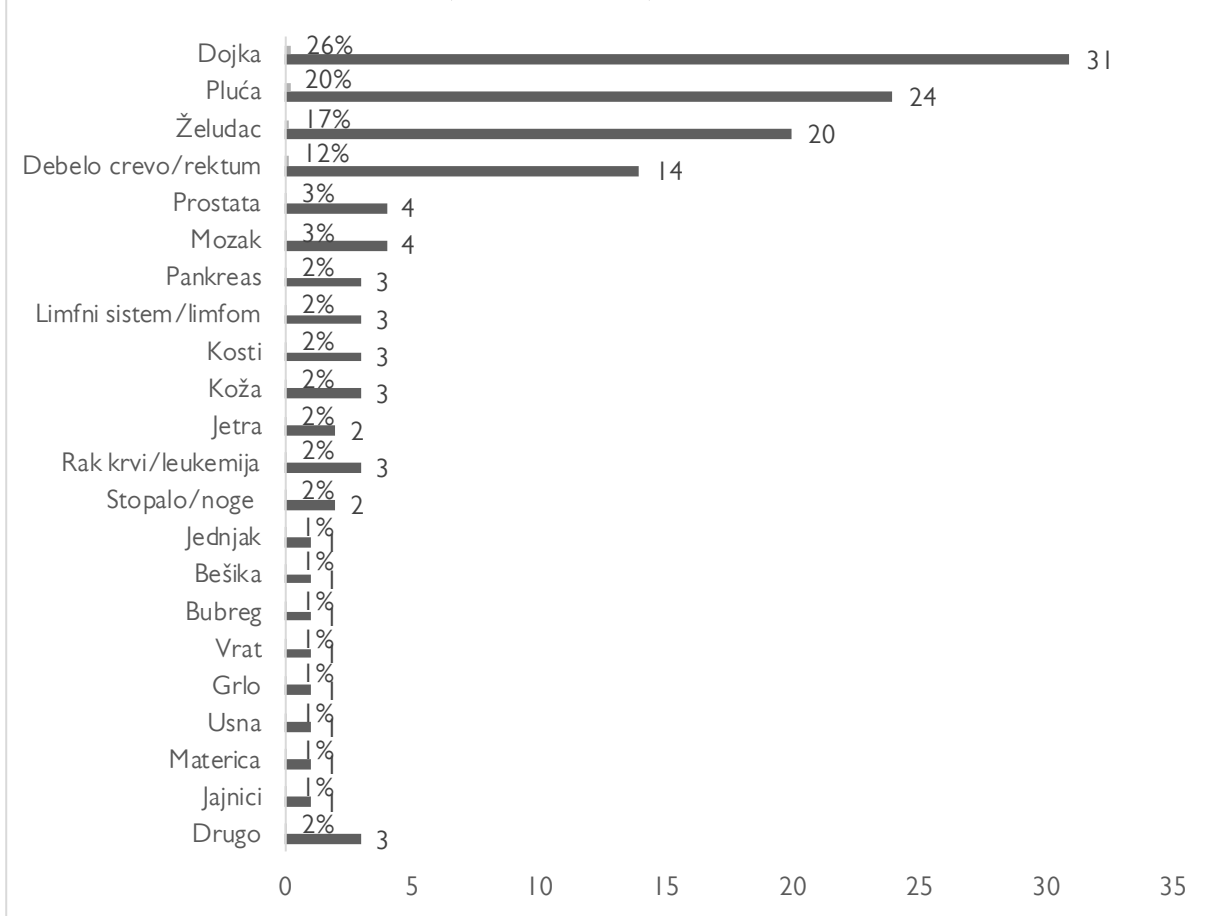
Grafikon 4. Dijagnozirana i samoprocenjena dugoročna oboljenja i smetnje



U pokušaju boljeg sagledavanja karcinoma na Kosovu, anketa je sadržala i pitanja o članovima istog domaćinstva kojima je dijagnosticiran rak. Domaćinstvo se definisalo kao „život pod istim krovom“. Sedam procenata domaćinstava je prijavilo barem jedan slučaj dijagnoze karcinoma u okviru svog domaćinstva u periodu posle 2000. godine. Od 121 slučaja koji su navodno dijagnosticirani, rak dojke je naizgled najčešći oblik karcinoma, potom rak pluća, slepog creva i rektuma (videti grafikon 5).⁹⁶ Iako je ukupan broj slučajeva mali, ženama je često dijagnosticiran rak dojke, rak želuca i rak debelog creva. Zanimljivo je to da ovo istraživanje nije identifikovalo nijedan slučaj dijagnoze raka grlića materice, mada ne mora da znači da on ne postoji. Muškarcima se češće dijagnosticira rak pluća, rak slepog creva, rak želuca i rak mozga.

⁹⁶ Naizgled ne postoji značajna razlika između ruralnih i urbanih područja ili regiona.

Grafikon 5. Broj i procenat slučajeva karcinoma prema tipu



Na osnovu rezultata istraživanja, broj dijagnostikovanih slučajeva se svake godine redovno povećavao, sa najviše zabeleženih dijagnostikovanih slučajeva u 2015. godini. Takođe je na osnovu ovog istraživanja uočeno više dijagnostikovanih slučajeva u opštinama Peć, Prizren i Priština. Prosečna starost osoba kojima je dijagnostikovano rak jeste 55. Uzevši u obzir, međutim, da je uzorak bio mali nije moguće zaključiti koji su građani Kosova najviše pogođeni i u kojim područjima se oni nalaze. Potrebno je dalje istraživanje. Nacionalni odbor za kontrolu karcinoma je objavio „Nacionalni program za kontrolu karcinoma 2014-2020“, čiji je cilj između ostalog bilo ponovno uspostavljanje registra karcinoma u okviru Nacionalnog instituta za javno zdravlje. Međutim, zbog nedostatka finansiranja on još uvek nije u funkciji.⁹⁷

Gotovo šest procenata građana Kosova je izjavilo da ih je njihov zdravstveni problem „ozbiljno ograničavao“ i 17% je reklo da je bilo „u nemogućnosti“ da obavlja aktivnosti kojima se ljudi obično bave u barem poslednjih šest meseci. Stoga je približno 24% stanovništva imalo neki oblik ograničenja sposobnosti. Starija lica češće imaju problema sa ograničenjem sposobnosti od mlađih lica ($p < 0,001$). Eurostat je 2013. godine kod država članica zabeležio gotovo 27% slučajeva odraslih osoba sa umerenim do ozbiljnim ograničenjima usled zdravstvenih problema.⁹⁸

⁹⁷ Sveobuhvatni pregled karcinoma, registra karcinoma i skrininga na Kosovu je finansirao UNFPA u 2015: P. Davies, et al., *Assessment to Characterise the Current Situation & Capacities for the Prevention & Control of Breast, Cervical & Prostate Cancers in Kosovo*, Priština: 2015.

⁹⁸ “Statistics Explained: Functional and activity limitations statistics,” Eurostat, accessed 28 Nov. 2016, sa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics.

Zaključak

Sve u svemu, zdravstveno stanje ispitanika ove ankete se na osnovu datih samoprocena čini prilično dobrim. U poređenju sa zemljama EU, ono leži u opsegu zemalja sa najbolje samoprocenjenim zdravstvenim stanjem. Međutim, starosna struktura na Kosovu se razlikuje od ostalih zemalja gde se zdravlje ocenjivalo na sličan način, poput Švedske. Imajući u vidu da je stanovništvo Kosova mnogo mlađe, hronična oboljenja u ovom trenutku ne mogu u tolikoj meri uticati na zdravlje.

Postoji nekoliko nepoklapanja između oboljenja koja su ispitanici sami prijavili i onih koja su navodno dijagnostikovana. Razlozi za to nisu jasni. Na osnovu odgovora ispitanika, naizgled tri najčešća oblika karcinoma kod žena jesu karcinom dojke, želuca i debelog creva, dok su karcinom pluća, debelog creva želuca najčešće zastupljeni oblici ove bolesti kod muškaraca. Svi slučajevi ukazuju na porast oboljenja u poslednjih nekoliko godina. Nažalost, rezultati koji se tiču raka se ne mogu uporediti sa ostalim naučnim istraživanjima s obzirom na to da kosovski registar karcinoma još nije u punoj funkciji niti mu je moguć pristup putem interneta. Upoređivanje rezultata istraživanja koji se tiču samoprocene zdravlja sa realnim statistikama o zdravlju na Kosovu jeste van dometa ovog istraživanja.

Opaženo i zabeležno zdravstveno stanje daje kontekst poglavljima koja slede, a koja ispituju kako građani Kosova koriste usluge zdravstvene zaštite i sa kojim se preprekama suočavaju kada traže zdravstvenu negu.

Korišćenje zdravstvenih usluga

Ovo poglavlje daje kontekst ostatku izveštaja ispitivanjem načina na koji žene i muškarci koriste zdravstvene usluge. Korišćenje se definiše kao način na koji građani koriste usluge unutar zdravstvenog sistema, razmatrajući koje usluge oni traže i gde. Korišćenje zdravstvenih usluga tako podrazumeva kontekst o kulturi zdravstvene nege na Kosovu razmatranjem različitih tipova institucija i zašto pacijenti biraju da koriste određene usluge.

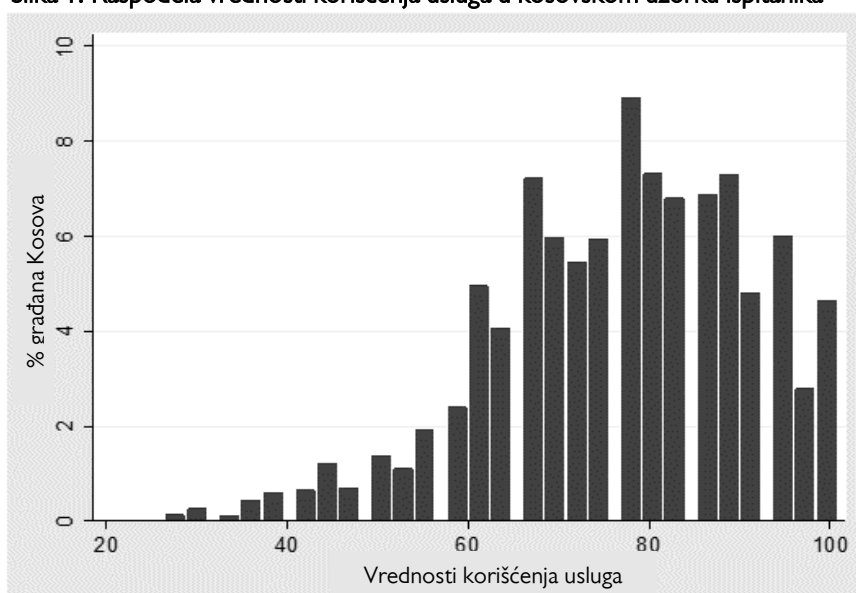
Napravljen je indeks koristeći sva pitanja u vezi sa korišćenjem usluge poput: „Da li ste ikada obavili opšti pregled zdravlja“ i „Da li ste se ikada lečili od iznenadne bolesti“.⁹⁹ Većina pitanja uključena u indeks se fokusiraju na primarnu i preventivnu negu. Jedine oblasti specijalizacije su ginekologija i urologija. Ipak i one mogu pružiti preventivnu negu, poput testiranja na karcinom rektuma, prostate, grlića materice ili dojke. Ovaj indeks je upotrebljen za izračunavanje vrednosti različitih grupa stratifikovanih po polu, prebivalištu, etničkoj pripadnosti, obrazovanju i regionu. Pridržavajući se standarda izveštaja, što je zabeležena vrednost u indeksu *veća*, to je situacija *lošija*. U ovom poglavlju više vrednosti označavaju manju upotrebu zdravstvenih usluga. Mogući rezultati se kreću u opsegu od nule, kompletno korišćenje svih usluga kojima se bavi ovaj indeks pitanja, do jedne stotine, odsustvo korišćenja bilo kojih usluga kojima se bavi ovaj indeks pitanja.

Ovo poglavlje najpre izveštava o indeksu korišćenja usluga i njegovom vezom sa prebivalištem, etničkom pripadnošću i godinama starosti. Zatim dodatno ispituje korišćenje pojedinih izdvojenih usluga. Potom se bavi trendovima korišćenja usluge sa fokusom na upotrebu primarne i preventivne nege, i poređenjem javnih i privatnih zdravstvenih institucija.

Rezultati indeksa korišćenja usluga

Rezultati ukazuju na slabo korišćenje zdravstvenih usluga. Srednja vrednost indeksa korišćenja usluga iznosi 76,6. Vrednosti se kreću od 22,2 (česta upotreba) do 100 (bez upotrebe). Kao što slika 1 i pokazuje, vrlo mali deo populacije je imao rezultate niske vrednosti (češća upotreba). Veći deo populacije spada u grupu rezultata visoke vrednosti, ukazujući na

Slika 1. Raspodela vrednosti korišćenja usluga u kosovskom uzorku ispitanika



slabije korišćenje zdravstvenih usluga. Rod je u značajnoj korelaciji sa korišćenjem usluga. Žene, sa srednjom vrednošću od 74,0, u donekle većoj meri koriste zdravstvene usluge, za razliku od muškaraca (79,7). Ovi rezultati su dodatno potvrđeni intervjuima sa zdravstvenim radnicima koji su isto tako primetili da žene češće koriste zdravstvene usluge od muškaraca. Zdravstveni radnici

⁹⁹ Za sva pitanja uključena u indeks videti Apendiks I.

su takođe istakli da su žene sklonije tome da dovode svoju decu kada im se ukazuje zdravstvena nega od muškaraca. Prebivalište, etnička pripadnost, i godište su takođe u značajnoj korelaciji, o čemu se raspravlja u predstojećim odeljcima. Nisu se ukazali značajni trendovi kada se analiziralo korišćenje usluge prema stečenom obrazovanju.

Korišćenje usluga po ruralnim ili urbanim prebavilištima

Stanovnici kosovskih ruralnih sredina ređe koriste zdravstvene usluge nego što to čine stanovnici urbanih sredina ($p < 0,001$). Prosečna vrednost za građane sa sela iznosi 78,6, dok prosek građana urbanih područja iznosi 74,0 u indeksu. Ovaj trend se takođe javlja i kod muškaraca i žena, gde muškarci iz gradova ređe koriste usluge od žena iz gradova, i muškarci sa sela ređe koriste usluge od žena sa sela ($p = 0,001$ za sve). Muškarci iz ruralnih sredina, sa vrednošću od 80,9, jesu grupa sa najslabijim korišćenjem zdravstvenih usluga. Zdravstveni radnici koji su intervjuisani tokom ovog istraživanja su izjavili da su primetili slično ponašanje.

Korišćenje usluga po etničkoj pripadnosti

Etnička pripadnost je takođe u značajnoj korelaciji sa korišćenjem usluga. Kao i kod populacije, većina ispitanika jeste albanskog porekla. Stoga je istražni tim odlučio da uporedi status svih etničkih zajednica sa albanskom. Isti pristup se primenjuje kroz ceo izveštaj.

Srednja vrednost indeksa korišćenja usluga iznosi 77,2 za Albance. Jedina grupa koja se statistički ne poklapa jesu Srbi, čija je srednja vrednost niža za oko 10 poena i iznosi 67,9 ($p = 0,001$). Iako se Srbi

Tabela 2. Prosečne vrednosti korišćenja usluga stratifikovane po etničkoj pripadnosti i polu (standardna greška u zagradama)

Etnička pripadnost	Žene	Muškarci	Oba pola
Albanci	74,4 (0,739)	80,3 (0,620)	77,2 (0,496)
Srbi	66,0 (1,446)	69,9 (1,444)	67,9 (1,033)
Romi, Aškalije, Egipćani	73,5 (1,315)	72,9 (2,245)	73,2 (1,225)
Bošnjaci	75,7 (2,403)	79,4 (1,874)	77,6 (1,539)
Goranci	72,4 (2,763)	62,0 (8,044)	69,2 (3,354)
Turci	67,3 (2,622)	78,3 (3,481)	71,3 (2,308)

statistički ne razlikuju od ostalih etničkih zajednica, redovno beleže najniže vrednosti. Što ukazuje na to da Srbi češće koriste zdravstvene usluge od ostalih etničkih zajednica na Kosovu. Vrednost za Albance i Bošnjake iznosi 77,3 i 77,6.

U okviru određenih etničkih zajednica, Albanke i Turkinje češće koriste zdravstvene usluge od muškaraca iste etničke pripadnosti. Vrednost za Albanke iznosi 74,4, dok je za Albance 80,3 ($p = 0,001$). Vrednost za Turkinje iznosi 67,3 a za Turke 78,3 ($p = 0,021$).

Korišćenje usluga po godištu

Kako se godine povećavaju, sa njima se uglavnom i povećava učestalost hroničnih bolesti, što je ovo istraživanje dokazalo na Kosovu.¹⁰⁰ Zbog toga su i muškarci i žene sa godinama skloniji češćem korišćenju usluga. Indeks korišćenja usluga je zaista i ukazao na značajnu razliku između najstarijih grupa (starosti 55-64 i 65+) i najmlađih (16-24) ($p = 0,001$).

Korišćenje pojedinih zdravstvenih usluga

Na osnovu analize individualnih anketnih pitanja, ovaj odeljak utvrđuje do koje mere građani Kosova naizgled koriste pojedine zdravstvene usluge.

¹⁰⁰ Za globalni kontekst videti Center for Health Workforce Studies, *The Impact of the Aging Population on the Health Workforce in the United States: Summary of Key Findings*, Albany: 2006. Za Kosovo videti prethodno poglavlje o Statusu samoprocene zdravlja

Opšti zdravstveni pregledi

Iako Kosovo nema uspostavljeni skrining program, ovo istraživanje je imalo za cilj da ispita u kolikoj meri osobe traže preventivnu negu. Opšti zdravstveni pregledi i testiranja jesu deo preventivne nege. Koriste se kako bi se otkrila uobičajena oboljenja ili faktori rizika u dovoljno ranoj fazi za lečenje i tako izbegle negativne posledice. Na primer, opšti zdravstveni pregledi koji uključuju analize krvi, merenje krvnog pritiska, fizički pregled i uzorak urina se koriste za rano otkrivanje kardiovaskularnog oboljenja i pratećih faktora rizika poput hipertenzije i dijabetesa. Naravno, svako ko je mlađi od doba u kome se preporučuje obavljanje testiranja mora posetiti medicinsku ustanovu ukoliko se jave simptomi, i po mogućstvu uraditi iste testove. Ovo bi se pre smatralo dijagnostikom, a ne opštim pregledom.

Ispitanike su tokom anketiranja pitali da li su ikada imali opšti lekarski pregled („kontrolu“). Više od polovine ispitanika nikada nije radilo opšti pregled (53,9%). Donekle veći procenat muškaraca (48,7%) nego žena (43,8%) je obavio takav pregled. Kosovsko stanovništvo u urbanim sredinama (49,0%) je u većoj meri obavljalo opšte preglede nego ruralno stanovništvo (44,3%). Kako se godine starosti povećavaju, ljudi su sve skloniji obavljanju pregleda; 66,2% osoba su opsegu od 65 godina pa naviše je imalo opšti lekarski pregled. Različite etničke grupe se različito ponašaju kada su u pitanju opšti lekarski pregledi. Srbi su daleko najviše skloni obavljanju takvih pregleda, i 79,0% prijavljuje da je radilo pregled. Goranci su najmanje skloni obavljanju pregleda sa 32,1%.

Od onih koji su prijavili da su obavili opšti lekarski pregled i koji se sećaju kada su išli na poslednji, većina je to uradila skorije. Više od 90% je obavilo pregled u poslednjih pet godina (90,8%). Veći broj, to jest 35%, je obavio takav pregled u poslednjih šest meseci. Dodatnih 29,0% je u poslednjih godinu dana, a 26,8% je prijavilo odlazak na pregled pre dve do pet godina.

Na pitanje da li su redovni pregledi bacanje novca se samo 4,3% ispitanika složilo ili se u potpunosti složilo sa tom rečenicom. Treba naglasiti da takvi pregledi koštaju jedan evro u javnim zdravstvenim institucijama.

Skrining karcinoma

Programi skrininga mogu sprečiti smrt otkrivanjem (pre)kancerogenih lezija u dovoljno ranoj fazi za lečenje.¹⁰¹ Sprovedena anketa je u cilju ovog istraživanja saržala nekoliko pitanja koja se tiču karcinoma debelog creva, dojke i grlića materice. Poslednja dva su postavljanja samo ženama.

Otprilike 97,4% ispitanika nikada nije radilo skrining karcinoma debelog creva, a 95,3% nikada nije radilo kolonoskopiju. S obzirom na činjenicu da SZO ne daje strogu preporuku o starosnoj granici u kojoj treba primeniti obavezan skrining, svaka zemlja sama donosi odluku o tome. Na primer, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (CKPB) Sjedinjenih Američkih Država preporučuje testiranja od 50. godine,¹⁰² dok Nemački nacionalni komitet zdravlja u 50. godini preporučuje skrining praćen testom za otkrivanje okultnog krvarenja u stolici, a od 55. godine kolonoskopiju.¹⁰³ Efikasnost je visoka: do 50% smanjenja smrtnih slučajeva kada se adenomi (prekancerogeno stanje) uoče i otklone.

Među ženskim ispitanicima, 91,1% njih je izjavilo da nije obavilo skrining karcinoma dojke u poslednjih pet godina. SZO preporučuje pregled grudi ženama starosti 50-69 godina svake tri ili pet godina, a u okviru ove starosne grupe samo 14% žena je obavilo pregled u poslednjih pet

¹⁰¹ P. Davies, et al. 2015.

¹⁰² CDC, *Colorectal Cancer*, 2016.

¹⁰³ German Guideline Programme in Oncology (GPPO), *Evidenced -based Guideline for Colorectal Cancer*, 2014.

godina. Žene su takođe pitale i da li su ikada čule za mamogram. Ukoliko su dale potvrđan odgovor, pitale su ih da li su ikada obavile isti. Oko 44,2% svih žena nikada nije čulo za mamogram. Od njih 55,8% koji jeste samo je 18,1% odradilo mamogram u poslednje tri godine. Hrpa dokaza ukazuje na činjenicu da skrining može sprečiti i otkriti rak dojke, što zauzvrat doprinosi smanjenju stope smrtnosti, naročito u uslovima visoke zarade sa jakim zdravstvenim sistemima.¹⁰⁴ Ostatak medicinskih stručnjaka vodi debatu o efikasnosti mamograma i posledicama koje on može naneti kroz predijagnoziranje i radijaciju.¹⁰⁵ Programi mamogramskih skeniranja ipak nisu isplativi u određenim uslovima.¹⁰⁶ Proračuni SZO-a o skriningu na rak dojke su pokazali da on nije isplativ u zemljama osrednje niskih prihoda, poput Kosova.¹⁰⁷ SZO preporučuje preduzimanje nekoliko koraka pre implementacije takvih programa skrininga.

Među ženama je 92,4% prijavilo da nikada nije radilo skrining raka grlića materice. Oko 60% žena je čulo za Papa test. Među njima je njih 37,5% radilo ovaj skrining u poslednje tri godine. Zatim, 22,8% žena je radilo Papa test i na taj način odradilo i skrining raka grlića materice. Razlika između procenta žena koje su rekle da su radile skrining raka grlića materice (9,6%) i procenta žena koje su radile Papa test (22,8%) ukazuje na nedostatak znanja o svrsi Papa testa.

Niske stope skrininga nisu samo usled nedostatka znanja među pacijentima. Pristupačnost ovakvih usluga je na Kosovu ograničena. Na Kosovu je navodno postojalo šest mamograma 2015. ¹⁰⁸ godine, kao i prevozno vozilo koje ih je dostavljalo do različitih lokacija.

Skrining raka grlića materice je ograničen različitim problemima u pristupačnosti. Čak i ako GCPM trenutno zapošljavaju ginekologe koji mogu sprovoditi Papa testove, oni ne zapošljavaju patologe koji mogu da tumače rezultate. Jedina javna ustanova sa kapacitetom analize Papa testova jeste Patološki institut u Prištini. Uzorci Papa testova se moraju prevoziti to UKCK-a a rezultati se vraćaju u regionalni centar, što stvara jedan spor i neefikasan proces.

¹⁰⁴ Euroscreen, *Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet*, 2012. Međutim, Istraživanja koja su uključena u ovaj izveštaj su starija više od 20 godina i postoji doza nesigurnosti kada je u pitanju razmera mogućih negativnih posledica. Neke zemlje, poput Švajcarske, su prestale sa skriningom usled nepovoljnog odnosa između isplativosti i stope preživljavanja putem boljih terapija.,

¹⁰⁵ B. Lauby Secretan, et al., *Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group*, 2015; Gøtzsche and Jørgensen, *Screening for breast cancer with mammography*, Copenhagen: 2013; WHO, *WHO Position Paper on Mammography Screening*, Geneva: 2014.

¹⁰⁶ Swiss Medical Board, *Systematisches Mammographie-Screening*, 2013.

¹⁰⁷ WHO, *WHO Position Paper on Mammography Screening*.

¹⁰⁸ P. Davies, et al., 2015.

Ostale zdravstvene usluge

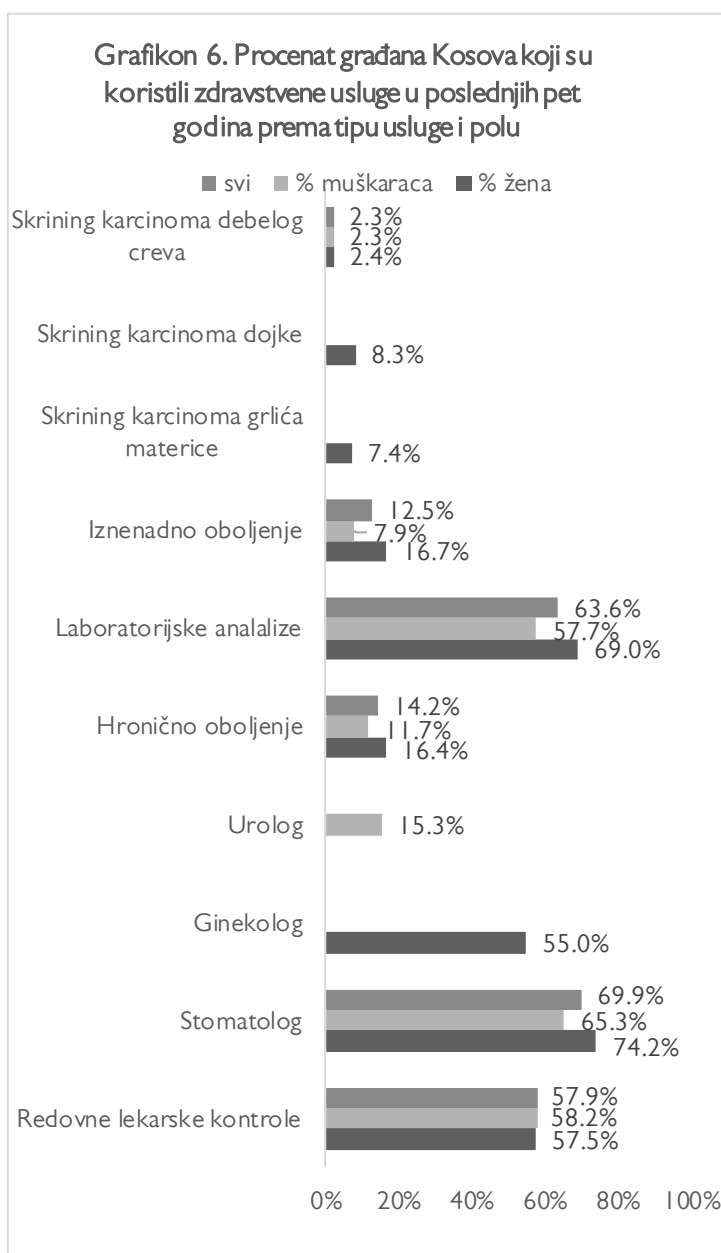
Grafikon 6 sumira različite tipove zdravstvenih usluga čiju su upotrebu zabeležili ispitanici barem jednom u poslednjih pet godina. Pored već navedenih redovnih medicinskih pregleda i različitih skrininga kancera, više od 55% žena je posetilo ginekologa u poslednjih pet godina (videti grafikon 6). Ogromno nepodudaranje između odlaska kod ginekologa i obavljanja skrining testova otkriva veliki broj propuštenih šansi. Među muškarcima je 15,3% posetilo urologa u istom vremenskom okviru.

Gotovo 64% građana Kosova je izjavilo da je radilo laboratorijske analize u poslednjih pet godina, uključujući i 69% žena i 58% muškaraca.

Što se tiče korišćenja primarne nege u akutnim slučajevima, samo je 12,5% kosovskih građana prijavilo lečenje iznenadne bolesti. Žene više prijavljuju korišćenje takvih usluga (16,7%) od muškaraca (7,9%) ($P=0,0002$). Imajući u vidu da 18% građana Kosova prijavljuje hronične bolesti, zanimljivo je da samo 16,4%

žena i 11,7% muškaraca tvrdi da je bilo lečeno od hroničnih bolesti u poslednjih pet godina. Među istima je 4,5% žena i 0,6% muškaraca prijavilo korišćenje takvih usluga više od jednom godišnje. Ovo ukazuje na to da građani Kosova boluju od hroničnih oboljenja ali da ne dobijaju lečenje koje im je potrebno.

Što se tiče odlaska zubaru, 69,9% ispitanika je posetilo zubara u poslednjih pet godina (74,2% žena i 65,3% muškaraca). Osobe ruralnih područja su manje koristile tu uslugu; 32% ruralnog stanovništva nije posetilo zubara u poređenju sa 25% urbanog stanovništva ($P=0,003$). Albanci ($P=0,001$) i osobe višeg obrazovanja ($P<0,0001$) su sklonije poseti zubaru. U poslednjih 12 meseci je njih 18% bilo u situaciji gde im je zaista trebao zubarski pregled ili lečenje ali je nisu dobili.¹⁰⁹ Najčešće navođeni razlozi su bili nedostatak novca (36%), čekanje da se tegoba sama



¹⁰⁹ Pol, godine i ruralno/urbano prebivalište se naizgled ne dovode u vezu sa pristupačnošću stomatoloških usluga.

reši (16%), strah (15%) i da nisu imali vremena da plaćeno ili neplaćeno odu sa posla (9%). U državama članicama Evropske unije, 7,6% nije otišlo zubaru iako je bilo potrebe, uglavnom zbog troškova, trajanja puta i liste čekanja.¹¹⁰

Abortus

S obzirom na to da tačne cifre nisu dostupne, podaci o abortusu na Kosovu se uglavnom oslanjaju na ankete i stoga su potencijalno netačni. U okviru ovog istraživanja je približno 11% žena reklo da je imalo abortus, uključujući 7,4% žena starosti 16-49. KDHS je 2009. godine takođe zabeležila da je 7,9% svih žena na Kosovu starosti 15-49 godina imalo abortus, dok je MICS zabeležilo 7,5%. Teško je uporediti cifre na međunarodnom nivou jer se one obično podnose jednom godišnje. Na primer, svetska godišnja stopa za zemlje u razvoju iznosi 3,7% žena starosti 15-44 godina.¹¹¹

Od svih žena koje su imale abortus 49% je imalo više od jednog, a jedna od ispitanica je imala do šest abortusa. Sedam procenata svih ispitanica je imalo abortus iz drugih razloga osim zdravlja majke ili fetusa, što čini 60% svih abortusa.¹¹² Pored problema vezanih za zdravlje, ostali bitni razlozi zbog kojih žene tvrde da su imale abortus uključuju: neželjeno dete, troškovi izdržavanja deteta i mladost. Jedna žena je rekla je nosila devojčicu, a hteli su dečaka. Ovo istraživanje je dalje poduprelo činjenicu da rodno selektivni abortus i dalje postoji na Kosovu. U proseku, građani Kosova zaista i dalje radije žele dečake (1,8) nego devojčice (1,5); muškarci su znatno skloniji tome da žele više muške dece od žena. Žene u proseku žele 1,6, a muškarci 2,0 dečaka ($p < 0,0001$).

Većina žena (44%) je imala abortus u javnoj klinici, a 21% je prijavilo abortuse u privatnim klinikama. Zapanjujuće je da je 27% reklo da su abortus „izvršile same fizički“, što ukazuje na to da ispitanice nisu dobro razumele ovaj odgovor; možda su mislile na pobačaj.¹¹³

Samo je četiri procenta ispitanica reklo da su abortirale koristeći pilule. Mizoprol i mifepriston su supstance koje se koriste za abortus i obe su dostupne na Kosovu, iako nisu registrovani za upotrebu.¹¹⁴ Lekari i apotekari su potvrdili da su oba u širokoj upotrebi.

Sve u svemu, ovi rezultati otkrivaju neostvarenu potrebu za uslugama planiranja porodice i za pouzdanim kontraceptivnim metodama (o kojima se dalje govori u poglavlju o znanju i pravima na zdravstvenu negu i u Apendiksu 6).

Usluge mentalnog zdravlja

Iako kvantitativno istraživanje u ovoj anketi nije direktno ispitalo korišćenje usluge mentalnog zdravlja, kvalitativno istraživanje jeste. Ovaj odeljak se oslanja na kvantitativne nalaze ranijih ispitivanja kako bi se ovo istraživanje uklopilo u kontekst.

Kosovo se kao postkonfliktno društvo suočava sa velikim teretom mentalnih bolesti. Anketa sa 1161 ispitanikom iz 2005. godine je ukazala na visok nivo zastupljenosti

“Unmet health care needs statistics”, Eurostat, preuzeto 29. nov. 2016, sa:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

¹¹¹ Sedgh et al., *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, 2016.

¹¹² Ove cifre ne uključuju pobačaje.

¹¹³ Cifre abortusa je istražni tim pažljivo proveravao kako bi se isključili pobačaji. Ovo je, međutim, bilo posebno teško kod ovog pitanja i odgovora. S obzirom na to da su ovaj deo ankete ispitanici sami popunjavali, popisivači nisu bili u mogućnosti da obezbede potpuno razumevanja pitanja. Jezik kojim se pojašnjavaju takvi termini bi u budućim istraživanjima mogao biti jasniji.

¹¹⁴ Videti poglavlje o pravnom okviru: M. Pacarada, et al., *Misoprostol-induced abortions in Kosovo*, 2011; Kosovska agencija za medicinska sredstva; MZ, *Listes Esenciales per Vitin 2013*, 2013,

postraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), depresije i sa njom povezanih suicidalnih ideja (41,7% ispitanika je ispunilo kriterijume umerene do ozbiljne depresivne simptomatologije, 41,6% je pokazalo anksioznost na klinički ozbiljnom nivou i 43,1% tvrdi da je pretrpelo tešku duševnu traumu).¹¹⁵ Studija iz 2012. je pokazala da ljudi sa PTSP-om češće koriste zdravstvene usluge, uključujući i lečenje fizičkih tegoba.¹¹⁶ Ovo ukazuje na neprekidnu potrebu za uslugama mentalnog lečenja, ali takođe i dodatni teret zdravstvenom sistemu kada se posleratne traume ne tretiraju.

Približno 18% kosovskih građana (20% muškaraca i 16% žena) ima problem da razgovara sa lekarom o stanju svog mentalnog ili psihičkog zdravlja,¹¹⁷ što ukazuje na to da neki građani Kosova nisu voljni da koriste usluge mentalnog zdravlja. Među zdravstvenim radnicima, naročito psihijatrima, društvena stigma jeste najučestaliji razlog zbog kog žene i muškarci izbegavaju da potraže usluge mentalnog zdravlja. Umesto toga se može desiti da primene terapije koje nisu namenjene mentalnom zdravlju i na taj način leče fizičke tegobe koje su najverovatnije prouzrokovane mentalnim bolestima, poput PTSP-a. Na osnovu svog iskustva i pacijenata, jedan psihijatar je zapazio da žene ređe od muškaraca koriste usluge mentalnog zdravlja:

Ova bolest ne bira ljude po polnoj osnovi. Možda su žene sklonije depresiji, ali ja inače imam manji broj ženskih pacijenata. To je zbog porodica. Nailazili smo na slučajeve gde su bili bolesni do 10 godina, ali su to krili. [Žene] to naročito [kriju] zbog stigme. Čak i ovde su dnevno jedna trećina mojih pacijenata žene a ostalo muškarci.

Psihijatri često ponavljaju da pacijenti preferiraju usluge lečenja mentalnih problema u privatnoj praksi. Psihijatar koji radi u Centru za mentalno zdravlje i u svojoj privatnoj klinici smatra da: „Klijenti dolaze u moju privatnu kliniku jer ne žele da ljudi znaju da imaju psiholoških problema“. U neku ruku ovaj psihijatar kroz svoju privatnu kliniku, svesno ili nesvesno, profitira upravo zbog ove stigme i možda nema podsticaj da taj problem dalje istraži. Psiholog koji radi u javnoj ustanovi se složio: „Uglavnom nas posećuju nezaposleni muškarci koji primaju socijalnu pomoć. Muškarci koji su zaposleni idu u privatne klinike jer ne žele da ih bilo ko vidi kako idu u posetu psihologu.“ S obzirom na činjenicu da ovo istraživanje nije posebno ispitalo da li ljudi traže privatnu ili javnu zdravstvenu negu za pojedine usluge, poput usluga nege mentalnog zdravlja, ovo je možda oblast za neko dalje istraživanje.

Netretirana mentalna oboljenja mogu biti faktor koji doprinosi ostalim tegobama. Društvene stigme koje se dovode u vezu sa traženjem pomoći mogu dovesti do toga da se pacijenti leče sami, što potencijalno uključuje zloupotrebu lekova, o čemu se govori u sledećem delu.

„Došla [mi] je žena koja se žalila na glavobolje, ali sam tokom razgovora saznao da je bila žrtva seksualnog nasilja tokom rata.“

- Psihijatar

Upotreba lekova

Nakon korišćenja zdravstvenih usluga preporučena terapija može uključivati lekove. Lekovi se stoga smatraju delom zdravstvenih usluga. Povrh toga, sa ili bez prethodne posete lekaru, lekovi se kupuju u apotekama koje su deo zdravstvenog sistema. Istraživanje je ispitalo

¹¹⁵ T. Wenzel, et al., *Suicidal Ideation, Post-traumatic Stress and Suicide Statistics in Kosovo*, 2009.

¹¹⁶ A. Eytan and M. Gex-Fabry, *Use of healthcare services 8 years after the war in Kosovo: Role of post-traumatic stress disorder and depression*, Geneva: 2012.

¹¹⁷ Postoji manja statistička povezanost između pola i stava da je razgovor sa lekarom o mentalnom zdravlju predstavlja problem ($P=0,05$). Nije bilo značajne povezanosti sa godištem ili urbanim ili ruralnim stanovanjem.

uzimanje lekova sa i bez recepta. Većina građana je uzimala lekove i sa receptom (79,7%) i bez recepta (63,6%) u poslednjih pet godina. Uzimanje bez recepta nije podjednako raspoređeno po polu, prebivalištu i etničkoj pripadnosti. Muškarci su skloniji uzimanju, ili barem priznaju da uzimaju, lekova bez recepta barem jedanput više nego žene (61,8%) ($P=0.0001$). Što se tiče redovnog korišćenja, 16,6% žena kaže da uzima lekove bez recepta više puta godišnje, za razliku od 11,9% muškaraca. Stanovnici urbanih naselja (72,3%) su skloniji potražnji lekova u apoteci bez recepta nego ruralno stanovništvo (63,2%).

Različite etničke zajednice umnogome variraju kada je u pitanju stopa po kojoj uzimaju lekove bez recepta. Albanci su tome najmanje skloni, i procenat Albanaca koji su ikada uzeli lek bez recepta iznosi 65,2. Romski, aškalijski, egipćanski (89,6%), turski (88,2%) i srpski (87,1%) ispitanici su skloniji uzimanju lekova bez recepta.

Viši nivo obrazovanja je proporcionalan većoj verovatnoći uzimanja lekova bez recepta. Građani koji imaju 0-7 godina školovanja prijavljuju stopu od 54,8% slučajeva uzimanja lekova bez recepta. Ovaj broj je povećan na 61,7% kod onih koje karakteriše 8-11 godina školovanja, zatim na 70% kod lica sa 12-14 godina školovanja, i dostiže najveću vrednost od 74,1% za lica čije je obrazovanje trajalo više od 15 godina.

Istraživanje je bilo ograničeno time to što se u njemu nisu postavljala pitanja o vrsti lekova koji su kupovani bez recepta. Ljudi su možda kupovali vitamine, lekove protiv gripa ili blaže analgetike, za koje recept nije potreban. Zato je teško utvrditi koje lekove ljudi uzimaju bez recepta i šta motiviše takvo ponašanje. Na pitanje o vrstama lekova koje pacijenti naizgled pogrešno primenjuju bez recepta, apotekari uglavnom pominju Citotek (mizoprostol, abortivna pilula), kontraceptive, antibiotike, antiderpesive, trankvilajzere i Trodon (tramadol, opijat nižeg do osrednjeg dejstva). Nijedan od ovih lekova ne sme biti dostupan bez recepta.¹¹⁸ Mizoprostol uopšte ne bi smeo biti dostupan jer nije licenciran na Kosovu. Lekari i apotekari ipak potvrđuju da se on naširoko upoterebljava jer se i našao na Spisku osnovnih lekova iz 2013.¹¹⁹ Pritom je i istraživanje UKCK-a o ishodu abortusa uz upotrebu Mizoprostola, koji manje dovodi do težih komplikacija za razliku od hirurških mera, ukazalo na njegovu upotrebu na Kosovu još od 2006.¹²⁰

Sedative, po rečima apotekara: „uglavnom traže stariji ljudi, ali takođe i žene sa i bez dece koje žele da se opuste.“ Približno 27% anketiranih građana Kosova se slaže ili u potpunosti slaže da je „uzimanje trankvilajzera normalan vid smirivanja“ kada je neko rastrojen; 24% je nesigurno. Ovo ukazuje na kulturološki prihvaćeno korišćenje lekova kako bi se olakšala psihička uznemirenost. Žene su sklonije prihvatanju upotrebe trankvilajzera od muškaraca ($P=0,0004$).¹²¹

„Želim da kažem zašto uzimam lekove za smirenje. Nalazim se u teškom periodu. U periodu od tri meseca sam izgubila muža i sina.“

- Ispitanica

Stoga je mogući razlog zbog koga ljudi bez recepta kupuju lekove koji se inače daju na recept upravo želja da neko ne sazna o problemima sa kojima se suočavaju ili zbog kojih žele farmaceutske proizvode. Ovakvo objašnjenje se upravo poklapa sa prethodno pomenutom stigmom kada je u pitanju traženje usluga mentalne zdravstvene nege; ljudi će radije sami pokušati da se izleče nego dozvoliti da drugi saznaju o njihovim mentalnim problemima. Još jedno jako prihvatljivo objašnjenje jeste da se ljudi sami leče i onda kada nemaju pristup ili dovoljno sredstava za lekarsku konsultaciju.

¹¹⁸ Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) [Administrativno uputstvo (o zdravlju)] br. 01/2010.

¹¹⁹ MZ, *Listes Esenciales per Vitin 2013*, 2013.

¹²⁰ M. Pacarada, 2011.

¹²¹ Postojalo je jako malo razlika u poređenju mišljenja ljudi seoskih i gradskih sredina. ($p=0,040$).

Prodavanje lekova bez recepta ili čak i bez administrativne dozvole je (videti poglavlje o pravnom okviru), čini se, naširoko rasprostranjeno. Apoteke često otvoreno priznaju takvo ponašanje. Na primer, u Prizrenu su istraživači primetili slučaj pacijenta koji je sam odabrao tip antibiotika bez posete lekaru. Neki ispitanici su rekli da ih poslodavci „primoravaju“ da prodaju lekove bez recepta, čak i kada se oni se slažu sa takvom praksom. Jedan apotekar je rekao:

„Apoteke često ne prodaju ono što prepisemo tvrdeći da nemaju taj proizvod. Umesto toga, prodaju nešto drugo. To je biznis.“

- Ginekolog, Prizren

Postoji nedostatak profesionalizma sa svih strana: i kod pacijenata i lekara. Ja ne želim da dajem pacijentima lekove bez recepta, ali dolaze pacijenti koji upravo to i traže. I kažem im da lekove ne dajemo bez recepta. Onda oni kažu da će otići negde drugde, na šta nadležni kaže: „Prodaj im lekove.“

Ovo ukazuje na činjenicu da u nekim apotekama profit igra važniju ulogu od profesionalizma i zakonitosti.

Nadalje, gotovo svi intervjuisani koji su zaposleni u apotekama su primetili dogovore između lekara i farmaceutskih kompanija, što je zabranjeno kosovskim zakonom.¹²² Na primer, prema rečima apotekara, u jednoj apoteci je gotovo svaki pacijent koji kupuje lekove tamo imao potpuno isti recept.

„Ovo je problem sa lekarima: oni bi trebalo da napišu ime supstance u receptu, a ne ime firme. Ima slučajeva u kojima firme prave dogovore sa lekarima u tolikoj meri da im obezbeđuju odmore.“

- Apotekar, Vučitrn

MŽK je takođe primetila da samo farmaceutski tehničari rade u pojedinim apotekama. Distribucija lekova bez prisustva farmaceuta je ilegalna.¹²³ Stvari ukazuju na činjenicu da farmaceuti ne rade puno radno vreme ali dozvoljavaju direktorima apoteka da koriste njihove diplome kako bi ispunili papirologiju za dobijanje licence.

Obuhvativši ovim istpitivanjem korišćenje medicinskih i farmaceutskih usluga, MŽK je opazila da tehničari primenjuju zabrinjavajući trend pukog prodavanja proizvoda. Davanje prednosti profitu nasuprot pacijentima može unazaditi kvalitet pružene zdravstvene nege, što negativno utiče na zdravlje društva+. Kada se tome doda i praksa traženja lekova bez recepta, to može ukazati na nedostatak bilo kakve provere lekova koji se uzimaju, dalje rizikujući ozbiljna neželjena dejstva, pa čak i smrt, na primer usled alergijskog šoka. Jači lekovi, poput ranije pomenutih trankvilizjera i analgetika, mogu dovesti do zavisnosti, koja ima višetruka neželjena dejstva po zdravlje i društvo. Antibiotici koji se uzimaju bespotrebno i u neodgovorajućim količinama mogu prouzrokovati razvitak otpornosti na dostupne antibiotike i dovesti do dužeg ležanja u bolnici, duže terapije, većih troškova i, na kraju, smrti.¹²⁴ SZO je pozvala sve zemlje da delaju.¹²⁵

Rasprava o korišćenju usluga

Kada se uopšteno govori o korišćenju usluga, jedan trend se naročito isticao u analizi podataka ankete, a to je jaz između izrečenih uverenja ispitanika i kako oni potom delaju i koje

¹²² Zakon br. 04/L-125 o zdravlju, 2013, čl. 41.

¹²³ Ibid, čl. 26.

¹²⁴ WHO, *Antimicrobial resistance – Fact sheet*, 2016, sa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>.

¹²⁵ Ibid.

su im navike. Na primer, 85,7% ispitanika je izjavilo da bi otišlo kod lekara kada bi se razbolelo, mada su žene (84%) manje sklonije tome nego muškarci (87%) ($P < 0,001$). Ipak, kod 25,9% ispitanika je u protekloj godini bilo prilike kada im je konsultacija s lekarom bila neophodna, ali oni to nisu učinili (u poređenju sa 6,7% u državama članicama Evropske unije).¹²⁶ Iako nije bilo razlike po polovima, ovo je izgleda više uticalo na starije osobe (52% za grupu 55-64 godina starosti) nego na mlađe osobe (20% za grupu 16-30 godina starosti) ($P = 0,0318$). Najčešće navođeni razlozi zbog kojih se izbegava konsultacija s lekarom jesu da „žele da sačekaju da problem sam od sebe nestane“ (žđ4%) ili što to ne mogu da priušte (27%). Ostali razlozi za nekorišćenje zdravstvenih usluga jesu i nemogućnost odlaska sa posla ili briga o nekoj osobi (11%); ali i strah od lekara, bolnica, pregleda ili lečenja (5%) između ostalog.

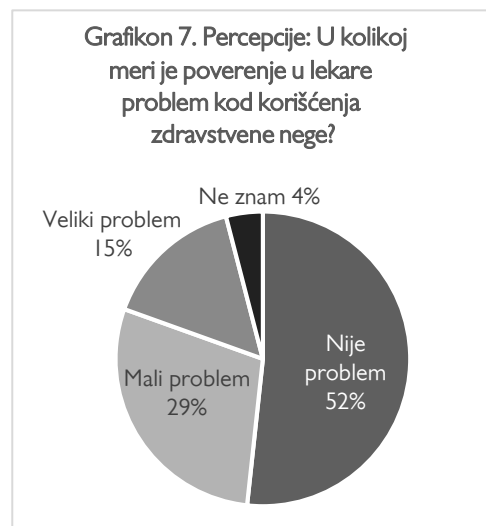
Moguće objašnjenje za to što neki ispitanici ne koriste zdravstvene usluge može biti i nedovoljna svest o dostupnim i priuštivim uslugama u njihovoj blizini. „Ljudi žele specijalistu“ je jedna od čestih parola među zdravstvenim radnicima. Jedan ispitanik je primetio da:

Više se orijentišu ka specijalizovanoj nezi, [...] ka specijalisti: žene ginekolozima i bobicama i pedijatrima za lečenje dece. Na primer, ukoliko je žena trudna ili ima problem reproduktivne prirode on bi rekla: „Nemam pristup jer ne želim kod ginekologa. Moram otići kod specijaliste.“

Ostali zdravstveni radnici su na sličan način istakli da su ljudi skloni traženju spijalističke nege, ponajviše za ginekološke i akušerske usluge, kao i pedijatrijske. Takva vrsta nege može biti udaljenija i skuplja od zdravstvenih usluga koje se nude u GCPM. Ovakva sklonost traženju specijalističke nege od sekundarnih davaoca zdravstvene nege možda delom potiče iz iskustva sa prethodnim zdravstvenim sistemom, kao i iz nedostatka znanja o dostupnosti ovih usluga od strane primarnih davalaca zdravstvene nege. Povećano korišćenje primarnih usluga zdravstvene nege se može postići informisanjem različitih žena i muškaraca o uslugama koje su dostupne kod javnih davaoca zdravstvene nege.

Za razliku od njih, neki zdravstveni radnici se nisu složili, tvrdeći da se primarna nega koristi po predviđenom uputnom sistemu. Oni tvrde da se u nekim slučajevim ona zapravo i „previše koristi“: „Ima pacijenata koji u istom danu posete tri različita lekara,“ kako tvrdi izvesni lekar. Ovo se, između ostalog, može dovesti u vezu sa nedostatkom poverenja u zdravstveni sistem, i sa sklonošću traženja drugog ili čak i trećeg mišljenja pre nastavka lečenja. Pa tako 15% građana Kosova smatra da su „poverenje u iskrenost i profesionalizam lekara veliki problem“, a 29% smatra da im to ne predstavlja veliki problem kod pristupa zdravstvenoj nezi.

Nedostatak „kulture preventivne nege“ može biti dodatni faktor za razmatranje, uzimajući u obzir zašto neki ljudi ne koriste zdravstvene usluge. „Kada je prevencija u pitanju, to nije stvar navike u našem društvu,“ izjavljuje jedna zdravstvena radnica. „Imamo tu sklonost da posećujemo lekara samo kada moramo. Za nas ne postoji drugi način. Međutim, redovne posete lekaru, samo radi konsultacije ili obavljanja opšte



¹²⁶ "Unmet health care needs statistics", Eurostat, preuzeto 29. nov. 2016, sa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.

kontrole zdravlja, nisu stvar navike.“ Pored toga, stavovi prema skriningu i preventivnoj nezi su pod uticajem društvenih stavova o prihvatljivom ponašanju, naročito kada su žene u pitanju. Što se tiče reproduktivnog zdravlja, ista ispitanica je objasnila:

Poseta ginekologu u cilju redovne kontrole je i dalje...donekle tabu tema za veliki broj žena, naročito mladih žena. Možemo primetiti da žene koje posećuju naše resursne centre, žene sa kojima radimo, pa čak i moj krug prijateljica, jednostavno ne smatraju da je to neophodno ukoliko nisu seksualno aktivne, ili ukoliko nisu još udate ili nemaju nijednog partnera.

Ona je istakla da su stope niske upotrebe zdravstvenih usluga pre prouzrokovane „mentalitetom da je to nešto što nije potrebno... nego što nema [dovoljno prilika] da se takva nega dobije.“ O kulturološkim preprekama koje potencijalno utiču na žene kada su u pitanju zdravstvene usluge se više raspravlja u predstojećem poglavlju.

Upotreba javne nasuprot upotrebi privatne zdravstvene nege

Na pitanje o vrsti ustanove koju preferiraju da posećuju 59,2% ispitanika je tokom ankete iznelo da preferira javne zdravstvene ustanove, dok 32,3% priferira privatne institucije. Dodatnih 8,5% nije iskazalo sklonost ka bilo kojoj.

Razlozi za preferiranje jednog ili drugog tipa institucije se znatno razlikuju među osobama koje su odabrale javne institucije i među onima koje su odabrale privatne institucije (videti tabelu 3). Ispitanicima koji preferiraju javne institucije je cena najbitniji faktor; 69,6% preferira javne ustanove jer su one jeftinije.

Tabela 3. Razlozi zbog kojih osobe preferiraju javne ili privatne

Odgovori	Javne	Privatne
Jeftinije je	69,6%	0,7%
Bolji kvalitet nege	12,6%	79,0%
Bliže mi je	7,7%	0,8%
Poznajem ljude koji tamo rade	3,1%	2,9%
Nudi određeni tip nege koji je meni potreban	4,1%	13,0%
Drugo	2,9%	4,1%

Što se tiče prosečnih troškova na zdravstvenu negu, od 42% ispitanika koji su odgovorili na ovo pitanje, žene su samo na zdravstvene usluge za sebe potrošile približno 151 evro, a muškarci 123 u poslednjih 12 meseci; dakle nema značajne razlike između muškaraca i žena ($p=0,39$). Osobe koje tvrde da preferiraju odlazak u privatne klinike su u proseku platile 217 evra, dok su osobe koje preferiraju javne klinike platile 82 ($p=0,001$). Treba naglasiti da je ovo zasnovano na izjavama o preferiranim ustanovama, jer anketa nije izričito postavila pitanje o tome gde ispitanici stvarno idu. Nadalje, u prethodnoj godini su žene približno potrošile 48 evra, a muškarci 42 na testove poput analiza krvi i rendgena. Osobe koje preferiraju privatnu uslugu troše 65 evra, dok oni koji preferiraju javnu troše 28 evra ($p<0,01$). Što se tiče lične upotrebe farmaceutskih sredstava, žene izjavljuju da su potrošile 110 a muškarci 138 evra u prošloj godini ($p=0,51$). Ovi nalazi ukazuju na značajnu razliku u troškovima u javnim i privatnim zdravstvenim institucijama. Sledeći uobičajeni odgovor u korist javnih ustanova jeste da one pružaju bolji kvalitet nege. Oni koji preferiraju privatne ustanove uveliko ističu bolji kvalitet nege kao glavni razlog takvog izbora. Sledeći najčešći odgovor jeste da privatne ustanove sadrže određene vidove usluga koje su njima potrebne.

Stanovništvo ruralnih krajeva (62,1%) je sklonije odabiru javnih institucija nego stanovništvo urbanih sredina (54,7%). Opredeljenja etničkih zajednica se razlikuju. Većina Albanca se radije opredeljuje za javne institucije (59,6%) nego za privatne institucije (31,8%). Isto važi i za Rome, Aškalije, Egipćane, Bošnjake i Gorance. Veći broj Srba, međutim, preferira privatne ustanove (53,3%).

Stečeni nivo obrazovanja je proporcionalan opredeljivanju za privatne zdravstvene institucije; viši nivo obrazovanja vodi do čvršćeg opredeljivanja za privatne institucije. Ovo odražava trend po kome je veći nivo obrazovanja, pa samim tim i veća šansa za boljom zaradom, faktor zbog kog se iste osobe ređe opredeljuju za korišćenje javnih institucija.

Ispitanike su pitali koliko su često posećivali javne ili privatne zdravstvene institucije u proteklih 12 meseci. Ovo pitanje se, nažalost, upravljalo logikom preskakanja: ukoliko je ispitanik odgovorio da nikada nije obavio opšti zdravstveni pregled, nije bio pitan koliko je puta posetio zdravstvenu ustanovu u poslednjih 12 meseci. Zbog toga predstojeći brojevi ne uključuju osobe koje nisu obavile opšti kontrolni pregled, već su potražile lekarsku pomoć zbog drugog razloga. Od 586 ispitanih osoba (45% ispitanika) medijana poseta javnoj zdravstvenoj ustanovi u protekloj godini je iznosila dva. Medijana poseta privatnoj zdravstvenoj instituciji je iznosila jedan. Ovo ukazuje da su ispitanici u praksi skloniji korišćenju javnih zdravstvenih ustanova nego privatnih ustanova.

Dok pojedini intervjuisani zdravstveni radnici tvrde da su uslovi u privatnom i javnom sektoru isti, obično se stavovi zdravstvenih radnika o odnosu između javne i privatne nege znatno razilaze, najčešće u zavisnosti od radnog mesta. Zdravstveni radnici privatnih ustanova

„Ljudima se u privatnim ustanovama prodaju nepotrebne procedure.“

- Lekar, Priština

„Nemamo dovoljno rukavica, maski i kapica, dakle osnovnih zaliha. Takođe nam fale lekovi, instrumenti i čaršavi se cepaju. Kada nam je potrebno nešto čega nemamo, žene koriste telefone. Pozovu muževe; mi zapišemo šta nedostaje; on ode da to kupi.“

- Ginekolog, Regionalna bolnica, Mitrovica

uglavnom favorizuju privatnu negu i obrnuto. Neki zdravstveni radnici tvrde da privatne ustanove nude bolje uslove, uključujući opremu, materijale, bolje usluge, kvalifikovanije osoblje, manje pacijenata, kraće periode čekanja i veću privatnost. Pojedini zdravstveni radnici javnog sektora su i ukazali na nedostatak zaliha (videti isečak).

Za razliku od toga, drugi zdravstveni radnici tvrde da javna nega nudi dobro obučeno osoblje, više materijala i uopšte bolje uslove. Oni su takođe istakli da preferiraju da rade u javnom sistemu, koji im pruža poslovnu sigurnost, manje administrativnog posla i bolje radno vreme. Pojedini radnici javnog zdravstvenog sistema su takođe iskazali zabrinutost da se privatna nega bazira na zaradi, što može dovesti do zloupotrebe položaja zdravstvenih radnika kako bi ostvarili veću zaradu. Još jedan razlog za zabrinutost koji su pomenuli jeste da određene ustanove privatnog sektora mogu biti neregistrovane, što otvara pitanje odgovornosti. „Država nije uspela da proveri ovakve privatne klinike jer ispituje samo one koje su registrovane i to samo zato što plaćaju porez,“ izjavljuje lekar. „Niko ne istražuje kako ostale privatne, neregistrovane klinike rade.“ Čak i registrovane privatne klinike ne moraju biti pod dovoljnim nadzorom, dodatno ističu ispitanici.

Rasprava o javnim i privatnim sektorima

Na Kosovu bi privatni i javni sistemi trebalo da funkcionišu odvojeno i nezavisno. Prema zakonu je lekarima zabranjeno da upućuju pacijente iz javnog sektora u privatni sektor. U praksi se pak ti uputi naizgled često dešavaju. Ovakav ilegalni uputni sistem je takođe zapazio Pokret *Izjasni se (Levizja FOL)* u svom novijem izveštaju o korupciji u zdravstvu.¹²⁷

Često se dešava, i zakonom je dozvoljeno, da lekari rade u oba sektora istovremeno. Primanja iz privatnih klinika nadomešćuju javna primanja. Učestalost ove prakse se često spominje u intervjuima sa ispitanicima, od kojih pojedini ističu da se i sami oslanjaju na prihod iz

¹²⁷ Levizja FOL, 2016.

oba sektora. „Jako je zabrinjavajuće to što su nekada pojedine osobe direktori u jednoj klinici, i isto tako [direktori] u još jednoj privatnoj,“ istakao je jedan lekar. Radeći dva posla svakodnevno može uticati na kvalitet pružanja nege, po rečima lekara koji radi u oba sektora. S obzirom na to da se radno vreme ne može duplirati, neki lekari odlaze sa javnih poslova ranije kako bi radili u svojim privatnim klinikama, kako objašnjava izvesni lekar. Ovo može doprineti nedovoljnom broju lekara u javnim ustanovama, što je često pominjano tokom intervjua. Zaposlenost u oba sektora tako može dovesti do sukoba interesa i izopačenih motiva, čime bi se potom pogoršala nega pacijenata koji se leče u javnom sektoru. Sledeći primeri to i objašnjavaju.

Sukob interesa lekara koji rade u oba sektora može uticati na dostupnost opreme, tvrde zdravstveni radnici. Lekari mogu biti vođeni motivom da upućuju pacijente u svoje privatne klinike gde su cene usluga obično skuplje za pacijenta. Zbog toga su oni podstaknuti da iskazuju ravnodušnost na status javnih ustanova. Jedan ispitanik je ukazao na činjenicu da u situacijama kada je oprema koja se koristi u javnoj ustanovici neispravna, lekar će uputiti pacijenta u privatnu kliniku, obično svoju. Još jedan ispitanik je ponudio sličan primer, raspravljajući o slučajevima kada je oprema u javnim ustanovama namerno oštećena kako bi privatne prakse imale koristi od više klijenata. Još jedan ispitanik se pozvao na slučajeve kada su zdravstveni radnici javnog sektora lažno izjavili da je oprema neispravna i pacijente uputili u svoje privatne klinike; samo kada postoji politički pritisak se vrata otvaraju i otkrivaju savršeno ispravnu opremu sakrivenu iza njih. Levizja FOL na sličan način zaključuje da se približno 73% građana „često“ ili „uvek“ nalazi u situaciji kada javne institucije ne pružaju određene zdravstvene usluge i pritom mora da potraži usluge privatne nege.¹²⁸

„Usled ekonomskih razloga radim u oba sektora: Radim ovde u bolnici, ali takođe i u privatnoj klinici. Smatram da bi bilo mnogo bolje vredno raditi i ulagati napore u javni sektor. Mislim da bi organizacija [zdravstvenog sektora] bila bolja. [...] Lekar u nije lako raditi dve smene svakodnevno. Mislim da bi bilo dobro kada bi postojalo rešenje koje bi osiguralo rad ili u jednom ili u drugom [sektoru]. Ovo, međutim, nije do nas, već do viših institucija.“

- Ginekolog, Gnjilane

Zaključak

Obrasci zdravstvene nege na Kosovu pomažu u definisanju i shvatanju zdravstvenih navika građana tokom pristupa zdravstvenoj nezi. Sve u svemu, upotreba zdravstvenih usluga je na Kosovu niska, naročito upotreba primarne nege. Kosovsko stanovništvo ruralnih područja koristi zdravstvene usluge još manje. Kako se broj godina povećava, osobe su sklonije potražnji usluga. S obzirom na to da nema sveobuhvatnih skrining programa za kardiovaskularne i zloćudne bolesti, stanovništvo Kosova slabo obavlja skrininge.

Što se tiče primarne nege, skoro četvrtina građana Kosova nije sklona posetama posetama lekaru ili stomatologu, čak i kada shvate da im je nega potrebna. Procenat osoba koje ne traže negu onda kada im je ona potrebna je veći na Kosovu nego u EU. Pomenuti razlozi za to uključuju cene, strategiju „sačekaj da prodje“, strah i vremensku ograničenost. O ovim i ostalim barijerama se u predstojećim poglavljima detaljnije govori.

Kako bi se uopšte poboljšala upotreba primarne i preventivne nege, obaveštenost o pristupačnosti takvih usluga mora biti bolja i stavovi građana prema korišćenju usluga

¹²⁸ Ibid.

promenjeni. Tačnije, visoka zastupljenost abortusa tokom životnog veka ukazuje na potrebu za boljim savetovalištim a o planiranju porodice i distribuciju kontraceptiva u primarnoj nezi.¹²⁹

Verovatno postoji i nedovoljna upotreba usluga mentalne zdravstvene nege, naročito kada se uzme u obzir visoka zastupljenost mentalnih bolesti nakon rata i stigme koja se dovodi u vezu sa mentalnim oboljenjima koja naizgled sprečava građane da potraže pomoć. Kada mentalna oboljenja postanu psihosomatska a ne dijagnostikuju se kao takva, to može dovesti do preterane upotrebe ostalih zdravstvenih usluga.

Lekovi se naširoko upotrebljavaju, ali ovo istraživanje, nažalost, ne pravi razliku između lekova kupljenih sa receptom i lekova kupljenih bez istog. I povrh toga, intervjui i stavovi ispitanika uveliko ukazuju na to da se lekovi pogrešno primenjuju i kupuju bez recepta, naročito lekovi za smirenje i jaki analgetici. Nelegalno korišćenje antibiotika na osnovu samostalne dijagnoze može predstavljati rizik po zdravlje pojedinca i naročito po zdravlje društva, dovodeći do antimikrobne rezistencije. Nelegalno korišćenje narkotika usled zavisnosti takođe može ugroziti pojedinca i dovesti do psihosocioloških problema, naročito u društvu sa ogromnim teretom netretiranih trauma. Kako javni i privatni sektor i dalje koegzistiraju, mora postojati bolji sistem nadgledanja i sprovođenja mera. Trenutno i jedan i drugi sistem imaju i dobrih i loših strana. Pacijenti su ipak ti koji na kraju snose posledice smanjenog kvaliteta nege i sukoba interesa među davaocima. Sve dok lekari imaju finansijski podsticaj da rade u oba sektora i primaju što više pacijenta, šanse da će se ponašanje zaposlenih u oba sektora promeniti su male.

Sledeća tri poglavlja se ozbiljnije bave razlozima koji građanima otežavaju pristup zdravstvenoj nezi na Kosovu.

¹²⁹ Molimo pogledajte Apendiks 6 za više informacija o planiranju porodice.

Pol i pristup zdravstvenoj nezi

Ovo poglavlje razmatra u kojoj razmeri se pristup zdravstvenoj nezi razlikuje u odnosu na dati pol. Tačnije, ispituje ko donosi odluku o pristupu zdravstvenoj nezi, ispituje praksu davanja prvenstva određenim članovima porodice kada je u pitanju zdravstvena nega, kao i ostale sociološke i kulturološke faktore koji utiču na žene i muškarce tokom pristupa zdravstvenoj nezi.

Imajući u vidu da se jedno od ključnih pitanja istraživanja ticalo otkrivanja razlika između žena i muškaraca kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi, jedno od najvećih iznenađenja u analizi je bio očigledni nedostatak razlika između muških i ženskih vrednosti u indeksima. Mnogi indeksi su ukazali na manju ili nepostojeću razliku kod pristupa zdravstvenoj nezi, bilo žena ili muškaraca. Međutim, nekoliko individualnih anketnih pitanja je otkrilo razlike, a o njima se raspravlja u ovom poglavlju.

Ko odlučuje o zdravstvenoj nezi?

Na pitanje o tome ko ima glavnu reč kada je reč o donošenju bitnih odluka, većina anketiranih žena je reklo da to pravo pripada ili njihovim muževima ili očevima. Odgovor „muž“ je odobrilo 45% ispitanica, dok je odgovor „otac“ odabralo 12,4%. Samo 7,3% žena prijavljuje da ima glavnog udela u donošenju bitnih odluka. Nasuprot tome, većina muškaraca odgovara da su oni (33,6%) ili njihovi očevi (25,6%) ti koji donose konačnu odluku.

Što se tiče zdravstvene nege, većina muškaraca (77,2%) i žena (62,7%) tvrdi da sami odlučuju da li treba otići lekaru. Za žene je pak sledeći najčešći donosilac te odluke muški partner; 22,8% žena je reklo da on odlučuje da li ona može da ode lekaru. Sledeći čest odgovor koji su dali muškarci jeste da njihova partnerka odlučuje o tome, mada je samo njih 6,5% dalo taj odgovor.

„Muž i svekrva ponekad otežavaju [...] ženama pristup dobroj zdravstvenoj nezi.“

- Lekar, Vučitrn

Još jedno pitanje se ticalo i toga ko odlučuje da li bi decu trebalo odvesti lekaru. U uzorku ankete 25,9% ispitanika nije imalo dece. Svi odgovori koji slede su od onih ispitanika koji imaju decu. Gotovo polovina ženskih ispitanika (46,3%) prijavljuje da njihovi muževi ili partneri odlučuju o odlasku dece lekaru. Što se tiče muškaraca, 35,1% izjavljuje da je odluka njihova, a ostalih 31,5% da je odluka na njihovim partnerkama. Ovo ukazuje na činjenicu da neke žene i muškarci imaju različite percepcije o tome ko odlučuje da li je deci potrebna zdravstvena nega.

I na kraju su ispitanici pitani o tome da li je odluka o upotrebi kontraceptivnih sredstava zajednička, samo njihova, ili odluka njihovih partnera. Velika većina žena (79,8%) i muškaraca (70,7%) tvrdi da je odluka zajednička. Međutim, u situacijama gde to nije zajednička odluka, muškraci imaju više kontrole. Mnogo veći procenat muškaraca, 20,0%, tvrdi da je odluka o upotrebi kontracepcije njihova. Isto tako veći procenat žena, 13,2%, tvrdi da njihov partner donosi tu odluku, dok je samo 9,2% muškaraca dalo sličan odgovor.

Takođe postoje i česti slučajevi u kojima žene nemaju tu moć da donesu odluku o tome da li će obaviti abortus ili ne; tri procenta žena je izjavilo da su bile pod pritiskom da urade abortus, a 3,9% pod pritiskom da ne urade. Iako ne baš rasprostranjena, ova činjenica ukazuje na to da žene nemaju puno pravo na donošenje odluka o sopstvenom zdravlju.

Prvenstvo među članovima porodice o pristupu zdravstvenoj nezi

Na pitanje o tome koji članovi porodice imaju prvenstvo kada je u pitanju odlazak lekaru na opšti pregled, ispitanici su velikom većinom rekli: „Niko, svi smo isti“ (72,2%). Međutim, među ispitanicima koji daju prvenstvo određenim članovima porodice, gotovo uvek se ona daje

muškarcima, muškoj deci i starijim muškarcima. Muškarci su naročito skloni davanju prvenstva drugim muškarcima kada je u pitanju zdravstvena nega. Davaoci zdravstvene su tokom intervjuisanja primetili da pristup žena zdravstvenoj nezi zavisi od ekonomske stabilnosti porodice; ukoliko porodica ne može da priušti lečenje svih članova, žene su te koje poslednje primaju lekarsku pomoć. Žene tako mogu i odabrati da se odreknu lečenja usled ekonomske situacije u porodici (videti isečak).

„Kada je recept za dete, oni [mušterije] ne pitaju za cenu leka. Odmah ga kupe. Kada je za ženu, ona ga ostavlja po strani ili ga ne uzima. Obično odustanu i kažu ‚Proći će, izvući ću se‘.“

- Tehničar, Apoteka, Peć

Pol i sociokulturološke prepreke pristupu zdravstvenoj nezi

Pored ranije navedenih dimenzija o donošenju odluka i davanja prednosti koje su uključene u Indeks o kulturološkim preprekama,¹³⁰ preostale individualne mere mogućih društvenih i kulturoloških prepreka zavređuju razmatranje. Ovde se one definišu kao „socio-kulturološke“ prepreke. Termin „sociološki“ se odnosi na društvo i kako se ono organizuje, uključujući norme, običaje, vrednosti, religiju i uloge. Termin „kulturološki“ se odnosi na uverenja, stavove, religiju i uloge. Sociokulturološki, dakle, označava kako se ta dva mogu kombinovati i međusobno dopunjavati. U ovom slučaju to ima uticaj na pristup žena i muškaraca zdravstvenoj nezi. Tačnije, ovo istraživanje se fokusiralo na rodne norme i odnose, uključujući i načine na koji žene i muškarci na Kosovu mogu putem normi, uloga i vrednosti uticati na pristup zdravstvenoj nezi. MŽK je identifikovala nekoliko trendova, a neki od njih su široko rasprostranjeni, koji se tiču sociokulturoloških barijera sa kojima se žene i muškarci suočavaju zbog svog pola.

Najpre, usled društvenih normi koje nastoje da ulogu negovateljice dodele ženi, vremenska ograničenja mogu uticati na ženin pristup zdravstvenoj nezi u većoj meri nego što to čini za muškarce. Rezultati ove ankete su ukazali na to da sam odlazak do i od zdravstvene institucije traje u proseku 40 minuta. Uključujući i period čekanja, konačnu dijagnozu, lečenje, uzimanje recepta i plaćanje, jedna poseta zdravstvenoj ustanovi može iscrpeti dosta vremena. Kao što je i jedan lekar primetio: „Žene su zauzete drugim stvarima i ostavljaju [sebe] za kraj.“ Činjenica da se žene u društvu smatraju onima na čija pleća pada nega i ostali neplaćeni kućni poslovi, što je deo tradicionalnih reproduktivnih uloga,¹³¹ može značiti i to da one smatraju kako nemaju dovoljno vremena za posetu lekaru pored svojih obaveza. Među ženama koje nisu u protekloj godini konsultovale lekara kada su osetile potrebu za tim, 11,9% je reklo da je glavni razlog tome to „što nisu imale vremena zbog posla, brige o deci ili drugima.“ Žene koje obavljaju neplaćene kućne poslove se verovatno suočavaju sa poteškoćama prilikom napuštanja osobe/osoba o kojima se brinu kako bi za sebe potražile lečenje. Zaposlene žene su pod „dvostrukim teretom“ obavljajući neplaćene kućne poslove i plaćene poslove van kuće.¹³² Ovo se upravo dovodi u vezu sa nižim zdravstvenim statusom,¹³³ i može doprineti nedostatku vremena za brigu o ličnom zdravlju. Iako većina muškaraca nije sklona nošenju ovog „dvostrukog

¹³⁰ Za više informacija o ovom indeksu, videti metodologiju u Apendiksu I.

¹³¹ Za više informacija o ženskim neplaćenim ulogama negovateljica videti Nicole Farnsworth, et al. for KWN, *Who Cares? Demand, Supply, and Options for Expanding Childcare Availability in Kosovo*, Priština: KWN, 2016.

¹³² „Dvostruki teret“ sa kojim se žene suočavaju je iscrpno istraživani i drugde (videti Pollert, *Women, Work and Equal Opportunities in Post-Communist Transition*, Greenwich: 2003; Pascall and Manning, *Gender and social policy: Comparing states of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union*, Nottingham: 2000).

¹³³ Väänänen et al., *The Double Burden of and Negative Spillover Between Paid and Domestic Work: Associations with Health Among Men and Women*, Helsinki: 2004.

tereta“, 12% onih koji nisu posetili lekara onda kada su smatrali da je to bilo potrebno su ovo takođe pripisali nedostatku vremena.

Zatim, društvene prepreke isto mogu uzajamno delovati na finasijske prepreke, što ženama sprečava pristup zdravstvenoj nezi. Uzevši u obzir niske stope zaposlenosti žena (18,1% u 2015. godini),¹³⁴ što je povezano sa društveno oformljenom reproduktivnom ulogom kod kuće,¹³⁵ žene često nemaju sopstvene prihode kojima mogu platiti zdravstvene usluge. Moguće je da žene često ne mogu „nezavisno upravljati svojim finasijskim sredstvima“, na šta je skrenuo pažnju jedan ispitanik. Kod približno jedne trećine kosovskih porodica, muškarci su i dalje primarni donosioci odluka kada su porodična finasijska sredstva u pitanju.¹³⁶ Mada žene mogu koristiti određene zdravstvene usluge besplatno u javnim institucijama, neke žene preferiraju lečenje u privatnim institucijama, i u tim slučajevima „finasijska sredstva postaju prepreka za veliki broj žena“, tvrdi isti ispitanik.

Potom, kulturološka uverenja koja se tiču žena i muškaraca mogu uticati na dostupnost zdravstvene nege određenim ljudima. Približno četiri procenta građana Kosova veruje da „žene moraju biti snažne i da im ne treba poseta lekaru“. Oni stariji od 45 su skloniji izjavama poput „ne znam“, a ispitanici starosti 16-44 godina se uglavnom ne slažu sa tim stavom ($p=0,02$).¹³⁷ Nasuprot tome, gotovo pet procenata građana Kosova smatra da „muškarci moraju biti snažni i da im ne treba poseta lekaru“. Iako ne postoji značajna razlika u stavovima po mestu prebivališta, mladi ljudi su skloniji slaganju sa ovom izjavom od starijih ljudi ($p=0,02$). Od onih koji tvrde da žene moraju biti snažne, 53% isto tvrdi za muškarce.

Zdravstveni radnici su takođe tokom intervjua naglasili da izvesne žene, vođene svojim ubeđenjima, ne žele da ih dodiruje muškarac koji nije njihov suprug, čak i ukoliko je u pitanju lekar. Žene su daleko sklonije tome da im pol davaoca zdravstvene nege predstavlja problem nego muškarci ($p=0,006$); 23,8% žena smatra da im ovaj

„Pacijentkinjama koje su religiozne ili dolaze iz ruralnih područja je teško zato što se one često užasavaju da razgovaraju sa mnom nasamo, ili da od mene traže da izvršim pregled grudi. Uvek traže da sestra pristuje ili da ona obavi pregled.“

- Muškarac, Ginekolog, Priština

problem ograničava pristup zdravstvenim uslugama u odnosu na 18,4% muškaraca. Ovakvi stavovi su rasprostranjeniji u ruralnim oblastima gde 25,3% građana Kosova ovo smatra problemom, u poređenju sa 15,0% građana urbanih sredina ($p=0,001$).

U mogućoj vezi sa ovom je i religija, koja takođe može biti faktor u sprečavanju pristupa. Odnos između prisustvovanja religijskim obredima i preferiranja lekara istog pola je naročito značajan kod žena ($p=0,03$), ali ne i kod muškaraca ($p=0,1$). Ipak podaci ankete ne ukazuju na to da su ljudi koji češće prisustvuju religijskim obredima skloniji tome da im pol lekara predstavlja problem. Pa je tako 16% osoba koje prisustvuju religijskim obredima nekoliko puta mesečno i 9% onih koji prisustvuju jednom nedeljno izjavilo da je pregled kod lekara suprotnog pola „veliki problem“. Nadalje, 25% žena koje prisustvuju obredima jednom do tri puta mesečno, 30% žena koje prisustvuju jednom nedeljno i 20% onih koje prisustvuju više od jednom nedeljno smatra ovo „malim problemom“. Iako ovaj odnos donekle nije dosledan, zabrinutost o polu lekara može za neke žene zbog religijskih ubeđenja predstavljati prepreku kada je u pitanju zdravstvena

¹³⁴ ASK, *Rezultati Ankete radne snage Kosova 2015*, Priština: 2016, str. 10.

¹³⁵ Farnsworth et al. for KWN, *Who Cares?*.

¹³⁶ Farnsworth et al. for KWN, *No More Excuses: An Analysis of Attitudes, Incidence, and Institutional Responses to Domestic Violence in Kosovo*, Priština: KWN, 2015, p. 29.

¹³⁷ Među licima koja veruju u ovo nije bilo značajne razlike kada su u pitanju muškarci i žene

nega.¹³⁸ Zdravstveni radnici su primetili da naročito konzervativne muslimanke traže lečenje od strane ženskih lekara. Ovo ženama može omesti pristup adekvatnoj nezi kada ženski radnici nisu dostupni.

Kada je u pitanju reproduktivno zdravlje, i ako je verovati glasinama, neki građani Kosova smatraju da neudate žene i udovice nemaju potrebe za ginekološkim pregledima. Stoga je ovo istraživanje nastojalo da ispita učestalost ovakvog uverenja. Samo četiri procenta kosovskih građana se složilo, ili se u potpuno složilo sa stavom da „ženama koje su neudate, uključujući i udovice, nije potreban ginekološki kontrolni pregled.“ Dodatnih četiri procenta se složilo, ili se nije složilo, ili ne zna.¹³⁹ Slično tome se samo 3,7% složilo da „ženama koje su završile sa rađanjem dece više ne trebaju ginekološki kontrolni pregledi.“ Približno 5% nije bilo sigurno.¹⁴⁰ Ruralno stanovništvo je sklonije slaganju sa ovakvim stavom nego što je urbano stanovništvo ($p=0,01$). Uprkos tome, samo 4,7% ruralnog stanovništva i 2,3% urbanog stanovništva smatra da ženama koje su završile sa rađanjem dece više nije potrebna ginekološka nega. Ovo istraživanje ukazuje da ovakva mišljenja ili nisu bila široko rasprostranjena ranije ili su smanjila s vremenom. Čak i da je tako, na pitanje zašto nemaju pristup adekvatnim seksualnim i reproduktivnim uslugama zdravstvene nege ukoliko su im one potrebne, 11% žena je izjavilo da je za njih neprihvatljivo da traže takve usluge jer su neudate ili udovice. Ovo ukazuje na jaz između onoga što ispitanici znaju i kako se ponašaju u praksi.

Pristrasnost ili diskriminacija od strane zdravstvenih radnika takođe može uticati na pristup zdravstvenim uslugama, bilo za žene ili muškarce. Uvreženi stav među zdravstvenim radnicima jeste da su žene nežnije, osetljivije i odgovornije, uglavnom zbog toga što su majke. Nasuprot njima, neki zdravstveni radnici muškarce smatraju „arogantnima“ i nezainteresovanima. Društvene pretpostavke o ženama i muškarcima mogu uticati na pristup informacijama. Na primer, pretpostavka pojedinih davalaca zdravstvene nege da muškarci ne moraju znati ništa o kontracepciji može uticati na pristup muškaraca informacijama o kontracepciji (videti isečak). S obzirom na to da je pravo na informacije zaštićeno kosovskim zakonom, ovo može predstavljati kršenje prava. Kvalitativni intervjui naročito ukazuju na to da takve pretpostavke naizgled postoje samo među zdravstvenim radnicima; ostali su naglasili važnost podjednakog lečenja muškaraca i žena.

Zaključak

Iako indeksi dostupnosti ne otkrivaju značajne razlike između muškaraca i žena, nekoliko individualnih anketnih pitanja to čini. Uočljive razlike postoje kod donošenja odluka i socio-kulturoloških prepreka. Na Kosovu bitne odluke unutar domaćinstva, uključujući i kada bi žene i deca trebalo da posete lekara, umnogome donose muškarci, što ženama otežava pristup zdravstvenim uslugama. Ovo je takođe tačno i kada se tiče odluka o planiranju porodice, onda kada se one zajednički ne donose. Pritom, ukoliko su sredstva ograničena muškim članovima porodica se daje prednost prilikom korišćenja zdravstvenih usluga.

Širi međusobno povezani socijalno-ekonomski faktori poput niskih stopa zaposlenosti žena koje ograničavaju njihov pristup finansijama, vremenskih ograničenja i neplaćenih poslova negovateljice mogu isto tako ženama otežati pristup zdravstvenoj nezi. Kulturološka verovanja

¹³⁸ Nadalje, od žena koje prisustvuju religijskim obredima samo tokom praznika, 11% izjavljuje da je pol lekara „veliki problem“, Među ženama koje nikada ne prisustvuju religijskim obredima 5% ovo smatra velikim problemom. Od onih koje prisustvuju jednom nedeljno, nijedna ne smatra da je to veliki problem. Ostale žene koje smatraju da je pregled kod lekara suprotnog pola mali problem uključuju: 11% žena koje nikad ne prisustvuju obredima, 16% onih koje to rade samo u toku praznika i 21% onih koje prisustvuju svakih nekoliko meseci.

¹³⁹ Ne postoji značajan odnos između slaganja i godišta kao ni između stanovanja u urbanim ili ruralnim oblastima.

¹⁴⁰ Ne postoji značajna razlika u mišljenju po polu, godištu ili urbanom/ruralnom prebivalištu.

da žene i muškarci moraju „biti jaki“ i izbegavati traženje zdravstvene pomoći, ili da neudatim ženama, udovicama ili starijim ženama nije potrebna reproduktivna nega i dalje postoje na Kosovu, mada ne preovlađuju. Kulturološka verovanja koja se tiču pola zdravstvenog radnika, naročito ginekologa, mogu nekim ženama onemogućiti pristup zdravstvenim uslugama. Imajući u vidu da je sloboda izbora zdravstvenog radnika legalno pravo na Kosovu,¹⁴¹ ovo ukazuje na kršenje prava verovatno usled nedostatka ženskog osoblja. U nekim slučajevima, ubeđenja zdravstvenih radnika o muškarcima i ženama takođe mogu uticati na pristup pacijenata informacijama i nezi. Rešavanje problema otežanog pristupa muškaraca i žena zdravstvenoj nezi usled socio-kulturoloških prepreka će zahtevati podizanje svesti u svrhu promene društvenih normi, ubeđenja i vrednosti kako bi svi imali pristup zdravstvenoj nezi.

¹⁴¹ Skupština Kosova, Zakon o pravima i odgovornostima kosovskih građana u zdravstvenom sistemu, čl. 5.

Prebivalište i pristup zdravstvenoj zaštiti

Kosovo je prošlo kroz migracijsku promenu između urbanih i ruralnih delova zemlje u proteklim decenijama.¹⁴² U međuvremenu se stanovništvo glavnog grada Prištine desetostruko povećalo u poslednjih šest godina. Čak i pored toga, većina stanovništva (62%) živi u ruralnim regijama. Prema Agenciji za statistiku Kosova (ASK), ruralno stanovništvo konzumira manje od urbanog stanovništva, i takođe drugačije troši sredstva. U proseku domaćinstva u urbanim područjima godišnje potroše približno 8.000 evra, što je otprilike 700 evra više nego ruralna domaćinstva. U ruralnim oblastima ljudi više sredstava troše na hranu i prevoz, ali malo manje na zdravstvenu negu i obrazovanje.¹⁴³ Ovo se ogleda kod nepoklapanja između urbanog i ruralnog stanovništva kada je u pitanju pristup zdravstvenoj zaštiti, što je ustanovljeno ovim istraživanjem i ramatrano u ovom poglavlju. Imajući u vidu ruralno i urbano prebivalište, ovo poglavlje ispituje šest indeksa, uključujući potencijalne finansijske, geografske, kulturološke prepreke, prepreke širenju svesti, kao i odnose između pacijenta i davaoca nege i opaženi kvalitet osoblja.

Finansijske prepreke prema prebivalištu

Indeks finansijskih prepreka kombinuje pitanja koja se tiču sticanja novca za zdravstvene usluge ili lekove, ali i razloga za nepotražnju lekarske konsultacije, statusa zdravstvenog osiguranja i novca kao primećenog faktora koji otežava pristup reproduktivnoj zdravstvenoj nezi. U okviru ovog indeksa se građani Kosova koji žive u ruralnim regionima suočavaju sa malo većim brojem prepreka u pristupu nezi reproduktivnog zdravlja nego građani Kosova koji nastanjuju urbane regione ($p=0,001$). Ovo nepoklapanje se prevashodno dešava zbog žena iz ruralnih oblasti koje se suočavaju sa znatno više finansijskih prepreka nego žene urbanih oblasti ($p=0,002$). Za razliku od njih, muškarci urbanih i ruralnih krajeva se značajno ne razlikuju ($p=0,12$).

Na pitanje o tome da li je sticanje novca za medicinsku negu i usluge problem, 45,3% žena sa sela tvrdi da jeste, dok samo samo nekih 30,4% žena iz gradova tvrdi isto. Samo tri procenta razlike se javilo kod muškaraca sa sela (39,7%) i muškaraca iz gradova (36,2%). Možda se ovo neslaganje delom može pripisati i naginjanju ka društveno prihvatljivijem odgovoru, s obzirom na činjenicu da muškarcima može biti teško da priznaju da nemaju dovoljno novca za negu.

Dve trećine osoba koje koriste privatno osiguranje je muškog pola, a jedna trećina ženskog. Pola osiguranika živi na selu, a pola u gradu. Međutim, rodna podela se uveliko razlikuje po ruralnim i urbanim oblastima. U ruralnim područjima je približno 80% osiguranika muškog pola a 20% ženskog, dok je u urbanim sredinama polovina ženskog pola.¹⁴⁴ Bez javnog

„Uslovi su jako siromašni. Pacijenti su u teškoj ekonomskoj situaciji. Većina dolazi sa sela i zavisi od socijalne pomoći.“

- Lekar, Vučitrn

¹⁴² Besim Gollopeni, *Rural Urban Migration in Kosovo*, Priština, 2015; The following sentences draw from the same source.

¹⁴³ ASK, *Rezultati ankete o budžetu domaćinstava 2015, 2016*

¹⁴⁴ Možda i nije iznenađujuće što postoji značajna veza između statusa zaposlenja i posedovanja zdravstvenog osiguranja; osobe koje rade na plaćenim pozicijama van kuće imaju veće šanse za osiguranjem od osoba koje rade neplaćene kućne poslove, ili su nezaposlene, ili u penziji ($P<0,01$). Osobe koje rade u sektorima poput zdravstvenog, obrazovnog, marketinškog, transportnog ili zakonodavnog imaju veće šanse da dobiju osiguranje nego osobe koje su zaposlene u drugim sektorima. Nijedan od ispitanika koji rade u poljoprivredi, obradi prehrambenih proizvoda, vladi i finansijama nije izjavio da ima privatno zdravstveno osiguranje.

zdravstvenog osiguranja većina građana Kosova je primorana da plaća medicinske troškove iz džepa.

Činjenica da ekonomski uslovi ljudima predstavljaju prepreku kada je u pitanju zdravstvena zaštita, naročito onima iz ruralnih oblasti, jeste problem koji intervjuisani zdravstveni radnici često ističu.

„Ovo znači da mnogi ljudi, zbog nemogućnosti da plate, gube pristup

zdravstvenoj zaštiti,“ tvrdi jedan lekar. U nekim slučajevima je opažanje ekonomske situacije pacijenta isto uticalo na vrstu lečenja koju su primili, što opisuje jedan od lekara u isečku iznad teksta. Ovo ukazuje na to da u nekim slučajevim pacijenti ne dobijaju lečenje koje im je potrebno, već lečenje koje na osnovu lekarske percepcije oni mogu priuštiti. Takve percepcije mogu narušiti pristup kvalitetnoj nezi.

Što se tiče pojedinih oboljenja, finansijske i geografske prepreke mogu delovati obostrano i na taj način otežati pristup zdravstvenoj zaštiti. Na primer, među 23 slučaja osoba koje nisu bile u mogućnost da prime terapiju za karcinom najčešći razlozi za to su uključivali nedostupnost takve terapije na Kosovu i nemogućnost da je priušte.¹⁴⁵ Neke terapije su dostupne u privatnim klinikama, ali nisu priuštive. Ispitivanje tipova oboljenja za koje terapija na Kosovu nije dostupna nije bilo predmet ovog istraživanja, ali može biti oblast koju je potrebno dodatno istražiti.

„Osmotrite decu. Osmotrite njihovu majku, odnosno roditelja i celokupni utisak. Na vama je da im prepisete adekvatnu terapiju koju njihov ekonomski status omogućuje.“

- Lekar, GCPM, Gnjilane

Geografske prepreke prema prebivalištu

Indeks geografskih prepreka uzima u obzir vreme putovanja, metodu i udaljenost do zdravstvene ustanove, kao i primećeni nedostatak pristupa nezi reproduktivnog zdravlja. U celini, građani urbanih područja se suočavaju sa manje geografskih prepreka nego građani iz ruralnih delova zemlje. Na primer, 36% kosovskih građana sa sela (nasuprot 22% građana Kosova koji nastanjuju gradove) smatra da je udaljenost do zdravstvene ustanove problem kada se govori o pristupačnosti zdravstvene zaštite. Na Kosovu postoje klinike primarne zaštite u 38 opština, bolnice sekundarne zaštite u svakom od sedam regiona i tercijarna bolnica koja postoji samo u Prištini. So obzirom na to da je ovakva organizacija decentralizovana, samo geografsko najizolovaniji građani Kosova mogu naići na prepreke kada je u pitanju pristupačnost primarne zdravstvene zaštite. Međutim, isto se ne može reći za specijalističku negu. Zbog ovoga je nivo sistema zdravstvene zaštite kome građani žele da pristupe jako važan, mada ovo istraživanje to nije ispitivalo.

Ova razlika u geografskom pristupu se ogleda kroz različite vidove prevoza koji koriste ispitanici kako bi otišli do zdravstvene ustanove. Veći broj urbanog (47,6%) i ruralnog (64,1%) stanovništva koristi privatni auto. Međutim, druga najpopularnija prevozna opcija značajno varira. Drugi najčešći izbor kod ispitanika koji dolaze iz gradskih sredina jeste hodanje do ustanove, što je istaklo 37,1% ispitanika. Samo 8,3% ispitanika koji žive u seoskim oblastima tvrdi da ide peške. Tačnije 19% ruralnog stanovništva tvrdi da koristi minibus.¹⁴⁶ Ispitanici iz Peći su ukazali na nedostatak javnog prevoza u nekim ruralnim predelima koji mogu stvoriti prepreke ruralnim stanovnicima koji traže zdravstvenu zaštitu. Nedovoljna dostupnost javnog prevoza takođe povećava troškove zdravstvenih usluga, pošto cene vozila ili taksija mogu biti skuplje.

¹⁴⁵ Nije bilo značajne razlike prema prebivalištu, etničkoj pripadnosti, ili polu.

¹⁴⁶ Nije bilo značajne razlike između žena i muškaraca.

Kulturološke prepeke prema prebivalištu

Moguće kulturološke prepreke koje se ispituju u indeksu kulturoloških prepreka su uključivale i posedovanje moći donošenja odluke o potražnji zdravstvene zaštite, potrebu da se traži dozvola za odlazak, sposobnost putovanja bez pratnje i smatranja da je traženje nege reproduktivnog zdravlja neprihvatljivo. Građani kosovskih ruralnih područja, sa srednjom vrednošću od 14,8, se suočavaju sa donekle više kulturoloških prepreka nego kosovski građani koji žive u urbanim područjima, čija je srednja vrednost 11,2 ($p < 0,001$). U okviru urbanog konteksta se muškarci i žene značajno ne razlikuju međusobno. Međutim, muškarci i žene sa sela se razlikuju, i žene sa sela se suočavaju sa više prepreka.

Svest prema prebivalištu

Indeks svesti je uključivao pitanja o znanju koje ispitanici smatraju da poseduju kada su u pitanju njihova zakonska prava na zdravstvene usluge, zdravstveno osiguranje i pravo na žalbe ukoliko nisu zadovoljni kvalitetom pružene medicinske nege. Građani Kosova iz urbanih krajeva su zabeležili vrednost od 34,8 u okviru indeksa svesti, i znatno su svesniji svojih prava za razliku od ruralnog stanovništva Kosova, sa zabeleženom vrednošću od 42,5 ($p < 0,001$). Prilikom stratifikacije urbanih i ruralnih prebivališta javlja se značajna veza između obrazovanja i poznavanja prava kod urbanih ($p < 0,001$) i ruralnih ispitanika ($p < 0,001$). Nedovoljni pristup obrazovanju u ruralnim sredinama se može dovesti u međusobnu vezu sa niskom svesću ruralnog stanovništva o svojim pravima.

Odnos između pacijenta i davaoca nege prema prebivalištu

Indeks odnosa između pacijenta i davaoca nege (OPDN) ispituje iskustva građana i koliko su oni zadovoljni zdravstvenim radnicima. Pitanja su se bavila time da li se građani osećaju prijatno tokom pregleda, da li su dobijali razumljiva objašnjenja, odgovore na pitanja i da li zdravstveni radnici provode dovoljno vremena sa pacijentima. Pitanja koje se odnose na planiranje porodice su takođe ispitivala da li su građanima pružene informacije o kontracepciji, uključujući različite opcije i neželjena dejstva, i na to da li je pacijentima neprijatno da razgovaraju o seksualno prenosivim bolestima.

Kao i kod prethodnih indeksa, ruralni i urbani stanovnici Kosova beleže različite vrednosti ($p = 0,03$). Kvalitet OPDN-a je mahom lošiji za stanovnike ruralnih delova (53,8) nego za stanovnike urbanih delova Kosova (51,4). U ruralnim i urbanim regionima žene održavaju bolji odnos sa svojim davaocima nege od muškaraca. Muškarci koji žive u urbanim regionima, sa srednjom vrednošću 56,7, beleže mnogo lošije rezultate kada je u pitanju kvalitet OPDN-a nego što to čine žene, čija srednja vrednost iznosi 46,9 ($p < 0,001$). Na sličan način i muškarci iz ruralnih oblasti, beležeći prosečnu vrednost od 55,8, imaju lošije odnose sa svojim lekarima nego žene, koje beleže vrednost od 51,9 ($p = 0,007$). Žene u ruralnim sredinama imaju lošije odnose sa zdravstvenim radnicima nego žene u urbanim. Međutim, ne postoji značajna razlika između zabeleženih vrednosti kod urbanog i ruralnog muškog stanovništva.

Opaženi kvalitet osoblja prema prebivalištu

Indeks opaženog kvaliteta osoblja (OKS) ispituje koliko su pacijenti zadovoljni pruženom negom, poverljivošću i privatnošću. On takođe uzima u obzir i lekarsko lečenje, sposobnost, doslednost i preciznost lekara, uključujući i primećenu lošu dijagnozu ili neadekvatnu negu. Ne postoji značajna razlika između toga kako ispitanici urbanih i ruralnih krajeva zapažaju kvalitet davalaca zdravstvene nege. Obe grupe su zabeležile vrednost 23 u okviru OKS indeksa. Kada

se, međutim, analiziraju po polu i prebivalištu, značajne razlike među grupama postoje. U poređenju sa ženama u gradu, gradski muškarci zapažaju da su njihovi zdravstveni radnici relativno lošijeg kvaliteta. Ista razlika u zapažanju se ne javlja kod ruralnih i ubanih muškaraca i žena, koji slično opažaju. U poređenju sa muškarcima sa sela, muškarci iz gradova takođe opažaju da su njihovi zdravstveni radnici znatno nižeg kvaliteta. Međutim, isto ne važi za žene u gradovima.

Zaključak

Stanovnici ruralnih regiona imaju ograničeniji pristup zdravstvenoj nezi nego što je to slučaj kod urbanog stanovništva. Finansiranje zdravstvene nege je posebno otežano ruralnim ženama. Rastojanje do zdravstvene ustanove se smatra problematičnijim za građane koji žive na selu nego za one u gradovima, posebno kada nemaju privatni automobil. Žene sa sela, u mnogoj većoj meri nego žene iz grada, su sklone tome da traže dozvolu pre posete lekaru. Potencijalno zbog prosečnih nivoa obrazovanja, ruralno stanovništvo ima manju svest o svojim pravima nego urbano stanovništvo. Građani ruralnih područja pritom lošije ocenjuju svoj odnos sa davaocem nege, mada muškarci urbanih područja davaocima nege daju najniže ocene. Prema tome, mesto stanovanja je značajan faktor prilikom utvrđivanja da li će građanin Kosova imati pristup zdravstvenoj nezi uprkos strateškim lokacijama centara za primarnu negu, čija je svrha upravo smanjene geografskih prepreka.

Etnička pripadost i pristup zdravstvenoj zaštiti

Kosovska populacija se sastoji iz albanske većine i nekoliko etničkih manjinskih zajednica, uključujući Bošnjake, Srbe, Turke, Aškalije, Egipćane, Gorance i Rome. U predstojećim odeljcima je prema etničkoj pripadnosti analizirano sedam indeksa.¹⁴⁷ Ukoliko je vrednost u svakom indeksu viša, time je prepreka pristupu zdravstvenoj nezi veća. Moguće zabeležene vrednosti se kreću od nule (nema prepreka zdravstvenoj zaštiti) do stotine (mnogo prepreka).

Finansijske prepreke prema etničkoj pripadnosti

Etnička pripadnost se dovodi u jaku vezu sa dostupnošću finansijskim sredstvima. U proseku Albanci beleže vrednost od 15,7 na Indeksu finansijskih prepreka. Napominjemo da je većina ispitanika albanskog porekla i da se status ostalih etničkih grupa upoređivao sa albanskom.

Tabela 4. Srednje vrednosti finansijskih prepreka stratifikovane po etničkoj pripadnosti i polu (standardne greške u zagradama)

Etničke pripadnosti	Žene	Muškarci	Oba pola
Albanci	16,2 (1,018)	15,2 (1,009)	15,7 (0,717)
Srbi	9,2 (1,789)	9,8 (1,774)	9,5 (1,261)
Romi, Aškalije, Egipćani	40,1 (3,745)	50,5 (4,006)	44,8 (2,806)
Bošnjaci	48,6 (4,918)	24,1 (2,925)	36,3 (3,312)
Goranci	54,8 (5,699)	53,6 (6,117)	54,2 (4,194)
Turci	21,6 (4,490)	6,7 (2,924)	16,1 (3,258)

Srbi u proseku beleže vrednost od 9,52 i stoga se suočavaju sa manjim finansijskim preprekama nego Albanci ($p=0,004$). Međutim, nemaju ni svi Srbi bolje uslove od Albanaca. Srbi koji žive u Mitrovici značajno bolje žive nego Srbi u ostalim delovima Kosova. Srbi koji žive u Mitrovici beleže ekstremno nisku vrednost finansijskih prepreka koja iznosi 0,9. Za Srbe koji žive u ostalim delovima vrednost finansijske prepreke beleži 22,5, što znači da se oni suočavaju sa više prepreka nego Albanci.

Bošnjaci, Romi, Aškalije i Goranci se u celini suočavaju sa značajno visokim finansijskim preprekama nego Albanci ($p<0,001$ za sve). Vrednost indeksa finansijskih prepreka za nesrpske i neturske etničke manjine je barem dvaput veća nego kod Albanaca. Kada se posmatraju etničke grupe, Bošnjakinje i Turkinje se suočavaju sa značajno većim finansijskim preprekama nego muškarci istih etničkih pripadnosti. Bošnjakinje se suočavaju sa značajno većim preprekama i beleže srednju vrednost od 48,6, u poređenju sa vrednošću Bošnjaka koja iznosi 24,1 ($p<0,001$). Isto tako Turkinje beleže vrednost od 21,6, a Turci 6,73 ($p=0,03$).

Razlike u zabeleženim vrednostima među polovima unutar iste etničke pripadnosti prikazuju različiti obrazac prepreka među ženama i muškarcima. Bošnjaci, čija je srednja vrednost 24,1, su bliži po vrednosti Albancima koji beleže 15,2 i statistički se ne razlikuju toliko ($p=0,38$). Samo se Romi, Aškalije i Egipćani, mereći vrednost od 50,5, i Goranci koji beleže 53,6, značajno razlikuju od Albanaca ($p<0,001$ za oba).

Geografske prepreke prema etničkoj pripadnosti

Albanski ispitanici beleže vrednost od 38,3 u indeksu geografskih prepreka. Sveukupno, Srbi (30,6) se suočavaju sa najmanje geografskih prepreka ($p<0,001$). Iako se po statistikama razlikuju od Srba, Albanci nisu u lošijoj situaciji. Bošnjaci i Turci beleže slične rezultate kao Albanci. Romi, Aškalije i Egipćani se suočavaju sa više geografskih prepreka od Albanaca beležeći vrednost od 48,8 ($p=0,002$). Međutim, Gorance karakterišu značajno lošiji uslovi, za razliku od

¹⁴⁷ Videti Apendiks I.

ostalnih grupa, mereći vrednost od 83,3 ($p < 0,001$). Među etničkim grupama Goranci žive u najizolovanijim delovima kosovskih ruralnih regiona, i udaljeni su od zdravstvenih institucija, što objašnjava najgore rezultate kada je u pitanju geografski pristup.

Srpkinje (36,6) se suočavaju sa značajno većim geografskim preprekama od Srba (25,2) ($p = 0,001$). Iako Srpkkinje beleže najmanje vrednosti među svim ženama, što znači da se suočavaju sa najmanje prepreka, jaz između Albanci i Srpkkinja je beznačajan.

Tabela 5. Srednje vrednosti geografskih prepreka po etničkoj pripadnosti i polu (standardne greške u zagradama)

Etničke pripadnosti	Žene	Muškarci	Oba pola
Albanci	39,1 (1,006)	38,3 (1,099)	38,8 (0,765)
Srbi	36,6 (2,764)	25,2 (1,802)	30,6 (1,668)
Romi, Aškalije, Egipćani	49,4 (4,151)	48,0 (4,740)	48,8 (3,123)
Bošnjaci	40,5 (5,356)	32,1 (4,362)	36,4 (3,512)
Goranci	84,6 (6,182)	82,1 (7,362)	83,3 (4,783)
Turci	37,1 (4,665)	36,9 (5,880)	37,0 (3,653)

Vid korišćenog prevoza može uticati na nepoklapanja kada je u pitanju geografski pristup etničkih zajednica. Obrasci prevoza se umnogome razlikuju među etničkim grupama na Kosovu. Većina Roma, Aškalija, Egipćana (50,8%) i Bošnjaka (68,2%) je tokom poslednje posete lekaru išlo peške. Manje od 15% je koristilo privatni auto. Za razliku od njih je 60% Albanaca koristilo privatni auto kako bi otišlo lekaru, i manje od 20% je otišlo peške. Među Gorancima, geografski najugroženijom grupom, niko nije prijavio korišćenje privatnog auta. Dve trećine tvrdi da je koristilo taksi, a 22% da je pešaćilo.

Kulturološke prepreke prema etničkoj pripadnosti

Na osnovu indeksa kulturoloških prepreka, kulturološke prepreke sa kojima se suočavaju građani su uveliko povezane sa etničkom pripadnošću ($p < 0,001$). U celini, sprsko stanovništvo ima najmanje kulturoloških

Tabela 6. Vrednosti kulturoloških prepreka po etničkoj pripadnosti i polu

Etničke pripadnosti	Žene	Muškarci	Oba pola
Albanci	14,1 (0,755)	11,9 (0,676)	13,1 (0,511)
Srbi	10,3 (1,498)	6,6 (1,05)	8,4 (0,912)
Romi, Aškalije, Egipćani	11,6 (1,727)	16,2 (2,712)	13,7 (1,567)
Bošnjaci	28,4 (4,838)	11,7 (3,220)	20,4 (3,177)
Goranci	55,8 (8,856)	32,8 (6,231)	47,4 (6,514)
Turci	22,3 (5,012)	18,8 (4,954)	21,0 (3,640)

prepreka, mereći najnižu srednju vrednost od 8,4 ($p = 0,002$). Albanci, kao polazna tačka merenja, beleže drugu najnižu srednju vrednost od 13,1. Romi, Aškalije i Egipćani beleže srednju vrednost od 13,7, dok Bošnjaci beleže 20,4, a Turci 21,0. Goranci beleže 47,4, što znači da se oni suočavaju sa najviše kulturoloških prepreka na Kosovu. Bošnjaci, Turci i Goranci se suočavaju sa značajno više kulturoloških barijera nego Albanci.¹⁴⁸

Unutar etničkih grupa pol i dalje igra ulogu kada je u pitanju suočavanje sa kulturološkim preprekama. Albanke se statistički suočavaju sa više kulturoloških prepreka od Albanaca ($p = 0,03$). Srpkkinje se suočavaju sa više prepreka nego Srbi ($p = 0,04$). Bošnjaci i Bošnjakinje se međusobno najviše razlikuju i Bošnjakinje beleže vrednost od 28,4, a Bošnjaci 11,7 ($p = 0,008$). Kod Goranaca, Turaka, Roma, Aškalija i Egipćana nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena.

Odnos između pacijenta i davaoca nege prema etničkoj pripadnosti

Kada se podaci stratifikuju prema etničkoj pripadnosti postoje dva glavna klastera koja beleže vrednost 50 i 65. Ispitanici u nižem klasteru, odnosno oni koji prijavljuju bolji odnos između pacijenta i davaoca nege, uključuju Albance (52,3), Turke (51,8), Rome, Aškalije i

¹⁴⁸ Tačnije, $p = 0,016$, $p = 0,048$, $p < 0,001$, tim redosledom.

Egipćane (47,0). Nijedna od ovih etničkih zajednica se po statistikama ne razlikuje od Albanaca. Ispitanici višeg klastera, odnosno oni koji prijavljuju lošiji odnos između pacijenta i davaoca nege, uključuju Srbe (59,4), Bošnjake (69,4) i Gorance (64,3). Svi se po statistikama razlikuju od Albanaca.¹⁴⁹

Žene i muškarci koji pripadaju istim etničkim grupama uglavnom prijavljuju različite odnose sa svojim lekarima. Opšta sklonost žena da prijavljuju bolje odnose između pacijenta i davaoca nege važi i za Albanke, Romkinje, Aškalijske i

Tabela 7. Srednje vrednosti odnosa između pacijenta i davaoca nege prema etničkoj pripadnosti i polu (standardne greške u zagradama)

Etničke pripadnosti	Women	Men	Both Genders
Albanci	49,1 (0,953)	55,9 (0,840)	52,3 (0,650)
Srbi	62,3 (2,243)	56,6 (1,793)	59,4 (1,448)
Romi, Aškalijske, Egipćani	43,2 (2,406)	62,1 (2,427)	51,8 (2,012)
Bošnjaci	71,0 (2,403)	67,8 (4,016)	69,4 (2,328)
Goranci	70,(3,10)	55,8 (5,193)	64,2 (3,276)
Turci	43,7 (4,796)	52,6 (3,914)	47,0 (3,423)

Egipćanke, u poređenju sa muškarcima. Albanci beleže vrednost od 55,9 u poređenju sa Albancima koje mere 49,1 ($p < 0,001$). Romi, Aškalijske i Egipćani beleže vrednost 62,1 dok žene beleže 43,2. Ova razlika u iznosu od 18,9 između romskih, aškalijskih i egipćanskih žena i muškaraca predstavlja najveću razliku u svim stratifikacijama po etničkoj pripadnosti. ($p < 0,001$).

Za Srbe i Gorance važi obrnuto. Srbi prijavljuju bolje odnose sa svojim lekarima (56,5) od Srkinja (62,3; $p = 0,046$). Goranci na sličan način prijavljuju bolje odnose (55,8) za razliku od Goranki (70,2) ($p = 0,03$). Rezultati istraživanja nisu ukazali na značajnu razliku između Bošnjaka i Bošnjakinja.

Opazeni kvalitet radnika u zdravstvu prema etničkoj pripadnosti

Srbi, Bošnjaci i Goranci različito opažaju kvalitet osoblja u zdravstvu od Albanaca. Za razliku od ostalih etničkih zajednica, Albanci obično smatraju da je osoblje kvalitetnije; Albanci beleže vrednost od 22,6 u poređenju sa 31,7 kod Srba, 32,0 kod Bošnjaka i 34,7 kod Goranaca. Romi, Aškalijske, Egipćani i Turci se po statistikama ne razlikuju od Albanaca.

Tabela 8. Srednje vrednosti opaženog kvaliteta zdravstvenog osoblja prema etničkoj pripadnosti i polu (standardne greške u zagradama)

Etničke pripadnosti	Žene	Muškarci	Oba pola
Albanci	22,3 (0,710)	22,9 (0,662)	22,6 (0,486)
Srbi	37,3 (1,823)	27,2 (1,295)	31,7 (1,149)
Romi, Aškalijske, Egipćani	17,4 (1,166)	25,9 (2,238)	21,2 (1,269)
Bošnjaci	32,5 (3,264)	31,6 (1,752)	32,0 (1,833)
Goranci	36,2 (2,041)	32,0 (4,812)	34,7 (2,219)
Turci	25,2 (2,915)	14,3 (1,707)	21,2 (2,155)

Poredeći pol i etničku pripadnost dolazi se do zaključka da Srkinje prijavljuju značajno lošiji kvalitet osoblja (37,3) od Srba (27,2) ($p < 0,001$). Romkinje, Aškalijske i Egipćanke (17,4) ocenjuju svoje davaoce nege mnogo bolje nego muškarci istih etničkih pripadnosti (25,8) ($p = 0,001$).

Pristupačnost zdravstvenih usluga prema etničkoj pripadnosti

Indeks pristupačnosti je uključivao pitanja koja su se bavila dostupnošću lekova, opreme, medicinske nege u hitnim slučajevima i periodom čekanja tokom potražnje zdravstvene nege. Beležena vrednost dostupnosti se kod većine etničkih grupa klasteruje oko 30. Ne postoji statistička razlika između Albanaca i ostalih etničkih zajednica. Goranci su jedini koji se izdvajaju. Oni beleže znatno goru srednju vrednost od ostalih etničkih grupa i ona iznosi 56,3.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Tačnije, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p = 0,036$ tim redosledom.

¹⁵⁰ Tačnije, Goranci se značajno razlikuju od Albanaca ($p = 0,005$), Srba ($p = 0,036$), Roma, Aškalijske, Egipćana ($p < 0,001$), Bošnjaka ($p = 0,024$). Goranci ($p = 0,002$).

Unutar indeksa se ovo neslaganje javlja usled zabrinutosti goranske populacije o nedostatku hitnih službi u njihovoj neposrednoj blizini. Oko 32% Goranaca smatra da nije u mogućnosti da pristupi zdravstvenim uslugama lako ukoliko dođe do hitnih slučajeva. Za razliku od njih, samo nekih sedam procenata Albanaca, 10% Srba, jedan procenat Roma, Aškalija i Egipćana, 12% Bošnjaka i 3% Turaka podjednako brine o tome.

Goranci su takođe iskazali zabrinutost o dostupnosti neophodne opreme. Otprilike 80% Goranaca je prijavilo zabrinutost kada je u pitanju ovaj problem. Iako su Goranci većinom zabrinuti zbog dostupnosti opreme, čitava populacija je podjednako zabrinuta. Oko 50% Albanaca, 40% Srba, 40% Roma, Aškalija i Egipćana, 60% Bošnjaka, i 45% Turaka iskazuju zabrinutost o tom problemu.

U celini se ispitanici slažu oko činjenice da je period čekanja kod lekara obično dug. Većina ispitanika, 45,3% njih, se slaže ili se u potpunosti slaže da „obično čeka dosta vremena“ kada posećuje lekara. Dodatnih 28,1% se niti slaže niti ne slaže, dok se samo 24,7% ne slaže ili se uopšte ne slaže.

Svest o pravima pacijenata prema etničkoj pripadnosti

U indeksu svesti se svest većine etničkih zajednica o pravima pacijenta poklapa sa albanskim nivoom svesti. Albanci u proseku beleže vrednost od 38,6 kada je u pitanju svest o pravima pacijenta. Srbi (45,3), Turci (45,6), Romi, Aškalije i Egipćani (33,6) prave male razliku u odnosu na Albance, ali ona nije statistički značajna. Za razliku od njih, Bošnjaci i Goranci su značajno manje svesni svojih prava ($p < 0,001$ za oba). Bošnjaci u proseku beleže vrednost od 62,0. Goranci su ti koji poseduju najmanje znanja o svojim pravima sa vrednošću od 73,2 ($p < 0,001$).

Postoji приметно neslaganje unutar etničkih grupa kada je u pitanju pol. Među srpskom populacijom su žene manje svesne svojih prava (59,8), za razliku od muškaraca (32,4) ($p < 0,001$). Za Bošnjake važi obrnuto. Bošnjakinje (52,4) su umnogome svesnije svojih prava nego Bošnjaci (71,9) ($p = 0,01$). Ako se ova nepoklapanja po polovima uzmu u obzir, žene se kotiraju drugačije u odnosu na celokupnu populaciju kada se ona razdeli po etničkoj pripadnosti. Srпкиnje i Goranke su jedine grupe koje se značajno razlikuju od Albanci ($p < 0,001$, $p = 0,04$, tim redosledom).

Zaključak

Većina etničkih zajednica se suočava sa više poteškoća prilikom pristupa zdravstvenoj nezi u odnosu na albansku većinsku populaciju. Ekonomske prepreke najviše ometaju Bošnjake, Rome, Aškalije, Egipćane i Gorance, dok Srbi imaju bolje uslove. Zato što žive u udaljenim krajevima, Goranci se suočavaju sa više geografskih prepreka u pristupu zdravstvenoj nezi, uključujući i nedostupnost hitnih službi. Niko od njih nije prijavio korišćenje automobila, mada je ovo najčešći oblik prevoza za Albance onda kada posećuju lekare. Što se tiče kulturoloških prepreka, opet su Srbi ti koji imaju bolje rezultate u odnosu na ostale etničke zajednice, dok su Goranci ti koji se suočavaju sa najviše prepreka. Bošnjaci i Goranci imaju najmanja saznanja o svojim pravima na zdravstvenu negu. Jedan od mogućih razloga zbog koga Srbi očigledno postižu bolje uslove jeste paralelni zdravstveni sistem koji postoji u Mitrovici, gde i većinska populacija srpskog stanovništva obitava.

Znanje i prava na zdravstvenu negu

Prava pacijenata postoje kako bi obezbedila jednaki tretman svih pacijenata utvrđivanjem onoga na šta pacijenti imaju pravo i šta im je obezbeđeno zakonom¹⁵¹ Odnos između lekara i pacijenta se oslanja na poverenje pacijenta u lekarsko znanje i stručnost kada je zdravlje u pitanju. Ovaj odnos poseduje prirodni element hijerarhije koja pacijentu dodeljuje ranjiviju ulogu. Stoga su razumevanje nivoa svesti koju pacijenti imaju o svojim pravima, koliko dobro ispitanici razumeju zdravstveni sistem i da li su pacijenti sposobni da se pozovu na svoja prava jako važni u razumevanju načina na koji se zdravstvena nega sprovodi u praksi.

Prepreke znanju

Nedovoljno informacija može predstavljati prepreku dobijanju nege. Ukoliko ljudi ne znaju kako da pristupe zdravstvenoj nezi ili ne znaju šta su njihova prava na lečenje, dobijanje nege ili zahtevanje da se njihova prava poštuju mogu biti otežani.

Podaci anktete pružaju čvrst dokaz da nedovoljno znanja o zdravstvenom sistemu i uslugama koje su dostupne ometa pristup zdravstvenoj zaštiti. Tačnije, na pitanje o proceni svog znanja o pravima na zdravstvenu negu je samo 11,1% građana Kosovo iznelo da zna „puno“ o svojim pravima. Žene su znatno sklonije od muškaraca tvrdnjama da poznaju svoja prava ($p=0,003$); 14% žena u odnosu na 7,9% muškaraca tvrdi da zna „puno“ o svojim pravima. Približno 62% ispitanika je znalo da imaju zakonsko pravo na zdravstveno osiguranje.

I dok neki zdravstveni radnici koji su intervjuisani smatraju da su građani Kosova obavešteni o svojim pravima, ostali smatraju da ljudima i dalje nedostaje svesti o tome. Predstavnik bolnice je primetio: „Nije uloženo dovoljno truda u omogućavanje građanima da razumeju svoja prava koja se tiču prava pacijenta, prava na dobijanje nege ili poverljivost.“ O ovim stavkama se dalje raspravlja u sledećim odeljcima.

Znanje o uslugama zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja

Većina anketiranih ispitanika, odnosno 61,6%, je ukazala na to da smatra kako im odgovarajući pristup uslugama zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja nije omogućen. Najčešći razlog je, kako tvrdi 65,5% njih, to što ne znaju gde je moguće dobiti ovakve usluge. Ispitanici su tokom anketiranja iskazali zbuñenost kada su pitanju davaoci zdravstvene nege. Glavni centri za porodičnu medicinu pružaju ginekološke usluge i usluge reproduktivnog zdravlja, s obzirom na to da lekari porodične medicine mogu pružiti usluge kontracepcije i većinu usluga reproduktivnog zdravlja. Zatim, u mnogim GCPM ima ginekologa koji obavljaju stručnu praksu. Međutim, na pitanje o tome da li GCPM pružaju ovakve usluge, ili da li su one dostupne samo u ginekološkim klinikama, ispitanici su se gotovo u jednakoj meri podelili na tri mišljenja: 35,3% kaže da GCPM pružaju ginekološke i usluge reproduktivnog zdravlja, 34% tvrdi da se takve usluge mogu dobiti samo od ginekologa i 30,7% ne zna.¹⁵² Nedovoljno znanje o tome gde su usluge zaštite reproduktivnog zdravlja dostupne može sprečiti ljude da uopšte potraže takvu vrstu usluge.

Još jedan nedostatak znanja koji se javlja u podacima jeste uverenje da su određene usluge nepotrebne. Na primer, na pitanje o razlogu zbog kog nisu potražile prenatalnu negu tokom trudnoće, 23,8% žena veruje da to nije bilo neophodno.

Obrazovanje o reproduktivnom zdravlju i planiranju porodice treba biti dostupno na nivou primarne zaštite, uključujući i besplatnu distribuciju kontraceptivnih sredstava koja se

¹⁵¹ Poglavlje o pravnom okviru o zdravstvenoj zaštiti ističe relevantne zakone na Kosovu.

¹⁵² Što se tiče ove teme, nema značajnih razlika između ruralnih i urbanih oblasti.

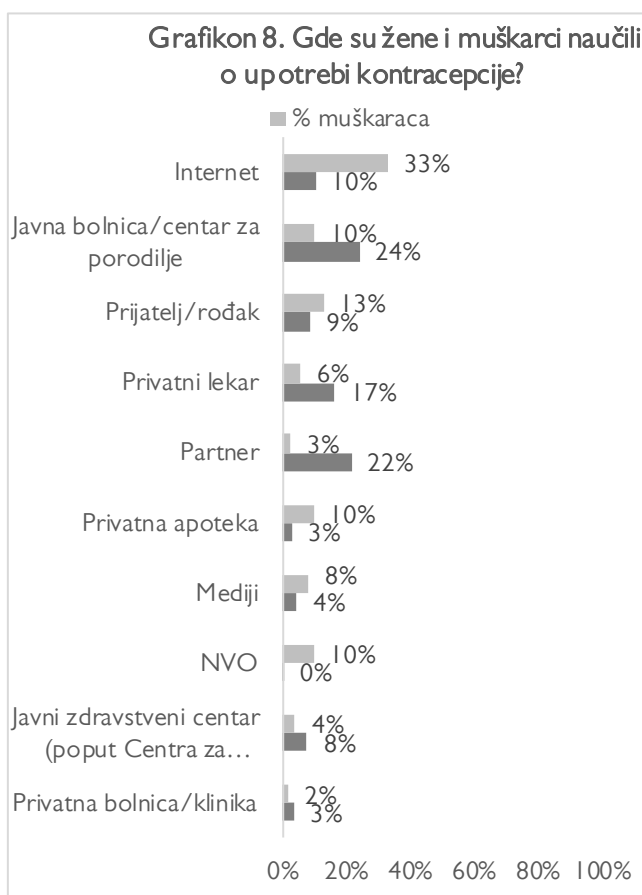
nalaze na Listi osnovnih lekova. Ispitanicima su tokom ankete postavljana razna pitanja o uslugama planiranja porodice, kao i o mestima na kojima su dobijali informacije o planiranju porodice. Zato što je upotreba kontraceptivnih sredstava na Kosovu niska, nedostatak znanja može biti jedan od razloga zbog kog ispitanici ne koriste kontracepciju.¹⁵³

U skladu sa rezultatima prethodnih anketnih pitanja o pristupu uslugama zdravstvene zaštite, 76,3% ispitanika ističe da ne zna gde se pružaju informacije i usluge o planiranju porodice. Donekle veći broj žena zna gde treba otići (27,9%) u odnosu na muškarce (19,1%). Gotovo 82% ispitanika nikada nije od lekara ili sestre dobilo informacije o metodama planiranja porodice. Zatim, približno 79% žena tvrdi da im zdravstveni radnik nikada nije govorio o različitim opcijama planiranja porodice i o mogućim efektima, neželjenim efektima ili problemima koje mogu imati sa različitim metodama planiranja porodice. Pored osoba između 16 i 24 godine koje još uvek nisu razgovarale sa zdravstvenim radnicima o kontracepciji, mlađi ljudi su uglavnom prijavili da dobijaju informacije od zdravstvenih radnika o različitim opcijama planiranja porodice ($p < 0,001$) i mogućim neželjenim dejstvima ($p < 0,001$), mnogo više nego što to čine stariji. Ovo ukazuje na to da se s godinama poboljšala praksa zdravstvenih radnika kada je u pitanju širenje ovakvih informacija.

Na pitanje upućeno osobama koje koriste kontracepciju (približno 19%) o tome gde su prvi put saznali za kontraceptivnu metodu koju trenutno koriste ili naučili kako da je koriste, većina ispitanika je rekla da je naučila sa interneta (26%). Ne iznenađuje činjenica da su mladi ljudi skloniji učenju o kontracepciji preko interneta nego osobe stare 35 godina i više ($p < 0,001$). Kao što grafikon 8 i prikazuje, javne bolnice su najčešći izvor informacija (15%), mada češće za žene (24%) nego za muškarce (10%). Prijatelji i ili rođaci (12%), privatni lekari (9%), partneri (9%) i apoteke (8%) su takođe izvori informacija nekima od ispitanika.

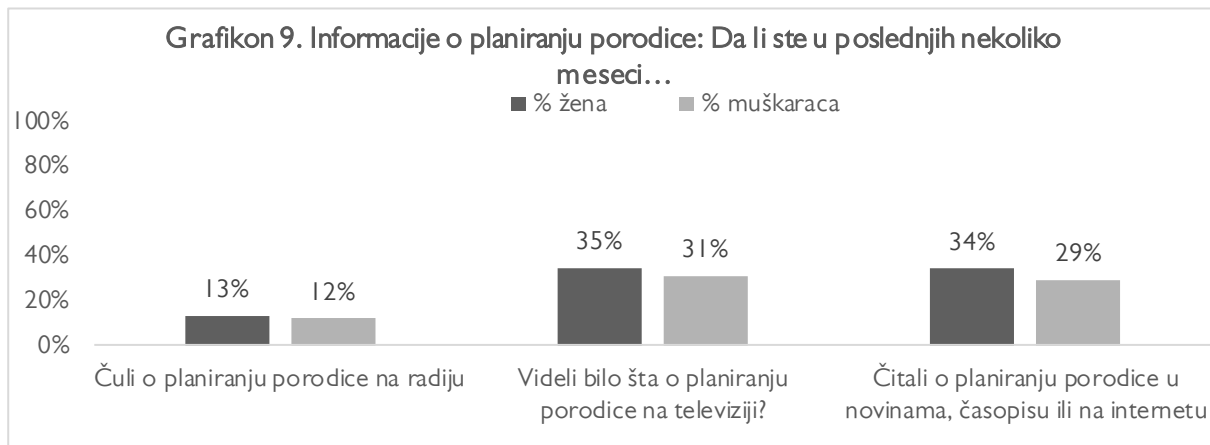
Izvori informacija koje se tiču kontracepcije se znatno razlikuju između žena i muškaraca ($p < 0,001$). Žene naizgled dobijaju informacije uglavnom u javnim bolnicama ili porodiljskim centrima (24%) i od svojih partnera (22%). Za razliku od njih, veći broj muškaraca dobija informacije na internetu (33%). Zanimljivo je da muškarci više nego žene dobijaju više informacija o kontraceptivnim sredstvima od nevladinih organizacija.

Ispitanike su takođe pitali da li su dobili informacije o planiranju porodice iz različitih izvora u proteklih nekoliko meseci (videti grafikon 9). Razumevanje načina na koji je najbolje doći do određenih ciljanih grupa sa informacijama o planiranju porodice može biti korisno kod planiranja efikasnih programa o podizanju svesti u budućnosti. Televizija je, reklo bi se, najbolja



¹⁵³ Informacije o upotrebi kontraceptivnih sredstava videti u Apendiksu 6.

metoda kojom se mogu proširiti informacije o planiranju porodice najvećem broju ljudi, mada je internet naizgled efikasniji u dopiranju do ljudi mlađih od 35 ($p < 0,001$).



Rupe u znanju davalaca nege takođe mogu omesti pristup zdravstvenoj zaštiti. Na primer, istraživači su zapazili da se određeni davaoci zdravstvenih usluga oslanjaju na ono što se o kontraceptivnim sredstvima učilo kada su oni pohađali univerzitet, pa tako nisu nastavili obrazovanje i proširili znanje o savremenim kontraceptivnim metodama (videti isečak). Ostali ističu da ginekolozi naročito dobijaju redovnu obuku i da bi trebalo da znaju najnovije informacije. Međutim, zdravstveni radnici nekada i ne pružaju pacijentima ove informacije. Na primer, izvesni apotekar je izjavio da je objašnjavanje neželjenih efekata pacijentama beskorisno jer oni ne razumeju naučni jezik. Ovo je zapravo kršenje kosovskog zakona,¹⁵⁴ koji zahteva od zdravstvenih radnika pružanje sveobuhvatnih informacija objašnjavanjem komplikovanih koncepata jednostavnim rečima kako bi osobe svih obrazovnih nivoa mogle da ih razumeju. Možda neki zdravstveni radnici ne poseduju adekvatno znanje o tome kako objasniti medicinsku terminologiju na razumljiv način.

„Obično nastojim da savetujem ženama da koriste, kao što sam naučila iz ginekologije, coitus interruptus [prekinut snošaj], kao prirodnu metodu zaštite, bez pilula.“

-Žena, Lekar, Primarna zaštita, Gnjilane

Zloupotrebe prava pacijenata

Pored pitanja o svesti o svojim pravima, ispitanici su takođe ispitivani o slučajevima povrede prava. Nekolicina žena i muškaraca je pomenula slučajeve diskriminacije ili vređanja od strane lekara. Uglavnom se 1,9% žena slaže ili se u potpunosti slaže sa tvrdnjom da ih je davalac zdravstvene nege diskriminisao *na osnovu* pola, dok se 6,8% niti slaže, niti se ne slaže. Približno jedan procenat ispitanika (1,5% žena i 0,4% muškaraca) tvrdi da ih je lekar dodirivao na seksualno neprikladan način u toku zdravstvenog pregleda. Ovo je, međutim, i usled činjenice da možda pacijent ne zna šta određene procedure podrazumevaju. Čak i da je to slučaj, ako ljudi ne poseduju dovoljno razumevanja o procedurama, to znači da je davalac zdravstvene nege omanuo u objašnjavanju procedure na sveobuhvatan način. Manji broj građana Kosova, 0,72%, je izjavilo da je lekar uzeo nalaze krvi kako bi obavio test na HIV bez njihovog pristanka.

Na osnovu opažanja je približno sedam procenata učesnika ankete izjavilo da smatra kako im je zdravstveni radnik ustanovio pogrešnu dijagnozu. U jednom slučaju jedna ispitanica

¹⁵⁴ Skupština Kosova, Zakon o pravima i odgovornostima kosovskih građana u sistemu zdravstvene zaštite, 2004, čl. 9.

je izjavila da je pomenuta pogrešna dijagnoza dovela do gubitka nerođenih blizanaca i steriliteta. Jedan procenat ispitanika je izjavio da je im je lekar dijagnozom utvrdio karcinom a da prethodno nije obavio nikakve testove. Na primer, jedan ispitanik je tvrdio da mu je utvrđena dijagnoza raka kostiju, ali je konsultacija sa drugim lekarom otkrila da je u pitanju spondiloza. Približno četiri procenta ispitanika smatra da im je lekar preporučio nepotrebnu operaciju. Ovo se dešava približno duplo većem broju žena nego muškaraca. Ispitanik je izjavio da mu je lekar preporučio hirurško otklanjanje slepog creva, ali se kasnije ispostavilo da je to nepotrebno.

Iako ovi procenti deluju nisko u smislu šire populacije, oni zaista ukazuju da se zloupotrebe prava ipak dešavaju na Kosovu. Treba da naglasiti činjenicu da bilo koji segment populacije može snositi posledice usled ovih zloupotreba. Zatim, jako su male šanse da su ovi ispitanici jedini na Kosovu koji su se nosili sa takvom zloupotrebom. Neformalni dokazi ovakvih povreda prava su široko rasprostranjeni, što ukazuje na činjenicu da anketa možda nije uspela da prenese opširnije cifre kada je u pitanju zloupotreba prava pacijenta. Na minimalnom nivou je statistički dokaz dovoljan kako bi se povelu računa o tome i motivisalo dalje istraživanje.

Intervjui sa zdravstvenim radnicima su ukazali na druge vrste povreda prava koje se javljaju unutar zdravstvenog sistema. Na primer, javni zdravstveni centri bi morali obezbediti odgovarajuće osnovne uslove za negu, uključujući i one koje zakon predviđa kao besplatne. Ovo, međutim, nije uvek slučaj. Prema rečima jednog lekara: „Pružanje usluga je predviđeno zdravstvenim sistemom Kosova, ili bi trebalo biti zasnovano na zakonu. [Ali] kada tamo odete, nema konca za potrebni carski rez. Nema belih čaršava na kojima treba da spavate, i potrebni su drugi lekovi koji nisu dostupni.“ Nedovoljno materijala, infrastrukture (npr, prostor, grejanje, voda i kreveti), opreme i kompjutera jesu činioci koji, prema zdravstvenim radnicima, utiču na kvalitet nege koju oni pružaju. Nasuprot tome su istraživači primetili u celini bolje uslove i zalihe farmaceutskih sredstava u centrima za mentalno zdravlje, u poređenju sa ostalim javnim i privatnim zdravstvenim institucijama.

Još jedno pitanje koje se iznova javlja među zdravstvenim radnicima jeste nedostatak kadra, posebno sestara. Ovo je, kako kažu, umanjilo količinu vremena koju oni mogu da provode sa jednim pacijentom, što otežava kvalitet nege. Neki ispitanici su tokom intervjua istakli nedovoljan broj lekara specijalista, pa tako izvesni lekari obavljaju dužnosti van oblasti svoje specijalizacije. Ovakvi loši uslovi unutar javnih institucija jesu povreda prava.

Na osnovu Liste osnovnih lekova, određena farmaceutska sredstva moraju uvek biti dostupna. Međutim, nedostupnost lekova, uključujući i one na ovoj listi, jeste čest problem među zdravstvenim radnicima. U ruralnim oblastima naročito nedostaju lekovi sa ove liste, uključujući i kontraceptivna sredstva. Prema rečima jedne sestre: „Ponekad nam, na primer, nedostaje Deksazon, ali on košta samo 20 centi, što je manje nego cena kafe. Pacijenti ponekad i ne bi morali da se počaste kafom i onda bi bili u mogućnosti da kupe trostruku dozu Deksazona za sebe.“ U ovom slučaju sestra krivi žrtvu na osnovu neosnovanog mišljenja da svaka osoba koja može priuštiti kafu može da priušti i lekove, kada je zapravo dužnost institucije da omogući dostupnost ovog leka.

Povreda prava pacijenta unutar zdravstvenog sistema, ustanovljena dokumentima u prethodnom istraživanju, jeste korupcija putem novca, dobara ili poznanstva u cilju ostvarivanja bolje ili brže nege. U toku intervjuisanja su neki davaoci zdravstvene nege pomenuli da je nepotizam uticao na kvalitet pružene zdravstvene nege. Međutim, ovo istraživanje nije detaljnije istražilo korupciju jer se ona temeljno istražuje u novijem izveštaju Levizja Fola.¹⁵⁵ U izveštaju je 25% populacije priznalo da je davalo novac ili sredstva zdravstvenim radnicima u 2015. godini, napominjući da su muškarci skloniji davanju novca, a žene ostalih dobara. Novac se najviše davao

¹⁵⁵ Levizja Fol, 2016.

na osnovu zahveva zdravstvenih radnika. Mali broj slučajeva korupcije se prijavljuje i na još manji se ulažu žalbe, kako stoji u izveštaju.

Još jedna povreda koju prijavljuju pojedini zdravstveni radnici jeste da neki lekari donose odluke bez konsultacije sa pacijentom oko opcija, što znači da se pacijent ne stavlja na prvo mesto. Ovo takođe pokazuje i činjenica da određeni zdravstveni radnici sami prijavljuju da prvo informišu članove porodice o dijagnozi, a nekada i samo njih, umesto pacijente, o čemu sledeće poglavlje dalje raspravlja. Ovo krši prava pacijenta na informacije.

„Ponekad porodica insistira da pacijent ne sme da zna dijagnozu. Mi to poštujemo [i ne govorimo pacijentu].“

- Lekar, Priština

Poverljivost

Pravo pacijenta na poverljivost informacija se definiše kao pravo pacijenta da lekar, sestra, apotekar i ostalo zdravstveno osoblje štite poverljivost informacija o njegovom zdravlju. Anketa i intervjui ukazuju na činjenicu da svi pacijenti nisu upoznati sa ovim pravom, niti da to pravo poštuje svo zdravstveno osoblje.

Na pitanje o tome da li imaju pravo na to da lekari tretiraju informacije o njima i njihovom zdravlju kao poverljive, 21,5% ispitanika je reklo da nema ovo pravo.¹⁵⁶ Mlađi ljudi su češće upoznati sa svojim pravima na poverljivost nego osobe starijih generacija ($p=0,03$). U 84,7% slučajeva su ispitanici između 16 i 24 godine znali da imaju to pravo, dok je 71,6% ispitanika starosti iznad 65 takođe bilo upoznato sa svojim pravima.¹⁵⁷ Iako ne postoji razlika između žena koje žive u urbanim oblastima i žena koje žive u ruralnim kada je u pitanju njihovo znanje o pravu na poverljivost, muškarci urbanih i ruralnih oblasti se značajno razlikuju ($p=0,03$), s tim da muškarci ruralnih prebivališta znaju najmanje; 69,8% muškaraca u ruralnim područjima smatra da ima pravo na poverljivost nasuprot 85% muškaraca u urbanim oblastima.

Kada se podaci stratifikuju po etničkoj pripadnosti, očigledna su ogromna nepoklapanja kod poznavanja prava na poverljivost. Albanci imaju donekle bolje znanje o tome od nacionalnog proseka od 78,5%, pa je tako 80,1% Albanaca sigurno u svoje pravo na poverljivost. Sve manjine, osim Turaka, imaju manje saznanja o ovom pravu. Srbi i Goranci imaju izuzetno loše znanje i samo 50,3%, odnosno 53,6%, ispitanika je upoznato sa ovim pravom.

Obrazovanje se dovodi u pozitivnu vezu sa znanjem o pravu na poverljivost; 84,8% osoba sa najvišim nivoom obrazovanja zna za to pravo, dok se kod manje obrazovanih osoba ovaj procenat umanjuje za više od 10 i one su manje upoznate sa ovim pravom.

Znanje pacijenta je samo jedna strana jednačine jer s druge strane davaoci nege moraju poštovati pravo pacijenta na poverljivost. Ovo je anketa testirala dva puta, i o tome se govorilo u toku intervjuja. Na pitanje o tome da li lekar čuva poverljivost ličnih informacija i ne deli ih ni sa kim, 66,2% pacijenata se složilo ili u potpunosti složilo sa tim da se poverljivost njihovih informacija čuva. Shodno tome, 34,8% populacije se ili ne slaže ili ne zna da li su njihove informacije poverljive. Nekih 3,2% prijavljuje da su zdravstveni radnici razgovarali o njihovim oboljenjima ili terapijama pred drugim pacijentima ili sa drugim pacijentima.

Jedanaest procenata anketiranih građana Kosova smatra da je njihova privatnost bila narušena kada su koristili medicinske usluge. Moguće je da ispitanicima fali saznanje o tome šta privatnost podrazumeva. Izuzev nekih primera, intervjui sprovedeni u javnim i privatnim zdravstvenim institucijama su ukazali na nedostatak privatnosti i poverljivosti. Faktor koji tome dodatno doprinosi može biti i nedostatak prostora unutar zdravstvenih institucija, što stvara

¹⁵⁶ Ne postoji značajna razlika među muškarcima i ženama u ruralnim i urbanim prebivalištim

¹⁵⁷ Ne postoji značajna razlika između pola i godišta ($p=0,68$).

može otežati vođenje privatnog razgovora sa pacijentom koji je smešten sa drugim pacijentima u istoj prostoriji. Ostali razlozi se pak dovode u vezu sa ponašanjem.

Intervjui i obzervacije sugerišu na to da poverljivost između pacijenta i lekara nije dobro shvaćena niti poštovana. Na primer, u toku intervjuja su neke pacijente, u pristustvu istraživača MŽK-a, pitali pitanja koja se tiču njihovog zdravstvenog statusa. Dokumentacija se često ne zaključava i lako je dostupna svima. Kako je primećeno u toku obzervacije, nedostatak kompjutera i adekvatnih informacionih sistema primorava lekare da skladište poverljive informacije na svojim privatnim napravama. Kada lekari ne praktikuju poverljivost, pacijenti „ili...nisu svesni ili smatraju da je normalno da se njihove informacije dele sa drugima ili otkrivaju“, izjavljuje jedan lekar.

Problem koji se dovodi u vezu sa ovim, a nije pod kontrolom pacijenta ili davaoca nege, jeste uloga porodice (supružnika, roditelja ili šire porodice) u zdravstvenom procesu. Prema rečima ispitanika, članovi porodice često prisustvuju pregledima što pacijentima često ometa privatnost. Kao što je već i pomenuto, informisanje članova porodice pacijenta o njegovoj dijagnozi i predloženoj terapiji, čak i pre nego što se obavesti pacijent, je uobičajena praksa. Jedna sestra je rekla: „lako je na pacijentima odluka o tome da li žele da obaveste porodicu o bolesti, ja bih radije da oni [pacijenti] ne znaju da boluju, dok članovi porodice treba da znaju. Oni [porodica] bi bili brižniji.“ Intervjuisani zdravstveni radnici su skloni slaganju sa time da članovi porodice moraju znati dijagnozu, naročito ako je ozbiljna. Ovo predstavlja socio-kulturološku prepreku poverljivosti informacija, usled koje porodica igra ulogu zaštitničkog i podržavačkog mehanizma i time adekvatnije pomaže osobi da se uz njenu pomoć, a ne samostalno, suoči sa zdravstvenim problemima.

„Kada je dijagnoza lošija, prvo kažemo članu porodice a ne pacijentu direktno.“

- Lekar, Vučitrn

Strah od narušavanja poverljivosti može biti jedan od faktora koji razuveravaju pacijente da potraže negu, naročito u zemlji veličine Kosova gde, po rečima jednog ispitanika:

Nekako svi znaju svakoga, bilo direktno ili indirektno. Tako je u neku ruku jako teško održati poverljivost [...] Postoji izvesna uzdržanost kod [...] žena, naročito mladih žena, koje u Prištinu dolaze iz drugih gradova i znaju da je grad mali. Svako zna da ako se pojavite u bolnici svi će nekako saznati da ste otišli kod ginekologa... Nažalost, vrlo često i zdravstveni radnici među sobom razgovaraju pominjući imena [pacijenata] i to je velik problem.

Tokom intervjuja je velik broj zdravstvenih radnika, naročito psihijatra, primetio da su pacijenti oklevali da potraže lečenje zbog straha od narušavanja poverljivosti. Dok poverljivost ne postane prioritet koji zahtevaju pacijenti i koga se davaoci nege čvrsto pridržavaju, nedostatak istog može omesti pristup zdravstvenoj nezi i negativno uticati na kvalitet pružene nege.

Znanje i upotreba mehanizama žalbi

U 2013. godini je putem administrativnog uputstva Ministarstvo zdravlja uvelo telefonsku liniju za žalbe koje se tiču usluga zdravstvene zaštite.¹⁵⁸ Administrativno uputstvo ima za cilj „povećanje kvaliteta zdravstvenih usluga i zaštite građana od zloupotrebe tokom korišćenja zdravstvenih usluga, kao i identifikacije zdravstvenih stručnjaka i zdravstvenih ustanova koje krše zakon za vreme obavljanja njihove delatnosti.“ Telefonska linija (0800 17777) je besplatna i dostupna 24 časa. Ljudi direktno mogu podneti žalbe koja se tiču njima pruženih zdravstvenih usluga putem ove linije. Nekoliko zdravstvenih centara takođe sadrži i „kutije za žalbe“ gde ljudi

¹⁵⁸ Administrativno uputstvo (Zdravstvo) br. 19/2013 Telefonska linija za žalbe građana na zdravstvene usluge.

mogu priložiti svoje žalbe. Istraživači MŽK-a su primetili da sve zdravstvene institucije ističu Povelju o pravima pacijenata na vidljivim lokacijama, što je i predviđeno zakonom.

Na pitanje o tome da li znaju kako da podnesu žalbu ukoliko su nezadovoljni kvalitetom dobijene medicinske nege, 67% ispitanika tvrdi da je upoznato sa tim. Žene u malo manjoj meri od muškaraca znaju kako se podnosi žalba ($p=0,002$). Kada je u pitanju stvarno podošenje žalbe, od 90% koji su prijavili nezadovoljstvo uslugama koje su dobili samo osam procenata je ikada podnelo žalbu. Ovo podupire i Levizja Fol rezultatima svog skorijeg istraživanja: samo je dva procenta građana ikada prijavilo korupciju sa kojom su se navodno suočili.¹⁵⁹ Razlozi zbog kojih se korupcija ne prijavljuje uključuju to što je ona sveprisutna, nije vredna truda, neznanje o tome kako podneti žalbu i strah od posledica. Ljudi uglavnom imaju malo je poverenja u rešavanje ovog pitanja od strane nadležnih organa. Dalje istraživanje bi moglo ispitati zašto ljudi isto tako ne prijavljuju nezadovoljstvo uslugom.

Samo je 1,4% ispitanika prijavilo da je ikada zdravstvenog radnika odvelo na sud. Kao što tabela 9 prikazuje, vrlo malo slučajeva koji se tiču zdravstva je prijavljeno kosovskoj policiji. Između 2013. godine i novembra 2016. godine, policija je zabeležila ukupno pet žalbi o „neovlašćenoj podeli poverljivih podataka“; 115 izveštaja o neodgovornom medicinskom tretmanu; i 21 izveštaj o „nepružanju medicinske pomoći“.¹⁶⁰ Od navodnih žrtvi u okviru ovog perioda 51% su bile žene i 49% su bili muškarci.

Zaključak

Nedovoljno znanja o tome gde i kako dobiti negu naizgled sprečava veliki broj građana da potraže i pristupe zdravstvenoj zaštiti, što uključuje i informacije o planiranju porodice. Nepoznavanje ili nedostatak želje davalaca nege da steknu moderne informacije, npr. o kontraceptivnim sredstvima, građanima ometa sticanje pristupa aktuelnim informacijama o zdravlju. Ovo je naročito uočljivo kada su u pitanju metode planiranja porodice jer neki zdravstveni radnici i dalje preporučuju prekinuti snošaj i demonizuju hormonsku kontracepciju usled mogućih neželjenih efekata.

Onda kada građani steknu pristup zdravstvenom sistemu, dešavaju se zloupotrebe njihovih prava. Iako je broj slučajeva pogrešnih dijagnoza i diskriminacije naizgled mali, on ipak ukazuje da narušavanje prava postoji. Čini se da se pravo pacijenta da bude obavešten o svojom zdravstvenom stanju uvek ne poštuje, naročito ukoliko zdravstveni radnici zadržavaju takve podatke na zahtev rođaka pacijenata ili iz takozvane brižne pobude. Jedan od pet ispitanika smatra da nema pravo na poverljivost, i narušavanje poverljivosti je široko rasprostranjena praksa. Ovo uključuje prenošenje dijagnoza ispred ostalih ili članovima porodice direktno, nepravilno skladištenje podataka i međusobne razgovore lekara o identitetu primljenih pacijenata. Narušavanje poverljivosti sprečava ljude da pristupe nezi, naročito onda kada oni ne žele da drugi ljudi znaju kako su potražili savet.

Jako mali broj ljudi prijavljuje povredu prava kada do nje dođe. Ovo otežava rešavanje ovih zloupotreba i ohrabrivanje boljeg ponašanja, što ubuduće može sprečiti zloupotrebu prava.

Navodni zločini prema Krivičnom zakoniku	Godina	# slučajeva
203 Neovlašćeno otkrivanje poverljivih podataka	Ukupno	5
	2013	1
	2014	0
	2015	3
	2016	1
260 Neodgovarajuće lečenje	Ukupno	115
	2013	29
	2014	30
	2015	29
	2016	27
261 Nepružanje medicinske pomoći	Ukupno	21
	2013	6
	2014	5
	2015	5
	2016	5

¹⁵⁹ Levizja Fol, 2016.

¹⁶⁰ Informacije je MŽK-u pružila kosovska policija putem i-mejla, 15. novembar 2016.

Preporuke

Preporuke su podeljene po oblastima za dalje istraživanje, temama o podizanju svesti i preporukama o strategijama.

Oblasti za dalje istraživanje

Ovaj izveštaj nudi početni uvid u skup vrednih podataka koji imaju ogroman potencijal. Usled ograničenog vremena i tematike, pojedini aspekti dobijenih rezultata istraživanja ovde nisu analizirani i mogu poslužiti kao izvor informacija za dalje istraživanje. Tim smatra da postoji nekoliko oblasti koje zavređuju dalje istraživanje:

- Aktuelni podaci ne prave razliku između svih nivoa javnog i privatnog zdravstvenog sistema kada su u pitanju vrste usluga i kako im ljudi pristupaju. Važno je razumeti koliko često ljudi dolaze u dodir sa sekundarnim i tercijarnim nivoom nege uprkos aktuelnim zakonima koji ne idu u korist ovakvoj praksi.
- Preventivna nega poput opštih zdravstvenih pregleda i skrininga karcinoma se mora pažljivo ocenjivati u okviru socijalno-ekonomskog konteksta na Kosovu. SZO nudi vodič za zemlje niskih i srednjih prihoda iz pomoć svog programa za kontrolu karcinoma, što podrazumeva i odluku o odabiru programa za implementaciju.¹⁶¹ Dalje istraživanje može ispitati različite metode skrininga, kao i kakve bi vrste obuka koje se tiču tih programa odgovarale zdravstvenim radnicima na Kosovu. Ukoliko se uvedu, skrininge bi trebalo naučno nadgledati i ocenjivati.
- Dublje ispitivanje o lekovima koji se daju na recept a koje obično uzimaju bez recepta jeste od suštinskog značaja za utvrđivanje načina na koji se ovo može rešiti. Vrlo je važno razumeti koji se lekovi uzimaju, čijom preporukom i kako.
- Uzevši u obzir učestalost abortusa, potrebno je imati više zabeleženih podataka, uključujući one iz javnih i privatnih institucija. Ovo istraživanje nije uzimalo u obzir period u kome se izvršio abortus ili medicinski razlog (odgovornost) za isti. Bolje razumevanje odnosa između upotrebe kontracepcije i abortusa je takođe neophodno. Takve informacije mogu u okviru edukativnih programa dati opšti uvid učenicima i građanima u reproduktivno zdravlje.
- Potrebno je dalje istraživanje o davaocima zdravstvene nege. O načinu davanja recepata i uputa se malo zna, kao i o načinu na koji hijerarhija remeti postizanje rezultata u zdravstvu; zatim o načinu na koji farmaceutska industrija utiče na lekarske odluke ili radne uslove, ali i o rodnoj neravnopravnosti na radnom mestu.¹⁶²
- Istovremeno zapošljavanje zdravstvenih radnika u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama se mora dalje istražiti. Moraju se ispitati i radno vreme i plate kako bi se stvorile preporučljive strategije zasnovane na dokazima koje će se baviti sukobom interesa koji nastaje usled zaposlenja u oba sektora. Možda bi bilo korisno ispitati iskustva iz Makedonije uzevši u obzir ograničenje radnih mesta na Kosovu.

¹⁶¹ WHO, *WHO Position Paper on Mammography Screening*, 2014; WHO website on cancer, preuzeto 5. decembra 2016, sa: <http://who.int/cancer/en/>.

¹⁶² The only published studies found on health workers and their education in Kosovo included: van der Veen et al., *Integrating staff well-being into the Primary Health Care system: a case study in post-conflict Kosovo*, 2015; Goepf et al., *Challenges and promises for nurse education curriculum development in Kosovo: Results of an "accidental ethnography"*, Rochester: 2008.

- Ovo istraživanje nije ispitalo pristup rehabilitaciji koja je deo zdravstvenog sistema. Malo se zna o rehabilitacionoj nezi bolničkih i vanbolničkih pacijenata (npr. psihoterapija, terapija podrške i psihosocijalna terapija).
- U skupu ovih podataka socioekonomski podaci nisu bili međusobno dosledni. Stoga se rezultati nisu mogli analizirati po socioekonomskom statusu. Bilo bi zanimljivo ispitati uticaj socioekonomskog statusa na pristup i upotrebu zdravstvenih usluga.
- Dodatna istraživanja bi mogla ispitati kako poboljšati pristup etničkih manjina zdravstvenoj nezi, imajući u vidu da se etnička pripadnost redovno dovodila u vezu sa razlikama u upotrebi i pristupu zdravstvenoj zaštiti. Dalje ispitivanje bi se moralo fokusirati na Bošnjake, Turke i Gorance, a posebno na žene, s obzirom na to da se ove zajednice suočavaju sa više prepreka u odnosu na ostale manjinske zajednice.

Teme za podizanje svesti

- Kampanja na celom Kosovu čiji je cilj objašnjavanje zdravstvenog sistema i pružanje informacija o dostupnim uslugama i gde se one mogu dobiti bi takođe mogla doprineti povećanju korišćenja primarne zdravstvene nege. To uključuje i informacije o mestima na kojima se mogu dobiti informacije o planiranju porodice. Različite opcije koje se tiču skrininga, računajući i one za karcinome, bi bile razumljivije ukoliko bi se bolje prenosile javnosti. Podizanje svesti mora biti usmereno ka ciljanim stanovnicima ruralnih područja, naročito ka ženama, i mora preneti informacije o uslugama koju pružaju GCPM-i. Ovo bi doprinelo povećanju upotrebe primarne zdravstvene nege i smanjenju primećenih prepreka u pristupačnosti.
- Široko rasprostranjeno neznanje o pravima na poverljivost i šta ona podrazumeva se mora rešiti kampanjom o podizanju svesti, koja bi bila ciljana ka davaocima nege, pacijentima i javnosti.
- Dogovori između lekara i farmaceutske industrije su ilegalni. Obrazovna kampanja za građane i davaoce nege bi morala ohrabriti prijavljivanje ovog prekršaja.
- Potrebno je i obrazovati javnost o zakonskim obavezama i važnosti recepata, i preneti činjenice o značaju koji recepti imaju po zdravlje društva i pojedinca, i podizati svest o postojećim zakonima.

Preporučene strategije

Iako je potrebno dalje istraživanje da bi se dale preporuke o određenim delovanjima na ranije pomenutim poljima, rezultati istraživanja ukazuju na nekoliko oblasti kojima se te strategije mogu baviti:

- S obzirom na to da je cena konstantna prepreka pristupačnosti zdravstvenoj nezi i vrlo mali broj ljudi ima privatno zdravstveno osiguranje, dugo očekivani Fond za zdravstveno osiguranje mora početi sa radom i mora se otkriti održiv način za njegovo finansiranje.
- Dalja edukacija zdravstvenih radnika o planiranju porodice se mora sprovesti kako bi se javnosti obezbedilo više informacija o različitim kontraceptivnim sredstvima koja su dostupna, o njihovim prednostima i manama, uključujući i strategije za razgovaranje sa muškarcima o kontraceptivima. Možda bi sestre trebalo da igraju pojačanu ulogu u pružanju informacija o planiranju porodice.
- Postojeća pravila o lekovima se moraju primeniti. Često pominjana praksa u apotekama koje bez recepta prodaju lekove koji se moraju davati uz recept uz/ bez pristustva licenciranog

farmaceuta, mora snositi posledice, kao što predviđa zakon. Lekovi koji nisu registrovani na Kosovu ali su široko rasprostranjeni (poput mizoprostola) moraju biti procenjeni i potom licencirani ili zabranjeni uz prateće posledice.

- Apoteke se moraju nadgledati sprovođenjem nenajavljenih inspekcija koje mogu identifikovati i preduzeti mere protiv apoteka koje bez recepta prodaju lekove koji se inače dobijaju uz lekarsku preporuku.
- Redovne inspekcije moraju uključivati posete svim javnim i privatnim klinikama, i moraju nastojati da identifikuju sve privatne klinike koje rade bez odgovarajućeg odobrenja. Treba posebno obratiti pažnju na vidljive i očigledne povrede prava pacijenata na poverljivost.
- Implementacija ZIS-a mora biti poboljšana u okviru predviđenog vremenskog perioda, naročito kada je u pitanju poverljivost. Kompjuteri se moraju obezbediti i sistemi se moraju unaprediti kako bi se omogućilo moderno i precizno rukovođenje slučajevima i štitila privatnost pacijenata. Osoblje mora biti adekvatno obrazovano za rad sa sistemima i upotreba takvih sistema mora biti sprovedena.
- U vezi sa tim Ministarstvo zdravlja mora od svih javnih i privatnih institucija koje obavljaju abortuse zahtevati registrovanje cifara obavljenih abortusa, uključujući i pol abortiranog fetusa.
- Planirani registar bolesti koji uključuje i neprenosiva oboljenja poput karcinoma nije u punoj funkciji i to se mora promeniti. Podaci o karcinomima su neophodni kako bi se procenile promene u učestalosti i zahvaćenosti, i kako bi obezbedili osnovu za izračunavanje troškova uvođenja skrining programa i zdravstvenih mera.

Apendiks

Apendiks 1. Metodologija

Ovaj dodatak dublje zadire u metodologiju istraživanja. Kako bi dalo odgovore na pitanja istaknuta u uvodu, ovo istraživanje se koristilo mešavinom metoda koje se opisuju dalje u tekstu.

Anketa: Kvantitativni podaci su širom Kosova sakupljeni intervjuisanjem 1309 osoba u njihovim domovima.

Upitnik: Instrument ankete je sadržao 195 pitanja sa ponuđenim odgovorima (videti Apendiks 2). Imajući u vidu da su upitnici sprovedeni u vidu intervjua licem u lice, oni su približno trajali po 40 minuta. Podaci su sakupljeni putem Samsung tableta ili smartfonova koristeći Kobo tulboks (engl. *Kobo Toolbox*) softer za prikupljanje podataka.

Pilot anketa: U ruralnim i urbanim sredinama u okolini Prištine je provedena probna anketa koja je prethodila glavnoj. Ovo je istraživačkom timu omogućilo da ispita da li je dizajn instrumenta ankete adekvatan ili razumljiv za građane. Manje modifikacije su izvršene na osnovu pilot istraživanja.

Popisivači: Za rad sa različitim grupama, MŽK je uključila popisivače koji pripadaju različitim etničkim zajednicama, kao i one koji govore više jezika. Žene popisivači su intervjuisale žene, a muškarci muškarce, imajući i vidu osetljivost nekih tema. Spisak popisivača je u odeljku *Zahvalnica*.

Obuka popisivača: Organizovana je obavezna obuka za sve popisivače. Obuka je obezbedila upoznavanje sa mandatom istraživanja, ljudskom etikom u istraživanju, instrumentom ankete, metodom uzorkovanja, Kobo tulbomksom, kontrolnim procedurama i logistikom. Studenti u okviru kursa dr. Vjolce Krasnićija koji su se dobrovoljno prijavili za ulogu popisivača su prošli dodatnu obuku o istraživačkim metodama i veštinama intervjuisanja nekoliko nedelja pre početka ankete. Ostali popisivači su već imali iskustva u sprovođenju upitnika. Sve popisivače su tokom prvih intervjua nadgledali iskusni istraživači kako bi se osigurala njihova sposobnost samostalnog vođenja intervjua.

Istraživački uzorak: MŽK je ispitala 1309 građana svih etničkih zajednica starijih od 16 godina. MŽK je odabrala nasumičan uzorak kosovske populacije. Uzorak je izvađen iz ruralnih i urbanih sredina, uključujući slučajno odabrane uzorne tačke u 132 naselja i 36 opština. Uzorak predstavlja sve etničke grupe na Kosovu jer je odabir vršen metodom višestepenog slučajnog uzorkovanja. Stratifikacija ispitanika je vršena po etničkoj pripadnosti i regionu. U izuzetke spadaju ljudi u bolnicama, zatvorima, vojnim kapacitetima i sl.

Metoda uzorkovanja: Za albansko stanovništvo je svaka tačka uzorkovanja sadržala osam domaćinstava. Što se tiče srpskog podskupa, svaka tačka uzorkovanja je sadržala pet domaćinstava, dok je u nesrpskim manjinskim zajednicama ona činila deset domaćinstava. Koristeći nasumično odabranu početnu tačku, istraživači su koristili metodu slučajnog koraka. Ispitanici su unutar domaćinstava odabirani tehnikom „najbližeg rođendana“. Nakon tri neuspela pokušaja (prva poseta i dva pozivanja) to domaćinstvo/ispitanik su stavljeni u kategoriju neuspelog kontakta.

Etnička pripadnost: Uzorak je uključivao Albance, kosovske Srbe i kosovske nesrpske manjine (Turke, Bošnjake, Gorance, Rome, Aškalijske i Egipćane). Principi stratifikacije su bili isti za sve tri etničke grupe. Kako bi se osigurao dovoljan broj pripadnika određenih podgrupa u populaciji, i kako bi to dalo pouzdanu procenu grupe, MŽK je dodatno uzorkovala kosovske Srbe i ostale manjine. Podaci su kasnije dodatno mereni na osnovu etničke pripadnosti kako bi se nadomestilo ovakvo uzorkovanje.

Geografska pokrivenost: Anketa je sprovedena u svim regionima i gotovo svim opštinama Republike Kosovo.

Starost i pol: Ispitanici svakog domaćinstva, stari 16 godina ili više, su slučajno odabrani tehnikom najbližeg rođendana. Ovo je naravno dovelo do ravnomerne raspodele između žena i muškaraca, što je bio slučaj i sa populacijom.

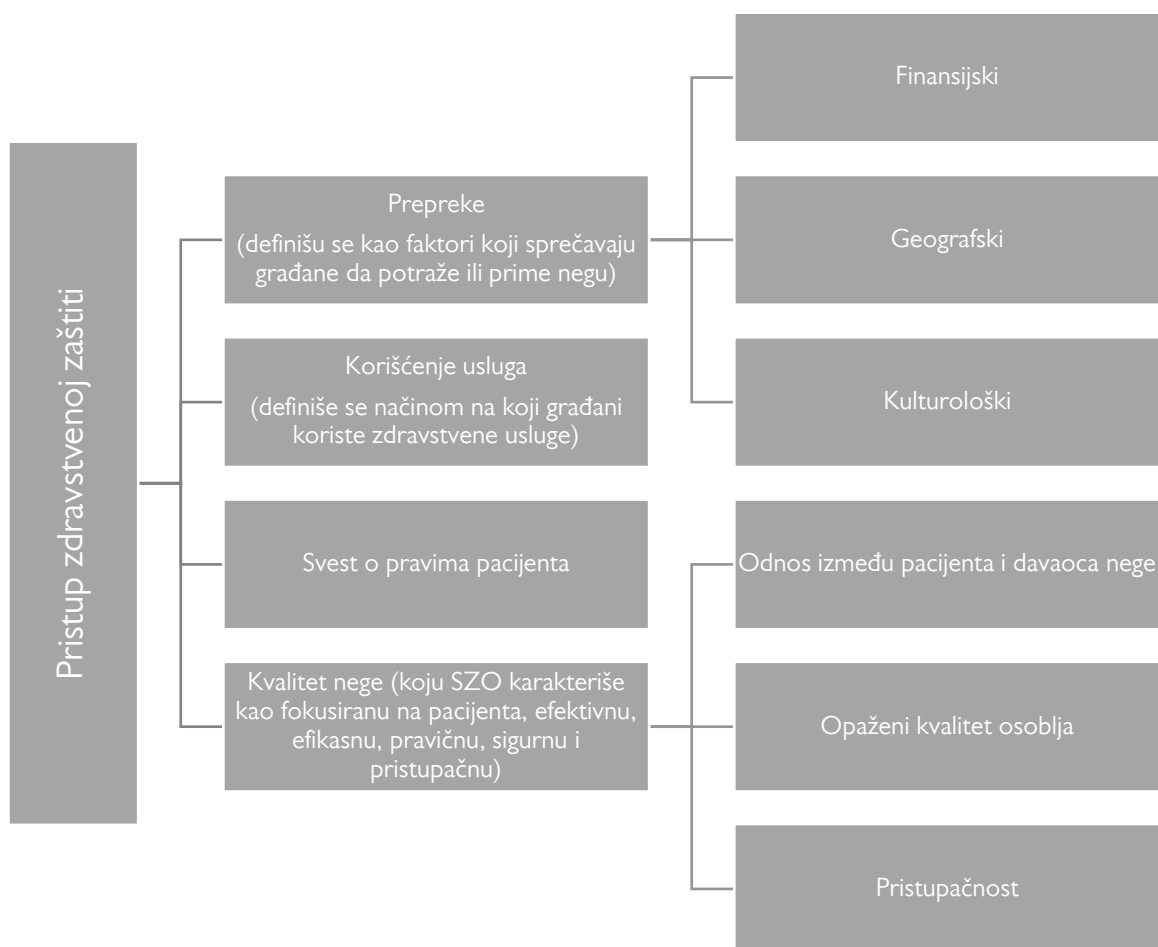
Kontrola: Osobe koje nisu učestvovala u sprovođenju anketa su bile zadužene za nadgledanje anketara. Ovo je uključivalo nasumične posete terenu kako bi se obezbedilo poštovanje metodologije uzorkovanja i kako bi se proverio kvalitet rada anketara. Kontrolori su na slučajno odabranom uzorku od 10% anketa vršili provere kako bi se osigurala njihova verodostojnost. Procedura ponovne provere je podrazumevala kratak sekundarni intervju sa odabranim uzorkom i sastojala se iz pet pitanja sa prvog intervjua i iz poređenja odgovora sa prvog i drugog uzorka.

Analiza podataka: Tim sa Dartmut koležda je analizirao podatke koristeći Stata softver. Podaci su dodatno mereni uzimajući u obzir etničku pripadnost kako bi se nadomestilo dodatno uzorkovanje manjinskih grupa (što je neophodno da bi se dobio bilo kakav statistički značajan zaključan zasnovan na etničkoj pripadnosti). Podaci su mereni na osnovu podataka sa državnog popisa iz 2011. godine, ubrajajući i 40.000 Srba za koje se smatra da žive na severu, a koji su bojkotovali popis iz 2011.

Statistička analiza: Ovaj izveštaj koristi nivo značajnosti od 0,05. Korelacije između stratuma (rod, prebivalište, etnička pripadnost, region, starost i obrazovanje) i indeksa dimenzije ili skupa su merene jednosmernom analizom varijanse (ANOVA testovi). Osim kod komparacije rezultata između regiona, značajne razlike između različitih podgrupa u okviru uzorka ankete su procenjivane putem Šidakovog testa višestrukih poređenja. Za poređenja rezultata između regiona, indeks srednje vrednosti određenog regiona se upoređuje sa indeksom srednje vrednosti svih preostalih šest regiona primenom t-testova. Svaka indeksna tabela sadrži rezultate srednjih vrednosti za svaku podgrupu i standardnu grešku u zgradama.

Vrednovanje indeksa: Istraživači su grupisali anketna pitanja u šest indeksa koji odgovaraju ključnim pitanjima istraživanja. Svrha indeksa jeste da ukaže na smerove u kojima se pitanja kreću dodeljivanjem rezultata raznim populacionim grupama. Na primer, jedna analizirana grupa je činila žene iz ruralnih oblasti. Stvaranje indeksa je podrazumevalo sastavljanje svih pitanja koja se tiču korišćenja usluga kao i procenu načina na koji su ove žene odgovarale na ta pitanja. Vrednosti su im dodeljivane u zavisnosti od odgovora na pitanja. Ista analiza je ponovljena i kod muškaraca iz ruralnih sredina, žena i muškaraca iz urbanih sredina, i tako dalje za svaku grupu. Ovo je omogućilo upoređivanja između toga kako je svaka grupa odgovorila na nekoliko pitanja.

Ovaj izveštaj sadrži osam indeksa (videti Sliku 2). Primarni indeksi jesu poteškoće u pristupu, korišćenju usluga, svesti o pravima pacijenta i kvalitetu nege. Indeks poteškoća u pristupu se dalje definiše tipom prepreke: finansijska, geografska i kulturološka. Kvalitet nege se dalje procenjuje upotrebom tri komponente koje utiču na kvalitet nege: odnos između pacijenta i davaoca nege (da li je komunikacija između davalaca zdravstvene nege i njihovih pacijenata sprovedena imajući na umu dobrobit pacijenata i pravičnost), opaženi kvalitet osoblja (da li se pacijentima pruža efikasna i sigurna nega) i dostupnost (da li institucije poseduju adekvatnu opremu i zalihe, i da li ih koriste).



U okviru svakog indeksa korišćena pitanja moraju biti u međusobnoj vezi kako bi se obezbedilo merenje istog koncepta. Da bi se to procenilo, istraživači su osmislili korelacione matrice. Pitanja koja nisu u korelaciji sa ostalima nisu bila uključena u indeks, ali se o njima raspravljalo u tekstu. Sledi lista pitanja koja su korišćena u izgradnji indeksa. Pitanja označena asteriskom (*) su razmatrana prilikom kreiranja indeksa, ali na kraju nisu bila uvrštena jer se nisu uklapala u statistiku (tj. usled nedostatka varijabli u odgovorima, prevelikog broju nepotpunih odgovora jer pitanje nije postavljeno određenom delu populacije ili oni nisu hteli da odgovore, itd.). Neka od ovih pitanja su, međutim, pojedinačno analizirana u izveštaju.

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzije korišćenja usluga

- Da li ste ikada bili kod lekara za obavljanje opšte kontrole zdravlja?
- Da li ste ikad radili laboratorijske nalaze?
- Otprilike koje godine ste poslednji put bili kod lekara radi opšte kontrole zdravlja?*
- Da li ste se ikada lečili od iznenadne bolesti?
- Da li ste ikada obavili redovne kontrolne preglede?
- Da li ste se ikada skenirali rak grlića materice?*
- Da li ste ikada posetili zubara?
- Da li ste se ikada skenirali rak dojke?*
- Da li ste ikada dobili lek u apoteci BEZ recepta?
- Da li ste ikada skenirali rak creva?
- Da li ste ikada dobili lekove u apoteci SA receptom?

- Da li ste radili mamogram u poslednje tri godine?*
- Da li ste ikada posetili ginekologa/urologa?
- Da li ste u poslednje tri godine ikada uradili Papa test?*
- Da li ste ikada išli na tretman za hronične bolesti?*
- Da li ste ikada uradili kolonoskopiju?

Iako je u okviru indeksa dobijanje lekova uz recept karakterisano kao pozitivan odgovor, dobijanje lekova u apoteci bez recepta nije uključeno u indeks jer se teže kategorizuje.

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzije finansijskih prepreka

- Koji je bio glavni razlog zbog kojeg se niste konsultovali sa lekarom?
- Da li je dobijanje novca koji je neophodan za lek veliki problem, mali problem, nije problem?
- Da li je dobijanje novca koji je potreban za usluge i zdravstvenu zaštitu veliki problem, mali problem, nije problem?
- Koji su razlozi zbog kojih mislite da nemate pristup zdravstvenim uslugama za reproduktivno zdravlje? [Preuređeno zbog pounuđenog odgovora „Preskupo je“]
- Da li imate privatno zdravstveno osiguranje?*

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzije geografskih prepreka

- Koliko Vam je otprilike bilo potrebno vremena da odete do ustanove? (vrata do vrata)
- Koji su razlozi zbog kojih smatrate da nemate pristup uslugama za reproduktivno zdravlje? [Predaleko je]*
- Da li je udaljenost ustanove veliki problem, mali problem, nije problem?
- Kako ste poslednji put otišli do te zdravstvene ustanove?*
- Da li je prevoz veliki problem, mali problem, nije problem?

Korišćenja pitanja u kreiranju indeksa dimenzije kulturoloških prepreka

- Da li je dobijanje dozvole za traženje medicinskog saveta ili lečenja veliki problem, mali problem, nije problem?
- Ko odlučuje da li ćete ići kod lekara?
- Da li je nedostatak želje da idete sami veliki problem, mali problem, nije problem?
- Zbog kojih razloga smatrate da nemate pristup uslugama za reproduktivno zdravlje? [Porodica mi neće dozvoliti; neprihvatljivo je za mene da imam takve vrste usluga]
- Da li ste morali da dobijete dozvolu od strane Vaših rođaka kada ste poslednji put išli u posetu domu zdravlja?*
- Ko odlučuje da li deca treba da idu kod lekara?*

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzija odnosa između pacijenta i davaoca nege

- Osećam se veoma prijatno na lekarskoj kontroli. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem]
- Da li ste objasnili nekom lekaru ili medicinskoj sestri kako da sprovode različite oblike kontrole rađanja?

- Na nedavnoj poseti, lekar mi je objasnio stvari jasnije, koristeći reči koje sam razumeo. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem]
- Da li Vas je informisao neki zdravstveni radnik u vezi sa višestrukim mogućnostima za planiranje porodice?
- Na nedavnoj poseti mislim da je lekar proveo vreme koje je potrebno za rešavanje mojih problema. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem]
- Da li Vam je neki zdravstveni radnik govorio o neželjenim efektima ili problemima koje možete imati sa različitim metodama planiranja porodice?
- Tokom lekarskih poseta, uvek mi dozvoljavaju da kažem sve što mislim da je važno da pitam. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem]
- Da li ste se osećali prijatno kada ste govorili o polno prenosivim bolestima i HIV-om sa Vašim lekarom?

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzije opaženog kvaliteta osoblja

- Veoma sam zadovoljan medicinskom negom koju dobijam. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Mislim da me lekari poštuju i dobro se prema meni ponašaju. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Moji lekari drže u tajnosti moje podatke; oni ih ne dele ni sa kim. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Lekari su visoko kvalifikovani i dobro obučeni. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Moj lekar mi daje potpune i tačne informacije u vezi sa tretmanom i lekovima. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Kada sam dobio tretman, imao sam potpunu privatnost (niko nije ulazio ili izlazio iz sobe osim lekara/medicinske. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Zdravstveni radnik je napravio grešku sa Vašom dijagnozom. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Lekar ili medicinska sestra su napravili neprikladan ili uvredljiv komentar, kada ste tražili ili dobili zdravstvenu negu.

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa pristupačnosti

- Da li je zabrinutost da lekovi koji su mi biti potrebni neće biti dostupni veliki problem, mali problem, nije problem?
- Da li je zabrinutost da neophodna oprema neće biti dostupna veliki problem, mali problem, nije problem?
- Da sam imao hitan slučaj, lako bi mi bilo da dobijem medicinsku negu. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]
- Često me ostavljaju da čekam dugo, kada idem kod lekara. [Slažem se u potpunosti, slažem se, niti se slažem niti se ne slažem, ne slažem se, uopšte se ne slažem.]

Korišćena pitanja u kreiranju indeksa dimenzije svesti

- Šta mislite, koliko znate o svojim pravima na zdravstvene usluge?
- Da li imate zakonsko pravo na zdravstveno osiguranje?
- Da li znate da možete da uložite žalbu ako niste zadovoljni kvalitetom zdravstvene zaštite koja Vam je pružena?
- Da li lekari imaju pravo da zadrže poverljivim informacije o Vama i Vašem zdravlju?*

Svako pitanje unutar indeksa je kodirano skalom od 0 do 1, gde se 0 podudara sa odgovorom koji ne ukazuje na prepreku u pristupu zdravstvenoj nezi, a 1 sa odgovorom koji ukazuje na najveću prepreku u pristupu zdravstvenoj nezi. Svaki indeks predstavlja zbir svih pitanja unutar istog. Svaki indeks se potom meri u opsegu od 0 do 100. Viši rezultat uvek predstavlja više prepreka u pristupu zdravstvenim uslugama. Stoga neko sa rezultatom 0 nije nailazio na prepreke, dok neko sa rezultatom 100 nailazi na najveće za svaki indikator kojim se bavi indeks.

Intervjui: Koristeći se metodom slučajnog uzorkovanja u svih sedam regiona, tim istražitelja je u svakom sproveo po 11 i 20 intervju koristeći otvoreni tip pitanja (Uroševac 12, Đakovica 12, Gnjilan 14, Mitrovica 11, Peć 13, Priština 20, Prizren 12, Vučitrn 11). Vođeno je dodatnih 5 razgovora sa predstavnicima nevladinih organizacija, međunarodnih organizacija i ostalim institucijama u Prištini. Svi intervjui u apotekama su rađeni u gradovima. Od 88 intervju sa lekarima i sestrama, 16 je odrađeno u ruralnim, a 72 u urbanim oblastima sa zdravstvenim radnicima u privatnim (20) i javnim (68) ustanovama. Ovo je podrazumevalo i nastojanje da se intervjuju ispitanici u manjim i većim privatnim klinikama u svakom regionu. Tabela 10 sumira kategorije intervjuisanih ispitanika.

	Psiholog	Lekar	Sestra	Apotekar	Farmaceutski tehničar	Drugi	Ukupno
Primarna							39
Opšta		16	16				
Mentalno zdravlje	2	5					
Sekundarna							29
Akušerstvo i ginekologija		8	8				
Specijalisti medicine (kardiologija, onkologija)		6	7				
Privatni sistem							20
Opšta		2	3				
Akušerstvo i ginekologija		8	3				
Specijalisti medicine (kardiologija, onkologija)		3	1				
Apoteka							17
Privatni				13	3		
Javni				1	0		
Nevladine organizacije i međunarodne organizacije							5
Ispitanici		4					
Ukupan broj kolona	2	52	38	14	3	1	100

Unutar svake institucije ispitanici su odabirani na osnovu položaja i pristupačnosti. Pismo Ministarstva zdravlja koje ohrabruje učešće je olakšalo proces. Različita uputstva za vođenje

intervjua su napravljena za različite kategorije ispitanika (videti Apendiks 3). U toku intervjuisanja, istraživači su takođe opazali i vodili beleške o fizičkom stanju unutar zdravstvene ustanove, kao i o interakcijama između osoblja i pacijenata u javnosti.

Analiza kvalitativnih podataka: Transkribovani su svi kvalitativni podaci, a u slučajevima gde su ispitanici odbili snimanje su vođenje beleške koje su kasnije prekucane. Podaci su se potom odvojeno kodirali zarad triangulacije, za šta je bio zadužen barem jedan, a tamo gde je to bilo moguće, i tri istraživača. Intervjui su kodirani prema pitanjima samog istraživanja identifikujući učestalost i varijetete različitih trendova. Takođe su analizirane i razlike između javnih i privatnih radnih mesta i pola ispitanika.

Pisanje izveštaja i kontrola kvaliteta: Tim raznovrsnih ljudi različitih stručnosti je doprineo istraživanju i pisanju ovog izveštaja, kao i profesionalne obuke u psihologiji, sociologiji, antropologiji, medicini (lekari, sestra i apotekar), zakonu, međunarodnom zdravlju i rukovođenju zdravstvene nege. Oni su revidirali prvobitnu verziju izveštaja kako bi se osigurala verodostojnost.

Recenzija: Konačna verzija izveštaja je poslata članovima Savetodavne grupe, kao i pojedinim istraživačima i ključnim ispitanicima na pregled i kontrolu kvaliteta. Na njihov savet su unete dodatne ispravke pre štampanja.

Apendiks 2. Anketna pitanja

1. Opština
2. Grad/mesto
3. Vrsta kuće: Stan Porodična kuća Porodična kuća za velike porodice/kompleks
4. Pol Žena Muškarac
5. U kojoj ste godini rođeni? ____

Nacionalnost

6. Kojoj etničkoj grupi pripadate?
Albanac Srbin Rom Aškalija Egipćanin Bošnjak
Gorane Turčin Ostalo? _____ Ne želi da odgovori

Edukacija

7. Da li znate da čitate i pišete? Da Ne
8. Koliko ste razreda škole završili? ____

Demografija kuće

9. Koji je Vaš bračni status SADA?
Neoženjen/neudata Venčan/venčana Nevenčan/nevenčana Kohabitacija (zajedničko stanovanje) Veren/verena Razveden/razvedena Udovac/udovica
10. Koliko ste imali godina kada ste po prvi put stupili u brak? ____

11. Sa kim sada živite u kući?

- Sa užim krugom porodice (roditelji, braća, sestre)
Sa užim krugom porodice u braku (muž/žena, i/ili deca)
Sa širom porodicom partnera (svekrva, svekar, dever, zaova, itd.)
Sa mojom širom porodicom (roditelji, braća, sestre, i drugi rođaci) Drugovi/drugarice
Partner (neoženjen/neudata) Sam/Sama Drugi?

12. Koliko osoba sada živi zajedno u Vašoj kući? ____

Zanimanje i zaposlenje

13. Šta najbolje opisuje Vaš radni status trenutno?
Radim na plaćenju van kuće
Radim neplaćeno van kuće (poljoprivreda, briga za životinje kao što su krave/kokoške, itd.)
Radim neplaćeno kući (briga o deci, starijim osobama, bašti, održavanje kuće, itd.)
Povremeno plaćeni rad (konsultant, sezonski radnik) Nezaposlen/nezaposlena, ali tražim posao
Nezaposlen/nezaposlena, ne tražim posao Penzionisan/penzionisana sam

--po ovome, samo 14 i 15 treba da se popune, ne oboje.

14. Šta od navedenog najbolje opisuje vrstu zaposlenja koje imate sada?
Poljoprivreda Prehrambena industrija Prirodni resursi (rudarstvo)
Građevina, i drugi fizički rad Umetnost, tehnologija audio/video komunikacije
Menadžment i poslovna organizacija Obrazovanje i obuka Finansije
Vlada i državna uprava Nauka o zdravlju Ugostiteljstvo i turizam Usluge ljudskih resursa
Informaciona tehnologija Pravda, javna bezbednost, korekcija i fizičko obezbeđenje
Proizvodnja Marketing, prodaja i servis
Nauka, tehnologija, inženjerstvo i matematika Transport, distribucija i logistika Ostalo

15. Koji su GLAVNI uzroci zbog kojih ne radite za platu?

- Vodim brigu o kući (deci, starijim osobama, osobama sa invaliditetom) Održavanje kuće (čišćenje, itd.) Moram da radim van kuće (poljoprivreda, briga za životinje, kao što su krave/kokoške, itd.) Nisam mogao da nađem posao Ne moram da radim; porodica ima dovoljno prihoda Porodica mi ne dozvoljava da radim
Još uvek sam student Ne vredi (za malu platu) Nesposoban/nesposobna za rad
Ostalo? _____ Ne znam / nemam odgovor

16. Koliko je Vaša MESEČNA plata trenutno? ____

17. Da li Vaš partner radi za platu? Da Ne
18. Možete li da procenite Vaše prihode domaćinstva počev od POSLEDNJEG MESECA (maja) od svih osoba i izvora? ____
19. Da li Vaša porodica prima socijalnu pomoć? Da Ne Refuzoj të përgjigjem Ne znam

Vera

20. Kojoj pripadate?

Muslimaske Katoličke Pravoslavne Protestantske Ateista/ Bez vere
Agnostik/skeptičan/skeptična Ostalo? _____ Ne želi da odgovori

21. Koliko često prisustvujete verskim službama?

Nikada Samo na posebnim praznicima Jednom u nekoliko meseci
1-3 puta mesečno Jednom nedeljno Više od jednom nedeljno Nimalo aktivan/aktivna

Uključivanje u politiku

22. Koliko mislite da ste aktivni u nekoj partiji?

Ne tako aktivan/aktivan Donekle aktivan Aktivan/aktivna Vrlo aktivan/aktivna
Odbijam

Sada bih želela da znam malo više o Vama i Vašoj porodici. Šta mislite KO donosi VEĆINU odluka o... u sledećim situacijama? (Izaberite sve važeće opcije)

Odlučivanje

23. Velike kupovine kao što su Novi auto ili nameštaj?

Ja Moj muž/partner muškarac Moja žena/partner žena Otac
Majka Svekar Svekrva Brat
Dever Baba Deda Ostalo Ne znam

24. Ako deca treba da idu kod lekara?

Nemam decu Ja Moj muž/partner muškarac Moja žena/partner žena
Otac Majka Svekar Svekrva Brat
Dever Baba Deda Ostalo Ne znam

25. Ako Vi morate da idete kod lekara?

Ja Moj muž/partner muškarac Moja žena/partner žena Otac
Majka Svekar Svekrva Brat
Dever Baba Deda Ostalo Ne znam

26. Ko u Vašoj porodici ima konačnu reč kada se treba doneti neka važna odluka?

Ja Moj muž/partner muškarac Moja žena/partner žena Otac
Majka Svekar Svekrva Brat
Dever Baba Deda Ostalo Ne znam

Sada, imam nekoliko pitanja o Vašim okolnostima i mestu u kojem živite. Molimo Vas da procenite stanje životne sredine u mestu u kojem živite?

27. Molimo Vas da procenite životnu sredinu u kojoj živite:

Vrlo loše Loše Ni dobro ni lose Dobro Vrlo dobro

27.1. Kakav je kvalitet vazduha u mestu u kojem živite?

Vrlo loše Loše Ni dobro ni lose Dobro Vrlo dobro

27.2. Kakav je kvalitet vode u mestu u kojem živite?

Vrlo loše Loše Ni dobro ni lose Dobro Vrlo dobro

27.3. Kakav je kvalitet zemlje u mestu u kojem živite?

Vrlo loše Loše Ni dobro ni lose Dobro Vrlo dobro

27.4. Kakva je situacija sa čvrstim otpadom kao što je smeće kuća, industrije ili bolnica?

Vrlo loše Loše Ni dobro ni lose Dobro Vrlo dobro

27.5. Do koje je mere kontaminirana hrana problem za Vas i Vašu porodicu?

Veliki problem Do nekle problem Nije nikakav problem Ne znam

29. Da li po Vašem mišljenju postoji nešto u svakodnevnom okruženju što utiče na Vaše zdravlje ili zdravlje Vaše porodice? Da Ne Šta? _____

30. Do koje mere prema Vašem mišljenju životna sredina u kojoj radite utiče na Vaše zdravlje?

Veoma mnogo Donekle Vrlo malo Nimalo Ne znam

31. Koliko je prema Vašem mišljenju čist vazduh kojeg udišete svakoga dana?

Vrlo dobro Dobro U redu Loše Vrlo loše

32.1. Emisije iz automobila i kamiona

Ne utiče na zagađenje vazduha Mnogo	Vrlo malo Izuzetno mnogo/mnogo	Malo Mnogo	Donekle Ne znam
32.2. Termocentrale			
Ne utiče na zagađenje vazduha Mnogo	Vrlo malo Izuzetno mnogo/mnogo	Malo Mnogo	Donekle Ne znam
32.3. Fabrike			
Ne utiče na zagađenje vazduha Mnogo	Vrlo malo Izuzetno mnogo/mnogo	Malo Mnogo	Donekle Ne znam
32.4. Gasovi od sagorevanja nafte, gasa, uglja ili drva za grejanje i pripremu hrane			
Ne utiče na zagađenje vazduha Mnogo	Vrlo malo Izuzetno mnogo/mnogo	Malo Mnogo	Donekle Ne znam
32.5. Dim od duvana			
Ne utiče na zagađenje vazduha Mnogo	Vrlo malo Izuzetno mnogo/mnogo	Malo Mnogo	Donekle Ne znam

33. Koji je primarni izvor grejanja u Vašoj kući tokom zime? Drva Ugalj Struja
Pelet Nafta Centralno grejanje Ostalo

Znanje prava

34. Šta mislite, koliko znate o svojim pravima na zdravstvene usluge? Nemam saznanja o ovoj temi
Znam vrlo malo o ovoj temi Imam prosečno znanje o ovoj temi Znam dosta o ovoj temi

35. Da li imate zakonsko pravo na zdravstveno osiguranje? Da Ne Ne znam

36. Da li lekari imaju pravo da zadrže poverljivim informacije o Vama i Vašem zdravlju? Da Ne

37. Da li znate da možete da uložite žalbu ako niste zadovoljni kvalitetom zdravstvene zaštite koja Vam je pružena?
Da Ne

38. Da li mogu centri za porodičnu medicinu da pruže gineokološke usluge ili usluge reproduktivnog zdravlja ili su te usluge dostupne samo od strane gineokologa?

Centri za porodičnu medicinu pružaju takve usluge Samo gineokolozi mogu da pružaju takve usluge
Ne znam

Stavovi

Sada, imam nekoliko pitanja u vezi sa Vašim mišljenjem o raznim pitanjima. Za pitanja u nastavku, molimo Vas da nam kažete do koje se mere slažete ili ne slažete sa izjavama koje ću pročitati. Na primer, da li se u potpunosti slažete, slažete se, niti se slažete niti ne slažete (neutralno), ne slažete se, ili se uopšte ne slažete?

39. Žene bi trebale da budu jake i ne treba da idu u poseti lekaru

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

40. Neudate žene (uključujući i udovice) nemaju razloga da idu u poseti gineokologu

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

41. Redovni lekarski pregledi su bacanje para

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

42. Da sam bolestan, ja bih išao kod lekara

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

43. Kada je neko veoma zabrinut, uzimanje sredstava za smirenje je normalan način da se smirite

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

44. Žene koje su završile sa rađanjem nema potrebe da idu na gineokološke preglede

Uopšte se ne slažem Ne slažem se Niti se slažem niti se ne slažem
Slažem se Slažem se u potpunosti Ne znam

Meningitis	Problemi sa tiroidom (štitna žlezda)		Multipla skleroza
Parkinsonova bolest	Polio (Dečja paraliza)	Artritis	Skleroderma
Epilepsija	Apneja (bolest spavanja)	Problemi sa stomakom (čirevi, gastritis, itd.)	
Urinarne infekcije	Bolesti kostiju i ligamenata	Ograničen vid	Ograničen sluh
Problemi sa govorom	Problemi sa kretanjem	Ograničena upotreba ruku	
Mentalna retardacija (slaboumnost)	Mentalne bolesti	Hronični bolovi	Ostalo

57. Da li ste ikada bili kod lekara za obavljanje opšte kontrole zdravlja? Da Ne
58. Koliko puta ste tokom proteklih 12 meseci u proseku bili kod lekara opšte prakse? _____
59. Koliko puta ste tokom proteklih 12 meseci bili u poseti nekoj DRŽAVNOJ zdravstvenoj ustanovi? _____
60. Koliko puta ste tokom proteklih 12 meseci bili u poseti nekoj PRIVATNOJ zdravstvenoj ustanovi? _____

Dozvola

61. Da li ste morali da dobijete dozvolu od strane Vaših rođaka kada ste poslednji put išli u posetu domu zdravlja?
Da Ne

Prevoz do zdravstvene ustanove:

62. Kako ste poslednji put otišli do te zdravstvene ustanove?
- | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------|--------------|
| Peške | Autobusom/mini busom | Taksijem | Ličnim autom |
| Sa životinjama/teretnim kolima | Ostalo-sta? _____ | Ne sećam se/ | Ne znam |

63. Koliko Vam je otprilike bilo potrebno vremena da odete do ustanove? (vrata do vrata) minuta: _____
64. Koliko su otprilike bili troškovi putovanja do tamo i natrag? _____

Troškovi

65. Koliko ste otprilike ukupno potrošili novca u poslednjih 12 meseci za sebe, kao što su posete lekaru i zubaru?
66. Koliko ste otprilike ukupno potrošili novca za testove/analize vezane za Vaše zdravlje, kao što su analize krvi, rendgen ili ultrazvuk? _____
67. Koliko ste otprilike ukupno potrošili novca za farmaceutske proizvode za sebe?
68. Da li možete neki farmaceutski proizvod da dobijete besplatno? Da Ne Ne znam

Koliko često ste koristili sledeće zdravstvene usluge tokom poslednjih 5 godina?

69. Redovna lekarska kontrola					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
70. Poseta kod zubara					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
71. Lekovi iz apoteke BEZ recepta					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
72. Lekovi iz apoteke SA receptom					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
73. Poseta gineokologu/urologu					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
74. Tretman za hronične bolesti					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
75. Laboratorijske analize					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
76. Tretman za neočekivane bolesti					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
77. Skeniranje raka na materici					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
78. Skeniranje raka dojke					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam
78.2 Skeniranje raka creva					
Nikada	Jednom	2-4puta	Svake godine	> 1 u godini	Ne znam

Lica koja imaju prednost na zdravstvenu zaštitu

79. Ako bi u Vašoj porodici samo jedna osoba bila poslata na redovnu lekarsku kontrolu, šta mislite koja bi bila osoba za koju bi postojala najveća verovatnoća da bi je porodica poslala?

Niko, svi smo isti	Žena	Muškarac	Starac	Starica
Devojka	Decak	Odojče (muškarac)	Odojče (devojčica)	

80. Koji je GLAVNI razlog zbog kojeg bi bila poslata ova osoba?

Osoba koja je bolesna Osoba za koju postoji veća verovatnoća da će se razboleti Osoba koja je najvažnija za porodicu Osoba koja donosi odluke Ostalo? _____

Mogući problemi za pristup zdravstvenoj zaštiti:

Mnogi različiti faktori mogu da spreče ljude da dobijaju lekarske savete ili tretman za sebe. Ako se razbolite i potreban Vam je savet ili lekarski tretman, da li sledeće stvari predstavljaju veliki problem, mali problem ili uopšte nisu problem za Vas?

81. Uzimanje dozvole za konsultacije i lekarski tretman

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

82. Udaljenost do zdravstvene ustanove?

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

83. Prevoz

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

84. Nedostatak želje da ide sama:

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

85. Dobijanje novca koji je potreban za usluge i zdravstvenu zaštitu

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

86. Dobijanje novca za lekove

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

87. Zabrinutost da neće postojati zdravstveni radnik koji je istog pola kao i ja

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

88. Zabrinutost da lekovi koji su mi potrebni neće biti dostupni

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

89. Zabrinutost da neophodna oprema neće biti dostupna

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

90. Verovanje da lekari neće biti iskreni ili profesionalni

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

91. Da razgovarate sa lekarom o Vašem mentalnom ili psihičkom zdravlju

Veliki problem Mali problem Nije problem Ne znam

92. Da li imate privatno zdravstveno osiguranje? Da Ne

Privatne ili javne preferencije

93. Da li više volite da idete u javne ili privatne zdravstvene ustanove? Javne Privatne Nemam preferencija

94. Koji je GLAVNI razlog što Vi imate takvu preferenciju? To je jeftinije Kvalitetnija je nega Bliže mi je
Poznajem osobe koje tamo rade Pruža posebnu vrstu usluge koja mi je neophodna Ostale razloge: _____

Pristup reproduktivnom zdravlju

95. Da li imate adekvatan pristup zdravstvenim uslugama za seksualno i reproduktivno zdravlje, ako su Vam potrebni, uključujući i planiranje porodice? Da Ne

96. Koji su razlozi zbog kojih osećate da NEMATE pristup?

Porodica mi neće dozvoliti Neprihvatljivo je za mene da imam takve vrste usluga (npr. zato što sam neudata, udovica, itd.) Vrlo je skupo Suviše je daleko Ne znam gde da odem Ostali razlozi

Sada imam nekoliko pitanja o Vašim iskustvima o pristupu zdravstvenim uslugama. Koliko ste slažete sa svakom od sledećih izjava:

97. Da sam imao hitan slučaj, lako bi mi bilo da dobijem medicinsku negu Slažem se u potpunosti
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

98. Osećam se veoma prijatno na lekarskoj kontroli: Slažem se u potpunosti
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

99. Veoma sam zadovoljan medicinskom negom koju dobijam: Slažem se u potpunosti
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

100. Često me ostavljaju da čekam dugo, kada idem kod lekara: Slažem se u potpunosti
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

101. Mislim da me lekari poštuju i dobro se prema meni ponašaju: Slažem se u potpunosti
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

102. Na nedavnoj poseti, lekar mi je objasnio stvari jasnije, koristeći reči koje sam razumeo
Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

103. Na nedavnoj poseti mislim da je lekar proveo vreme koje je potrebno za rešavanje mojih problema

Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam
104. Moji lekari drže u tajnosti moje podatke; oni ih ne dele ni sa kim					
Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam
105. Lekari su visoko kvalifikovani i dobro obučeni					
Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam
106. Tokom lekarskih poseta, uvek mi dozvoljavaju da kažem sve što mislim da je važno da pitam					
Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam
107. Moj lekar mi daje potpune i tačne informacije u vezi sa tretmanom i lekovima					
Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam
108. Kada sam dobio tretman, imao sam potpunu privatnost (niko nije ulazio ili izlazio iz sobe osim lekara/medicinske sestre)					
Slažem se	Niti se slažem	niti se ne slažem	Ne slažem se	Uopšte se ne slažem	Ne znam

Diskriminacija

109. Tokom mog života, mislim da sam diskriminovan od strane nekog zaposlenog u zdravstvenoj službi zbog mog pola. Slažem se Niti se slažem niti se ne slažem Ne slažem se Uopšte se ne slažem Ne znam

110. Možete li mi molim Vas reći šta se desilo? _____

111. Ako ste bili nezadovoljni na usluge, da li ste se žalili? Da Ne N/D (nikad nisam bio/bila nezadovoljan/a)

Iskustvo u korišćenju zdravstvenih usluga

112. Lekari su Vam uradili test krvi za HIV/SIDU bez Vaše saglasnosti. Da Ne
113. Zdravstveni radnik je govorio o mojoj bolesti pred drugim pacijentima ili sa drugim pacijentima. Da Ne
114. Zdravstveni radnik je napravio grešku sa Vašom dijagnozom. Da Ne
115. Vi ste tužili sudu nekog zdravstvenog radnika zato što je on/ona bio neprofesionalan. Da Ne
116. Gineokolog Vam je dijagnostifikovao rak bez ikakvog testa. Da Ne
117. Lekar Vam je rekao da je veoma važno da se operišete, dok ste kasnije od drugih lekara otkrili da niste imali potrebe za operacijom. Da Ne
118. Lekar ili medicinska sestra su napravili neprikladan ili uvredljiv komentar, kada ste tražili ili dobili zdravstvenu negu. Da Ne
119. Lekar ili medicinska sestra Vas je dotakao na neprimeran seksualni način, koji nije bio deo postupka. Da No
120. Ukoliko odgovorite sa "da" na bilo koju od ovih izjava, molim Vas da mi kažete više od onoga što se dogodilo...

Kontraceptivna sredstva:

123. Da li ste ikada bili seksualno aktivni? Da Ne
124. Da li ste trenutno seksualno aktivni? Da Ne
125. Da li bi radije imali seksualne odnose sa: Muškarci Žene Muškarci i žene Niko
126. Da li ste ikada imali seksualne odnose sa osobom istog pola kao Vi? Da Ne

Contraception

127. Da li sada koristite bilo koju kontraceptivnu metodu? Kontraceptivna metoda je metoda za sprečavanje neželjene trudnoće. Da Ne

128. Koje metode koristite trenutno za sprečavanje trudnoće?

Nijedna metoda	Sterilizacija žena	Sterilizacija muškaraca	Tablete
IUD	Inekcije/inekције za hormone	Implanti	Kondom
Dijafragma	Pena/žele	Metoda ritma (uzdržavanje od seksa u periodu ovulacije, što podrazumeva vreme kada postoje veće šanse da zatrudnite)	Kondom za žene
		Odustajanje	Ostalo: _____

129. Koji GLAVNI (jedan) razlog zbog koga NE koristite kontraceptivnu metodu?

- Nisam udata Želim da zatrudnim Retki seks/Nemam seksualne odnose
- Menopauza/histerektomija/mastektomija Fizički nemoguće da imam decu
- Protivim se korišćenju kontracepcije Moj muž/žena se protivi korišćenju kontracepcije
- Moja porodica se protivi korišćenju kontracepcije Moja vera to zabranjuje
- Ne znam kako da upotrebim ovu metodu Ne znam ni jednu drugu metodu
- Ne znam gde da nabavim kontraceptivna sredstva Kontraceptivne metode ne funkcionišu kod mene
- Bojim se kako će kontraceptivna sredstva uticati na moje zdravlje ili njihovi mogući neželjni efekti
- Nemam pristup kontraceptivnim sredstvima/suviše su daleko da se obezbede
- Kontraceptivna sredstva su preskupa Kontraceptivna sredstva su nepogodna za upotrebu
- Kontraceptivna sredstva ometaju normalne procese mog tela Ja/ moja žena se tek porodila i još uvek doji
- Ostalo: _____

130. Gde ste prvi put naučili TRENUTNU metodu?

Javna bolnica/porodiljski centar Dom zdravlja (poput porodičnog medicinskog centra) Privatna
bolnica/klinika Privatna apoteka Privatni doctor NVO Prodavnica
Crkva, džamija, religijska institucija Prijateljica/rođak Muž/žena/partner Mediji Internet

131. Da li Vaš supružnik/partner zna da koristite metodu planiranja porodice? Da NE

132. Da li mislite da je upotreba kontraceptivnih sredstava uglavnom Vaša odluka, odluka Vašeg
supružnika/partnera, ili ste zajednički doneli odluku?

Uglavnom moja odluka Uglavnom odluka mog supružnika/partnera Zajednička odluka

133. Da li znate neko mesto gde možete da naučite neku metodu planiranja porodice? Da Ne

134. Da li ste objasnili nekom lekaru ili medicinskoj sestri kako da sprovede različite oblike kontrole rađanja?

Da Ne

135. Da li Vas je informisao neki zdravstveni radnik u vezi sa višestrukim mogućnostima za planiranje porodice?

Da Ne

136. Da li Vam je neki zdravstveni radnik govorio o neželjenim efektima ili problemima koje možete imati sa
različitim metodama planiranja porodice? Da Ne

Znanje o planiranju porodice

137. Da li ste čuli o planiranju porodice na radiju? Da Ne

138. Da li ste gledali nešto u vezi sa planiranjem porodice na televiziji? Da Ne

139. Da li ste ikada pročitali o planiranju porodice u novinama, časopisu ili na internetu? Da Ne

Trudnoća/Deca

140. Kada bi ste Vi mogli da se vratite u vreme kada niste imali dece (ili ako sada nemate decu), i mogli da tačno
odaberete koliko dece ćete imati u celom svom životu, koliko dece bi ste voleli da imate? _____

141.1 Koliko od ove dece bi ste voleli da budu dečaci? _____

141.2 Koliko od ove dece bi ste voleli da budu devojčice? _____

142. Da li ste ikada rađali? Da Ne

142.1 Koliko ste dece rodili? _____

143. Ako da, koliko ste imali godina kada ste prvi put rodili dete? _____

144. U vremenu kada je Vaša supruga/partner ostala trudna, da li ste želeli da (Vaša žena) zatrudni, ili ste želeli da
sačekate kasnije, ili niste želeli da imate (više) dece? Tada Kasnije Nimalo

144.2. Gde ste se porađali? (moguće je odabrati više odgovora) Kući U državnoj bolnici U privatnoj klinici

145. Kada ste bili trudni sa Vašim poslednjim detetom, da li ste dobili prenatalnu negu? Da Ne

146. Ako ne, koji su bili GLAVNI razlozi što niste dobili prenatalnu negu?

Ne mislim da je potrebno Partner/suprug mi ne bi dozvolio Porodica mi ne bi dozvolila Preskupo
Suviše je daleko Nisam mogla da nađem vremena na poslu Nisam znala da je važno Ostali razlozi: _____

147. Gde ste bili u poseti?...negde drugo? Medicinsko osoblje Porodični doctor

Akušer/gineokolog Medicinska sestra/babica 147.1. Šta još? _____

Porodaj carskim rezom

148. Koliko ste od svih porođaja imali porođaje carskim rezom? _____

149. Koliko ste imali prirodnih porođaja, bez carskog reza? _____

150. Tokom jednog od carskih operacija, da li ste se osećali pod pritiskom od strane nekog lekara, čak iako sami
niste imali potrebu za takvim porođajem? Osećala sam se pod pritiskom Ne, nisam se osećala pod pritiskom

151. Da li Vam je tokom porođaja bilo dozvoljeno da budu prisutni neki od članova uže porodice u sali za porođaj?
Da Ne

152. Da li ste ikada imali neke od ovih problema tokom trudnoće? (zaokruži sve koje odgovaraju)

Pobačaj/Spontani pobačaj Pobačaj Prevremani porođaj Ni jedan od ovih

153. Nakon što ste imali pobačaj ili spontani pobačaj, da li je neko od lekara intervenisao na Vašem jajovodu bez
Vašeg pristanka? Da Ne

Abortus

Sada imam neka pitanja na koja možete da odgovorite sami, koristeći kameru. Ponavljam da će Vaši odgovori biti u
potpunosti anonimni. Niko neće znati za odgovore koje ste dali. [Ispitivač daje aparat sagovorniku]

154. Da li ste ikada osetili pritisak DA abortirate? Da Ne

155. Da li ste ikada osetili pritisak DA NE abortirate? Da Ne

156. Da li ste ikada bili prisiljeni da imate više dece kada to niste želeli? Da Ne
157. Da li ste se osećali prijatno kada ste govorili o polno prenosivim bolestima i HIV-om sa Vašim lekarom?
Da Ne
158. Da li se osećate prijatno kada raspravljate o planiranju porodice sa Vašim lekarom? Da Ne
159. Ako mislite da možete možda da imate neku od seksualno prenosivih bolesti, da li biste posetili lekara?
Da Ne
160. Da li ste ikada imali abortus? Da Ne
161. Koliko abortusa? _____
162. Kako se završio ovaj abortus?
Sama izazvala lekovima Sama izazvala fizički U privatnoj klinici U državnoj bolnici
Od strane porodice Od strane poznatih lica u porodici Ostalo: _____
163. Da li Vam je lekar preporučio da koristite lekove? Da No
164. Zbog čega ste odlučili da abortirate?
Preskupo da se ima dete Škola Neželjeno dete Dete je bilo devojčica/mi smo želeli sina
Dete je bilo dečak/mi smo želeli ćerku Na mene je vršila pritisak porodica Neudata
Suviše mlada da bi imala dece Ostalo: _____
165. Pošto ste imali abortus, da li Vas je zdravstveno osoblje obavestilo o planiranju porodice i kontraceptivnim metodama koje su dostupne na Kosovu? Da Ne

Kontrole

166. Mamografije koriste rendgen za stvaranje grafikona za otkrivanje raka dojke. Da li ste ikada čuli za mamografiju ili snimanje dojke zbog raka? Da Ne
167. Da li ste ikada uradili mamografiju u poslednje 3 godine? Da Ne
168. Jedna druga dijagnostička procedura „Papa test“, je procedura u kojoj lekar ili medicinska sestra uzimaju ćelije iz unutrašnjosti vagine za mikroskopsko ispitivanje. Ova procedura se koristi za otkrivanje raka i promena koje mogu dovesti do raka. Da li ste ikada čuli za „Papa test“? Da Ne
- 169.1 Da li ste u poslednje tri godine ikada uradili Papa test? Da Ne
169. Kolonoskopija je test koji omogućava lekaru da pregleda Vaša creva (rektum i debelo crevo). On/ona koristi tanku i fleksibilnu cev. Kolonoskopija pomaže otkrivanju čireva, polipa u crevima, tumora, itd. Da li ste ikada uradili kolonoskopiju? Da Ne
- 169.1 Da li ste ikada uradili kolonoskopiju u poslednjih pet godina? Da Ne

Karcinom

170. Ako mi dozvolite da Vas pitam, da li je nekoj osobi u Vašoj porodici dijagnoziran rak, odnosno koja živi pod istim krovom od 2000. godine? Da Ne
171. Ukupan broj članova Vaše porodice kojima je dijagnoziran rak od 2000. godine? _____
- 171.2 Koji je pol osobe? Žena Muškarac
- 171.3.2 Koliko je osoba imala godina kada joj je dijagnoziran? _____
- 171.3.3. Koje godine je osoba dijagnozirana? _____
- 171.3.4 Koju je vrstu raka imala osoba? Zaokruži sve što odgovara? Grudi Debelo crevo
Stomak Jajnici Mozak Koža Pluća 171.3.5 Neki drugi? _____
- 171.3.6 Da li je osoba imala mogućnost da dobije tretman? Da Ne
- 171.3.7. Iz kojih razloga osoba nije mogla da dobije tretman?
Nije postojao takav tretman na Kosovu Nije bilo moguće priuštiti Osoba nije želela tretman
Porodica je nije podržala Ostalo – kojih? _____

Sedativi (lekovi za smirenje)

172. Koliko često koristite lekove protiv bolova, kao što su aspirin, acetaminofen, paracetamol, andol, naproksen, diklofenak ili brufen?
- | | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| Nisam ih nikada koristila | Nekoliko puta godišnje | Svaki nekoliko meseci | Svaki mesec |
| Nekoliko puta mesečno | Svake nedelje | Svaki nekoliko dana | Svaki dan |
173. Koliko često koristite lekove protiv bolova kao što je morfijum, opiodys, eksikondon, metadon, trodon i fentanil?
- | | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| Nisam ih nikada koristila | Nekoliko puta godišnje | Svaki nekoliko meseci | Svaki mesec |
| Nekoliko puta mesečno | Svake nedelje | Svaki nekoliko dana | Svaki dan |

174. Koliko često koristite tablete/pilule koje Vam pomažu da spavate, kao na primer što su bensedin ili diazepam?

Nisam ih nikada koristila	Nekoliko puta godišnje	Svaki nekoliko meseci	Svakog meseca
Nekoliko puta mesečno	Svake nedelje	Svaki nekoliko dana	Svaki dan

175. Zbog čega ste odlučili da uzimate ove tablete/pilule?

Moj izbor Preporučio mi je doctor Preporučio mi je prijatelj/prijateljica
Preporučila mi je moja porodica

176. Koji član porodice?

Supružnik/partner	Majka	Otac	Sestra	Brat	Strina/tetka
Stric/ujak	Baba	Deda	Rođak	Ko ostalo? _____	

177. Kada ste uznemireni [nervozni], da li nekada koristite sedativ da bi ste se smirili, na primer ksanaks, valijum, diazepam, leksilium, ili bensedin?

Da Ne

178. Po Vama, koliko često uzimate sedative?

Nisam ih nikada koristila	Nekoliko puta godišnje	Svaki nekoliko meseci	Svakog meseca
Nekoliko puta mesečno	Svake nedelje	Svaki nekoliko dana	Svaki dan

179. Zbog čega odlučujete da koristite ove lekove/pilule?

Moj izbor Preporučio mi je doctor Preporučio mi je prijatelj/prijateljica Preporučila mi je moja porodica

Pušenje i zdravlje

180. Da li trenutno pušite? Da Ne

181. Koliko ste cigareta pušili u poslednja 24 časa? _____

182. U kojem ste uzrastu počeli da redovno pušite?? _____

183. Da li ste pokušali da prestanete sa pušenjem tokom poslednjih 12 meseci? Da Ne

183. Na koji način mislite da pušenje može da izazove zdravstvene probleme?

Rak pluća	Rak grla ili grkljana	Problemi sa glasnim žicama ili grkljanom	Hronični bronhitis
Astma	Srčane bolesti	Udar	Impotencija kod muškaraca
Komplikacije u trudnoći	Ostalo: _____	Ne znam	

Alkohol

185. Koliko ste često tokom proteklih 12 meseci konzumirali najmanje jedno alkoholno piće, kao što su npr. pivo, vino, rakija ili neko drugo piće?

Nisam ih nikada koristila	Nekoliko puta godišnje	Svaki nekoliko meseci	Svakog meseca
Nekoliko puta mesečno	Svake nedelje	Svaki nekoliko dana	Svaki dan

186. Kada pijete alkohol, u proseku, koliko flaša pića možete da konzumirate svaki dan? (približno)? _____

Discriminacija

187. Da li ste se ikada zapitali da li su Vam prekršena prava da dobijete zdravstvene usluge, zato što ste žena?

Da Ne

188. Ako možete, recite mi šta se dogodilo i da li ste prijavili slučaj? _____

189. Da li postoji nešto drugo o čemu biste želeli da razgovarate sa mnom ili da mi kažete? _____

190. Da li može moj kolega da Vas u budućnosti kontaktira ukoliko se ukaže potreba za više informacija o Vašim odgovorima? Vaš identitet će ostati anoniman. Da Ne

Apendiks 3. Vodič za kvalitativni intervju

Cilj(evi) intervjua:

- Bolje razumevanje odnosa između pacijenta i davaoca nege uz pomoć zdravstvenih radnika/ključnih izvora
- Razumevanje faktora koji mogu sprečiti pružanje sveobuhvatne, kvalitetne nege uključujući i strukturalna/sistemska pitanja i mentalitet davaoca usluge

I. Upoznavanja

Datum	Ime	Položaj
Institucija	Telefon	i-mejl

2. Pitanja

- Zainteresovan sam da saznam više o vama: zašto se odabrali da se bavite zdravstvenom negom?
- Koje ste godine otprilike počeli da radite u zdravstvu?
- Koji su najveći izazovi sa kojima se suočavate kao zdravstveni radnik?
 - Da li postoje strategije za rešavanje ovih problema?
 - Zbog čega mislite da one ne deluju?
- Šta mislite da je trenutno najveća prepreka **ženama** kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi na Kosovu?
 - Kakve konkretne mere treba preduzeti da bi ovo rešilo?
- Da li je ovo jedina zdravstvena ustanova u kojoj trenutno radite? [Ispitajte: da li radite na još nekom mestu poput vaše privatne klinike ili u nekoj drugoj klinici?]
 - Da li oduvek radite u (javnim/privatnom) sektoru?
 - Koji je glavni razlog zbog koga radite u javnim i privatnim klinikama?
 - Zbog čega se prešli iz javnog u privatni/obrnuto (ukoliko je to relevantno)?
- Kakve razlike uvidate između privatnih i javnih ustanova kao zdravstveni radnik?
 - Da li su jedne bolje, a druge gore?
 - Zbog čega?

Mesto zdravstvenih radnika u zdravstvenom sistemu

- Molimo opišite uslove svog radnog mesta.
- Da li su se uslovi promenili od kada ste počeli da radite, i ako je tako, da li su se poboljšali ili pogoršali?
- Da li je bilo ključnih izmena u politikama vlade ili nadležnih organa koje su pobošljale ili otežale Vaš rad?
- Kako za Vas izgleda tipičan radni dan?
 - Sa koliko pacijenata dnevno radite?
 - Koliki broj tih pacijenata su žene?
 - Da li obično radite sa pacijentima koji su istog pola kao i Vi?
 - Da li je pacijentu ikada bilo nelagodno zbog vašeg pola?
- Koja su (tri) najčešća razloga zbog kojih ljudi dolaze kod Vas?
- U kolikoj meri se strogo vodi računa o poverljivosti u Vašoj instituciji?
 - Iz kojih razloga?
 - Da li se, prema Vašem iskustvu, pregled i dijagnoza pacijenata obično odvijaju u prisustvu samog pacijenta ili su i drugi pacijenti prisutni?
 - Ukoliko je pacijent/pacijentkinja došao/došla sa svojom porodicom, da li članovi porodice ostaju u prostoriji dok Vi pregledate pacijenta?
 - Da li članovi porodice znaju za dijagnozu pacijenta?
- Kada se uspostavlja dijagnoza pacijenta, u koliko meri razgovarate i objašnjavate dijagnozu pacijentu?
 - Zašto? (ili zašto ne)?

Izazovi

- Koji su glavni problemi sa kojima ste primetili da se pacijent susreće?
 - Kada je pacijentu potrebna nega/lekovi ali on to nije u mogućnosti da plati, šta preduzimate?
- Skoro polovina ispitanika je kao glavni problem istakla mogućnost nedostatka lekova ili opreme. Zašto mislite da je tako?
- Da li ste ikada bili u situaciji da oprema koja Vam je bila potrebna za adekvatno obavljanje posla nije bila dostupna ili je bila neispravna?

Ukoliko je odgovor potvrđan:

- Dijagnostička ili hirurška oprema?
- Kakva oprema?
- Da li je ovo čest problem?
- Šta se dešava sa pacijentima ukoliko nemate opremu koja im je potrebna?
- Da li su Vam uvek dostupne neophodne farmaceutske zalihe?

Ukoliko je odgovor negativan:

- Ima li učestalih nedostaka?
- Ako je ono što Vam je potrebno nedostupno, šta preduzimate?

Situacija unutar šireg zdravstvenog ekosistema

- Da li smatrate da Vam infrastruktura pruža podršku?
- Da li ste zadovoljni obukama koje pruža vlada?

DOPUNSKA KONKRETNA PITANJA ZA SVAKU GRUPU

Sledeća pitanja su postavljena određenim ispitanicima na osnovu njihovog zanimanja.

SVI LEKARI UKLJUČUJUĆI I ZDRAVSTVENE RADNIKE MENTALNIH USTANOVA

- U kolikoj meri se strogo vodi računa o poverljivosti u Vašoj instituciji?
 - Iz kojih razloga?
 - Da li se prema Vašem iskustvu pregled i dijagnoza pacijenata obično odvija u prisustvu samog pacijenta ili su i drugi pacijenti prisutni?
 - Ukoliko je pacijent/pacijentkinja došao/došla sa svojom porodicom, da li članovi porodice ostaju u prostoriji dok Vi pregledate pacijenta?
 - Da li članovi porodice znaju za dijagnozu pacijenta?
- Kada se uspostavlja dijagnoza pacijenta, u koliko meri razgovarate i objašnjavate dijagnozu pacijentu?
 - Zašto? (ili zašto ne)?
- Da li na osnovu Vašeg iskustva ljudi na Kosovu odlaze lekaru čak i kada je sve u redu kako bi obavili kontrolni pregled? Zašto ili zašto ne, šta mislite?
- Ko je odgovoran za sakupljanje podataka o pacijentima?
 - Kako se oni čuvaju: elektronski, putem fizičkih kopija ili oba?
 - Za šta se koriste ovi podaci?
- Ukoliko neko uloži žalbu protiv Vas, kakva je procedura za istraživanje ili proveru žalbe?
- Na koji način mislite da Vaša ustanova/osoblje može poboljšati uslugu zdravstvene nege u Vašoj ustanovi.

PRIMARNA NEGA I SPECIJALISTI AKUŠERSTVA I GINEKOLOGIJE

Kontraceptivna sredstva/planiranje porodice

- Ko obično otvara pitanje planiranja porodice: pacijent ili Vi?
- Da li u toku lečenja uopšte razgovarate o planiranju porodice/kontraceptivnim sredstvima sa pacijentima?
 - Sa ženama, muškarcima ili sa jednim i drugim?
 - Sa ženama koje starosne dobi i bračnog stanja?
- Da li uglavnom pružate informacije o nekoliko metoda ili preporučujete jednu koju smatrate najboljom za pacijenta?

- Kako birate metodu koju preporučujete pacijentu?
- Da li objašnjavate kontraindikacije drugih metoda ili kako one funkcionišu?
- *Ko mora da donese odluku o tome da li žena želi da otpočne upotrebu kontraceptivne metode?*
 - *Šta ako žena želi da koristi ili promeni kontraceptivnu metodu protiv volje svog partnera?*
- Ukoliko žena želi pristup planiranju porodice, da li ona to lako postiže?
 - Da li porodice, religijske institucije, ili ostali faktori stvaraju prepreke ženama kada je u pitanju planiranje porodice?
- *Da li je pacijentima nelagodno kada razgovaraju o planiranju porodice sa Vama?*
- Koliko žene plaćaju konsultacije koje se tiču planiranja porodice i kontraceptivnih sredstava?

PITATI SAMO LEKARA PRIMARNE NEGE

- Da li Porodični centar pruža negu građanima koji nisu u stanju da ga posete, npr. putem kućnih poseta?
 - Koliko često dolazi do kućnih poseta?
 - Koji je najčešći razlog za kućne posete?
- Koji su najčešći problemi zbog kojih upućujete pacijente specijalisti: (ocenite prva tri)
 - Kada upućujete pacijente da li oni dobijaju potrebnu negu? (na primer, da li je lista čekanja duga, lečenje preskupo, ustanova predaleko itd, pa su oni primorani da se vrate kod Vas?)
 - Da li obično upućujete pacijente određenom specijalisti koga poznajete ili listi potencijalnih specijalista?
 - Kako odlučujete kom specijalisti ćete uputiti pacijente?
 - Da li objašnjavate osobi zašto je upućujete/kako sledeći korak izgleda?
 - Da li specijalisti upućuju pacijente kod Vas u slučaju kada oni traže uslugu na pogrešnom nivou?

PITATI SAMO SPECIJALISTU AKUŠERSTVA I GINEKOLOGIJE

Abortus:

- Kakva je procedura kada žena zatraži abortus?
 - Sa kim žene obično razgovaraju i od koga traže obavljanje abortusa?
 - Da li raspravljate o odluci žene da izvrši abortus sa njenim članovima porodice?
 - Kako odlučujete da li ćete izvršiti hirurški abortus ili prepisati abortivnu pilulu?
 - Kada žena odluči da izvrši abortus, da li sa njom razgovarate o metodama planiranja porodice?

Prenatalna nega

- Da li redovno pružate prenatalnu negu?
- Da li ohrabrujete buduće majke da prime prenatalnu negu i kako?
- Šta mislite da je glavni razlog zbog kog žene ne dobijaju prenatalnu negu?

Porodaj/metoda porađanja

- Da li preferirate ili preporučujete carski rez ili porodaj prirodnim putem?
- Iz kojih razloga?

PITATI SAMO PSIHIJATRA ILI PSIHologa

Prepreke

- Molimo da sa nama podelite iskustvo o barijerama koje sprečavaju pacijente da traže Vašu pomoć, ukoliko ih ima?
- Prema Vašem iskustvu, kako društveni status poput prihoda, stanovanja ili obrazovanja utiče na one vrste zdravstvenih problema sa kojima se Vaši pacijenti suočavaju, i da li uopšte utiče?
 - Ima li razlike između žena i muškaraca?
- Šta mislite da je trenutno najveća prepreka **ženama** kada je u pitanju pristup mentalnoj zdravstvenoj nezi na Kosovu?
 - Kakve konkretne mere mogu biti preduzete u ovom slučaju?

- Postoji li posebni uticaj problema sa mentalnim zdravljem kada su u pitanju etnička pripadnost, porodični problemi, posao itd?
 - Ima li razlike između žena i muškaraca?

Istorija

- U kojoj meri smatrate da su netretirane traume iz rata uticale na probleme mentalnog zdravlja na Kosovu?
 - Koliko su rasprostranjene ratne traume na Kosovu po Vašem mišljenju?
 - U kolikoj meri mislite da trauma utiče na fizičko zdravlje, ako uopšte?
 - Kakve vidove uticaja ovo može imati na fizičko/mentalno zdravlje?
 - Ima li razlike između žena i muškaraca?
- U kolikoj meri Vam pacijenti govore o silovanju i/ili seksualnom nasilju tokom rata?
 - Ima li razlike između žena i muškaraca?

Lekovi/terapija:

- Kakve su terapije moguće i dostupne?
- Koliko često prepisujete lekove?
 - Kakve vrste lekova češće prepisujete? (antidepresivi, trankvilajzeri, ostali?)
 - Ima li razlike među muškarcima i ženama kod vrsta lekova koje češće koriste?
 - Ukazujete li na kontraindikacije različitih lekova i na njihovo delovanje kada ih prepisujete?
- Da li je moguće dobiti takve lekove bez recepta na Kosovu?
- Da li obavljate psihoterapiju?
 - Ukoliko da, koliko često lečite psihoterapijom?
 - Ukoliko da, koliko dugo traje terapija (koliko puta pacijent dolazi)?
 - Koje su glavne teme razgovora? - (uopšteno govoreći, npr. trauma, depresija, anksioznost, zavisnost itd.)?
 - Primećujete li razliku između muškaraca i žena?
- Oko 30% žena i 20% anketiranih muškaraca smatra da je uzimanje lekova za smirenje normalno kada su uzrujani, a ukupno 15% njih je izjavilo da ih uzima. Šta mislite o ovim nalazima? Zašto je tako?

PITATI SESTRE

- Kako se dele zaduženja između Vas i lekara?
 - Koje su Vaše osnovne odgovornosti?
- Koliko vremena provodite sa pacijentima?
 - U kakvim situacijama?
 - Da li je lekar obično pristutan kada radite sa pacijentima?
 - Da li radite sa pacijentima pre ili nakon dijagnoze?
- Nakon što lekar ustanovi dijagnozu pacijenta kako on ili ona razgovara ili objašnjava dijagnozu pacijentu?
 - Da li Vi raspravljate/pojašnjavate dijagnozu pacijentu?
 - Iz kojih razloga?

PITATI DAVAOCE OSNOVNE NEGE I GINEKOLOŠKE SESTRE I BABICE

Kontraceptivna sredstva/planiranje porodice

- Da li razgovarate o planiranju porodice/kontracepciji sa pacijentima?
 - Sa ženama, muškarcima ili sa jednim i drugim?
 - Sa ženama koje starosne dobi?
- Ukoliko žena traži pristup planiranju porodice da li ona to lako postiže?
 - Da li porodice, religijske institucije, ili ostali faktori stvaraju prepreke ženama kada je u pitanju planiranje porodice?
- Ko obično započinje diskusiju o planiranju porodice: pacijent ili Vi?

- Da li uglavnom pružate informacije o nekoliko metoda ili preporučujete jednu koju smatrate najboljom za pacijenta?
 - Kako birate metodu koju preporučujete pacijentu?
- Kakva diskusija ili objašnjenje obično prati preporuku metode pacijentu?
- Ko je primarno odgovoran za obrazovanje osobe o planiranju porodice? (npr. suprug, majka, škola, vlada, itd.)

PITATI SAMO SESTRE U PRIMARNOJ NEZI

Kultura primarne nege

- Koja su (tri) najčešća razloga zbog kojih smatrate da ljudi traže primarnu negu?
 - Da li na osnovu Vašeg iskustva ljudi na Kosovu odlaze lekaru čak i kada je sve u redu kako bi obavili kontrolni pregled? Zašto ili zašto ne, šta mislite?
 - Da li Porodični centar pruža negu građanima koji nisu u stanju da ga posete, npr. putem kućnih poseta?
 - Koliko su česte kućne posete?
 - Koji je najčešći razlog za kućne posete?
 - Ko obično vrši kućne posete?
 - Kakvu je Vaša uloga prilikom uputnog procesa iz primarne u sekundarnu negu?

PITATI SAMO GINEKOLOŠKE SESTRE I BABICE

Abortus

- Kakva je procedura kada žena zatraži abortus?
 - Sa kim žene obično dolaze?
 - Da li raspravljate o odluci žene da izvrši abortus sa njenim članovima porodice?
 - Kada žena odluči da izvrši abortus, da li sa njom razgovarate o metodama planiranja porodice?

Prenatalna nega

- Da li redovno pružate prenatalnu negu?
- Da li ohrabrujete buduće majke da prime prenatalnu negu i kako?
- Šta mislite da je glavni razlog zbog kog žene ne dobijaju prenatalnu negu?

PITATI APOTEKARE

Apotekari u zdravstvenom sistemu: konsultacija

- Šta Vaš posao podrazumeva?
 - Da li obavljate konsultacije sa ženama o zdravstvenim problemima?
 - Da li obavljate konsultacije nakon što one potraže lekara?
 - Koliko često žene dolaze kod Vas bez lekarske konsultacije?
 - Da li Vaši pacijenti ikada opisuju zbog čega se to dešava?
- U kojim slučajevima prepisujete ili dajete lek koji nije prepisao ili preporučio lekar?
 - Da li prodajete više lekova osobama bez lekarskog saveta ili sa lekarskim savetom?
 - Kakve vrste lekova možete dati bez lekarskog recepta?
 - Kakve vrste lekova daju drugi apotekari bez lekarskog recepta?
 - Kako odlučujete kojim osobama dajete lekove bez recepta?
- Da li preporučujete lekarsku dijagnozu i recept pre nego što date lek koji nije bio prepisan?
- Da li se uvek držite datih pravila o prepisivanju lekova?
 - Zašto/zašto ne?
- Da li su Vam ikada tražili da izdate recept koji se nije poklapao sa dijagnozom?
- Pre davanja leka izvesnoj osobi da li se raspitujete o ostalim lekovima koje ona trenutno uzima kako biste smanjili rizik negativnih uticaja?

Nabavka i regulacija

- Kako održavate redovnu zalihu lekova koji se daju na recept?
 - Ima li lekova koji se teže čuvaju?
 - Ima li onih koje ne može da nabavite?
- Odakle se najveći broj lekova iz Vaše apoteke uvozi?
- Da li postoje određeni lekovi koje preferirate da preporučite (Zašto/zašto ne)?

Finansijske prepreke

- Da li pacijenti ikada dolaze sa receptom na lek ili kupuju lek koji ne mogu da priušte?
 - Šta radite u ovakvih slučajevima (odnosno da li nudite jeftinije alternative i sl.)?

Reproduktivno zdravlje žena:

- Kakve lekove obično traže žene reproduktivnog doba?
 - Koliko često dajete hormonska kontraceptivna sredstva (kontraceptivna pilula, pilula za dan posle)?
 - Da li objašnjavate neželjena dejstva leka (npr. kontraceptivna pilula) ukoliko ga dajete?
- Koje lekove najčešće dajete trudnicama?
 - Koliko je uobičajeno da trudnice traže prenatalne suplemente?
 - Da li to preporučujete trudnicama koje dolaze po druge lekove?

PITATI KLJUČNE IZVORE

- Kako ste počeli da radite u ___?
 - Šta Vaš posao podrazumeva?
 - Koji su to glavni problemi koji se tiču zdravstvene nege na Kosovu a na kojima radi Vaša organizacija?
 - Na čemu trenutno radite i/ili planirate da radite a da se posebno tiče ženskog zdravlja?
- Kako su se uslovi u zdravstvenom sektoru promenili otkad ste počeli da radite u njemu?
 - Da li su se uslovi popravili, pogoršali, ili su se menjali u zavisnosti od različitih problema?
- Da li je od rata na Kosovu bilo ključnih promena na političkim planovima koje su uticale na Vaš rad pozitivno ili negativno? Molimo navedite.
- Šta smatrate trenutno najvećim izazovom za **žene** kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi na Kosovu?
 - Kakve korake smatrate da bi trebalo preduzeti u tu svrhu, i da li ih uopšte preduzimati?

Zakon o zdravstvenom osiguranju

- Kakav je trenutno vremenski okvir ovog zakona?
- Šta smatrate najvećim preprekama sprovođenju zakona o zdravstvenom osiguranju?
- Kako se donose odluke o tome koje će službe pokrivati osiguranje?
- Kako se pružanje ovakvih „besplatnih“ usluga trenutno poredi sa aktuelnom?

Komentar na rezultate istraživanja

- Naše istraživanje je ukazalo na činjenicu da se žene suočavaju sa više kulturoloških prepreka nego muškarci kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi (npr. one češće moraju da traže dozvolu, muškarcima se u domaćinstvu daje prednost, itd.).
- Ukoliko se ne suočavaju sa gorepomenutim kulturološkim prepekama, žene statistički nisu u nedostatku kada je u pitanju pristup zdravstvenoj nezi. Šta mislite o ovom nalazu?
 - Uprkos našim statističkim rezultatima žene često na osnovu iskustva prijavljuju probleme unutar zdravstvenog sistema. Šta mislite da anketa nije uspela da zabeleži na osnovu Vašeg iskustva?
- Tokom analiziranja podataka smo naišli na nekoliko nepoklapanja u tome kako različite grupe ocenjuju zdravstvenu negu, u stratumima poput etničke pripadnosti, regiona, mesta stanovanja, obrazovanja. Na primer, ruralne populacije često imaju manji pristup zdravstvenoj nezi nego urbane.
 - Da li se slažete ili ne?
 - Možete li naći objašnjenje ovakvog rezultata?

Kvalitet (odnosno komunikacija, osoblje, infrastruktura)

- Da li prema Vašem mišljenju zdravstvene institucije poštuju prava građana?
- Oko 350 građana smatra da nema pravo na poverljivost informacija. Trećina istih građana smatra da poznaje svoja prava na zdravstvenu negu.
 - Prema Vašem iskustvu, šta može objasniti ovakav jaz?
 - *[ukoliko je u okviru struke]* Kako bi poverljivost trebalo da funkcioniše?
- Ko najčešće informiše građane o njihovim pravima na zdravstvenu negu na Kosovu?

Korišćenje usluga

- Gotovo 90% smatra da kontrolni pregledi NISU bacanje novca, ali polovina populacije nije nikada išla na opšti kontrolni pregled. Šta objašnjava ovakav rezultat?
- Možete li opširnije govoriti o kontrolnim pregledima i preventivnoj nezi na Kosovu?
 - Šta je uradila vlada/vaša organizacija kako bi povećala preventivne mere?
 - Šta još treba uraditi po Vašem mišljenju?
- Gotovo 10% građana smatra da reproduktivno zdravlje nije neophodno, a oko 60% populacije tvrdi da ne zna gde se dobijaju ovakve usluge. Međutim, većina ispitanika je rekla da sve žene, uključujući i neudate žene, žene koje ne žele da rađaju više dece i udovice moraju ići na ginekološke preglede. Šta mislite o ovom rezultatu?
- Možete li opširnije govoriti o reproduktivnom zdravlju i kontrolama/preventivnim merama u okviru reproduktivnog zdravlja na Kosovu?
 - Šta je uradila vlada/vaša organizacija u cilju poboljšanja reproduktivnog zdravlja?
 - Šta još treba uraditi po Vašem mišljenju?
- Više ljudi je priznalo da češće uzima lekove bez recepta nego uz recept. Šta mislite o ovom rezultatu?
 - Da li se na osnovu iskustva slažete ili ne?
 - Možete li objasniti zašto su takvi rezultati?

Prepreke (finansijske, geografske, kulturološke)

- Srпкиnje češće tvrde da same odlučuju o korišćenju kontracepcije, većim troškovima itd. nego što to čine Albanke ili pripadnice ostalih manjina. Na primer, gotovo sve Srпкиnje, kao i trećina Albanski, i tri četvrtine pripadnica ostalih manjina same odlučuju da li će posetiti lekara. Šta mislite o ovom rezultatu?
 - Možete li da objasnite zašto podaci ukazuju na ovo?

KONAČNA PITANJA ZA SVE ISPITANIKE

- Da li sam nešto zaboravio da pitam? Imate li još nešto da dodate?

Apendiks 4. Pregled detalja o literaturi

Prvo pretraživanje je sprovedeno kako bi se saznalo da li je bilo sličnih istraživanja na Kosovu i jugoistočnoj Evropi. Korišćeni su sledeći parametri u različitim varijacijama za sve zemlje na Pabmedu: „Žene I LI ženski I LI rod I LI manjine I pristup zdravstvenoj nezi“, što je dalo rezultate o 168 istraživanja. Drugo pretraživanje je sprovedeno kako bi se pristupilo svim objavljenim kosovskim istraživanjima iz oblasti medicine, uključujući i istraživanja o muškarcima. Korišćeni su sledeći parametri na Pabmedu: „((kosovo[naslov/sadržaj]) I LI kosovo[MeSH parametri]) I zdravstvena nega [Title/Abstract].“ Ovo pretraživanje je donelo 230 rezultata.

Zatim je pretražen i Gugl skolar koristeći širi parametar poput „pristup zdravstvenoj nezi Balkan“ i dobijeno je 16.900 rezultata od kojih je prvih 500 pregledano po naslovu dok se nije došlo do 50 rezultata zaredom koji se nisu poklapali sa pitanjima našeg istraživanja. Ovo je ukazalo na još 11 radova.

Svi su pregledani po naslovu, a zatim, ukoliko naslov nije bio jasan, po sadržaju. Kompletan tekst odabranih radova je potom pronađen i dat na pregled masteru međunarodnog zdravlja. Ovo je potom ukazalo na 102 članaka i izveštaja koji su relevantni za ovo istraživanje i koji su upotrebljeni bilo direktno u stvaranju konteksta ili kao izvor korišćenih citata. Takođe su iste indirektno koristili i istraživači u vidu neformalnog informisanja.

Apendiks 5. Poteškoće i ograničenja

Ovaj apendiks sažima neka od ograničenja i poteškoća sa kojima se ovo istraživanje susrelo. Ograničenja su uglavnom vezana za dizajn i tehnologiju istraživanja, obuku anketara, greške ispitanika i dostupnost literature.

Najpre, dizajn samog istraživanja imao je par ograničenja. Kod nekoliko pitanja ispitanici su mogli da odaberu samo jedan odgovor iako su pitanja mogla da podrže i veći broj odgovora. Kao što je u ovom izveštaju već napomenuto, neka pitanja su mogla biti bolje i jasnije formulirana, naročito ona koja su se ticala lokacija na kojima ispitanici dolaze do zdravstvenih usluga i dijagnoza. Pitanja o abortusu otkrila su visoku dugoročnu prisutnost abortusa ali nije bilo pitanja koja su se osvrtała na prethodnu godinu, tako da se učestalost nije mogla uporediti sa međunarodnim brojkama.

Potom, za beleženje odgovora na pitanja u anketi koja je sprovedena u domaćinstvima korišćena je tehnologija Kobo tulboks, besplatna *open source* alatka. Mada funkcionalna, ova tehnologija se u to vreme nalazila u beta fazi razvoja, što je dovelo do manjeg broja grešaka u merenju vremena i kodiranju.

Zatim, obuka nije bila identična za sve anketare od kojih su neki pristupili timu odmah posle obaveznog početnog treninga, što je moglo da rezultuje izvesnim nedoslednostima.

Odsustvo kontakta i odgovora uvek ima potencijal da doprinese pojavi grešaka budući da pojedine grupe ljudi mogu biti nedostupne ili nevoljne da učestvuju u ispitivanju, što može da utiče na krajnji rezultat. Zabeleženo je ukupno 227 slučajeva nedostatka kontakta (videti tabelu 11) i 357 slučajeva odbijanja saradnje. Glavni razlozi za odbijanje bili su nedostatak interesovanja (158) ili vremena (141), a u 13 slučajeva se ispostavilo da su potencijalni ispitanici bili previše stari da učestvuju u ispitivanju.

Razlozi	#
Zgrada nije bila stambena	51
Nije bilo moguće ući u zgradu	77
Nije bilo prisutnih odraslih osoba	27
Nikoga nije bilo kod kuće ni posle tri posete anketara	20
Domaćinstvo nije pripadalo poduzorku	18
Ostalo	34
Ukupno	227

Pritom, uvek postoji mogućnost da ispitanik pogreši. Uprkos obuci koja se fokusirala na važnost sprovođenja intervjua nasamo sa ispitanikom, nekoliko intervjua sprovedeno je u prisustvu članova porodica ispitanika, što je moglo da utiče na iskrenost odgovora. Nekoliko pitanja baziralo se na ličnim percepcijama ispitanika a one se ponekad ne poklapaju sa realnim stanjem. Podaci koje su ispitanici sami podneli često su bili netačni pa su morali biti isključeni iz analize. Ovo naročito važi za podatke o prihodu. Najzad, neka pitanja su možda patila od tendencije ispitanika da pozitivno odgovaraju na pitanja ili se slažu sa pozitivnim izjavama ukoliko od njih nije traženo da obrazlože svoje mišljenje.

Od popisivača je traženo da posmatraju ispitanika po nekoliko različitih matrica, uključujući tu iskrenost, razumevanje i opuštenost. Ovi faktori su važni za određivanje mogućnosti greške i za razumevanje nivoa iskrenosti kod odgovora na pitanja koja se tiču osetljivih tema. Kao što se vidi na grafikonu 10, popisivači su ispitanike uglavnom videli kao prilično iskrene.



Popisivači su takođe zamoljeni da obrate pažnju na to kako se ispitanici osećaju tokom ispitivanja. U 63% slučajeva, anketari su ispitanike videli kao zadovoljne ili jako zadovoljne, dok su ispitanici bili ravnodušni u 35% i nezadovoljni u 12% slučajeva. Ispitanici su takođe imali i priliku da daju svoje mišljenje o intervjuu i kvalitetu ispitivanja (videti Apendiks 1). Ispitanici su generalno imali jako pozitivne komentare i izrazili su zahvalnost što je MŽK sprovela ovako važno ispitivanje.

Odbijanje saradnje sa anketarima možda može da znači da su neki od stavova zaposlenih u zdravstvu nedovoljno prisutni u rezultatima. Nekoliko farmaceuta, lekara i medicinskih sestara (s izuzetkom radnika u oblasti mentalnog zdravlja) odbili su da učestvuju u istraživanju. Priče o lekarskoj neodgovornosti i korupciji u sektoru zdravstva koje su objavljene u medijima u vreme izvođenja ovog istraživanja su, kako izgleda, doprinele nevoljnosti zdravstvenih radnika da se uključe, iako su im anketari jasno stavili do znanja da njihovo istraživanje nema nikakve veze sa medijima već da je u bliskoj saradnji sa ministarstvom zdravlja. Kardiolozi su naročito bili nespreni da saraduju, možda zbog nedavnog skandala oko nepotrebne ugradnje stentova¹⁶³. Zbog svega ovoga moguće je da raznolikost stavova i iskustava zdravstvenih radnika nije u potpunosti predstavljena.

Moguće je da su kvalitativni intervjui uključivali izvestan stepen udovoljavanja anketarima. Ovo znači da su ispitanici ponekad možda svesno davali odgovore za koje su verovali da su „tačni”, ne uzimajući u obzir stvarnu situaciju. Na primer, ispitivači su primetili da apoteke daju lekove bez recepta iako su ispitanici iz istih apoteka tvrdili da se to nikad ne dešava. Lekari su imali tendenciju da pričaju o stvarima koje bi po zakonu *trebalo* da se rade umesto o stvarima koje se zapravo dešavaju u praksi. Pošto su sve intervjue sproveli volonteri (uglavnom student) moguće je da bi im dodatna obuka i naprednije veštine ispitivanja omogućile da dođu do više tačnih informacija. Treba imati u vidu i da su svi anketari bili mlade osobe ženskog pola, što je takođe moglo da utiče na odgovore ispitanika.

I krajnje, vremensko ograničenje predstavljalo je dodatni izazov. Skup podataka uključivao je ogromnu količinu informacija koje nisu mogle biti u potpunosti procesuirane u kratkom vremenskom roku. Takođe, usled vremenskog ograničenja nije mogla biti primenjena triangulacija ispitivača u kodiranju svih kvalitativnih intervjua. Odvajanje više vremena rezultovalo bi dubljem tumačenju rezultata i stavljanjem u kontekst sa drugim istraživanjima.

Pored svega ovoga, literatura je sakupljana i ocenjivana od strane ispitivača koji nije bio Albanac, pa su rezultati ostali ograničeni na radove na engleskom jeziku. Pošto je literatura koja se bavi ovom temom na Kosovu retka i teško dostupna (sajtovi nisu u funkciji, izveštaja nema na internetu i tome slično), moguće je da i nisu prikupljeni baš svi podaci.

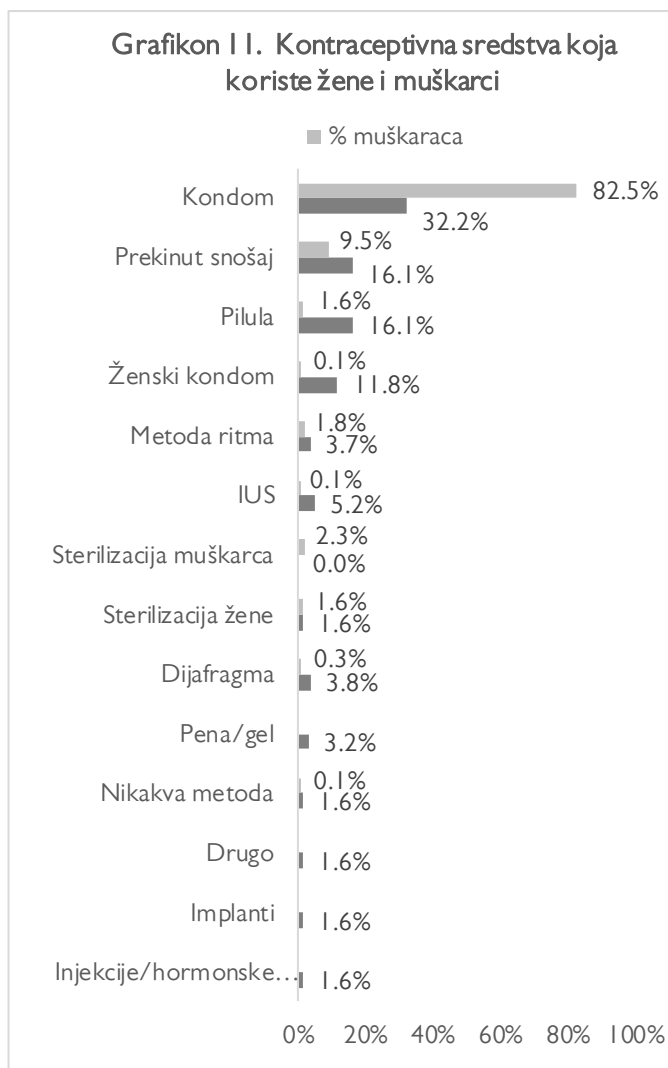
¹⁶³ Kao primer pogledati: Prvi kanal, *Ekskluzive: Aktakuzë për rastin 'Stenta', 60 të akuzuar*, 6. dec. 2016, sa: <http://www.first-channel.tv/2016/06/15/ekskluzive-aktakuze-per-rastin-stenta-60-te-akuzuar/>.

Apendiks 6. Ostali zaključci istraživanja

Fokus ovog izveštaja jeste bio kvalitet zdravstvene nege i pripreke u pristupu istoj za različite žene i muškarce. Usled toga, glavni deo teksta izveštaja nije uključivao nekoliko tema o kojima se raspravljalo u toku nacionalnog anketiranja po domaćinstvima i u intervjuima. Dodatni ključni nalazi su predstavljeni ovde kako bi ih zainteresovane strane mogle koristiti u cilju informisanja daljih istraživanja i rada na ovim poljima. Ovi zaključci su podeljeni po temama u nadolazećim podpoglavljima: upotreba metoda planiranja porodice, farmaceutskih sredstava, cigareta, alkohola, životna sredina i zdravlje, i razlozi za nedostatak pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Korišćenje metoda planiranja porodice

Anketa je ukazala na vrlo nisku upotrebu modernih kontraceptivnih sredstava. Među ispitanicima koji su i dalje u reproduktivnom dobu (što podrazumeva starost 16-55 godina) i koji su seksualno aktivni, 64% je reklo da ne koristi kontracepciju. Samo je 20,5% ispitanika, i 10,9% žena, reklo da koristi savremene kontraceptivne metode.¹⁶⁴ Među ženama starosti 15-49 godina je Kosovska anketa o demografskom, sociološkom i reproduktivnom zdravlju (KDHS) zabeležila upotrebu savremene kontracepcije od 17% u 2009. godini,¹⁶⁵ dok je Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS) iz 2013. godine ukazalo na 14% upotrebe moderne kontracepcije.¹⁶⁶ Ovo ukazuje na smanjenje upotrebe pouzdanih metoda u poslednjih nekoliko godina među ženama, premda se ovo istraživanje bavilo malo drugačijom starosnom grupom. Ovo smanjenje može delom biti i usled smanjenih donacija kontraceptiva u odnosu na period neposredno posle rata kao i usled nedostatka besplatnih kontraceptivnih sredstava, po rečima nekoliko zdravstvenih radnika. Ako ljudi moraju kupovati kontraceptivna sredstva, to delom može i objasniti zašto se jeftinije metode češće upotrebljavaju (npr. kondomi i prekinuti snošaj).



¹⁶⁴ Cifre su praktično jednake za osobe koje su seksualno aktivne i za one koje nisu. Od onih koji koriste kontraceptivna sredstva, 28% je slobodnih, 59% venčanih, 3% verenih, 0,4% razvedenih i 3% je ostalo bez partnera. Većina je, međutim, rekla da koristi kontraceptivna sredstva.

¹⁶⁵ ASK, KDHS, 2011.

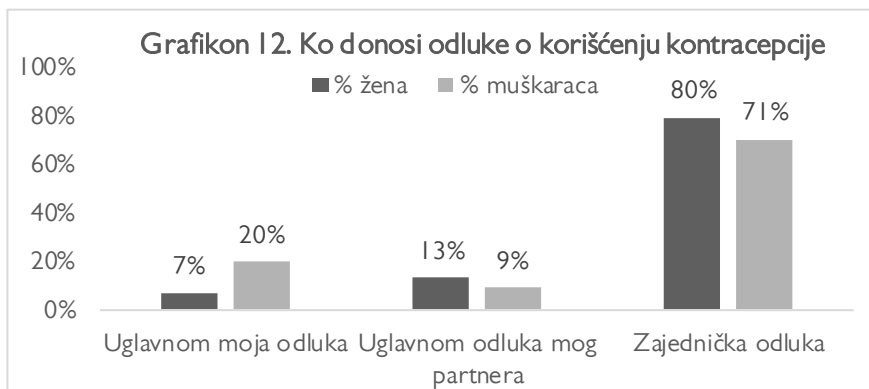
¹⁶⁶ ASK i UNICEF, MICS, 2014.

Od svih osoba mlađih od 55, a koje su rekle da koriste kontraceptivna sredstva, 85% je koristilo modernu metodu. Kondomi su najčešće upotrebljavani oblik kontracepcije kada su u pitanju i muškarci (82,5%) i žene (32,2%). Ostali oblici „kontracepcije“ koji se uveliko koriste jesu prekinut snošaj (12%), pilula (6%) i ženski kondomi (4%). Vid korišćene kontracepcije se znatno razlikuje po godinama starosti ($p < 0.001$); osobe u grupi 25-34 godine češće koriste kondome i pilulu; osobe 35-44 ženske i muške kondome, između ostalih modernih metoda; dok osobe 45-54 godine koriste kondome, pilulu i dijafragmu ali su sklonije upotrebi metode prekinutog snošaja od ostalih starosnih grupa. Međutim, ovo ukazuje da to da se upotreba prekinutog snošaja smanjuje.

Na pitanje o tome ko donosi odluku o korišćenju određenog tipa kontracepcije,

većina ispitanika je izjavila da je odluka između partnera zajednička (75%). Međutim, žene i muškarci su dali izrazito različite odgovore, što ukazuje na to da muškarci u vezi češće donose odluke koje se tiču kontraceptivnih sredstava od žena ($p < 0.001$). U proseku je manji broj starijih osoba imao udela u takvoj odluci za razliku od mlađih osoba; devet procenata osoba stariih između 16 i 34 je reklo da je to bila odluka njihovih partnera u odnosu na 13% osoba između 45 i 64 godina starosti ($p = 0.01$).

Kod seksualno aktivnih žena koje koriste kontracepciju, osam procenata je reklo da ju je koristilo bez znanja svog partnera.



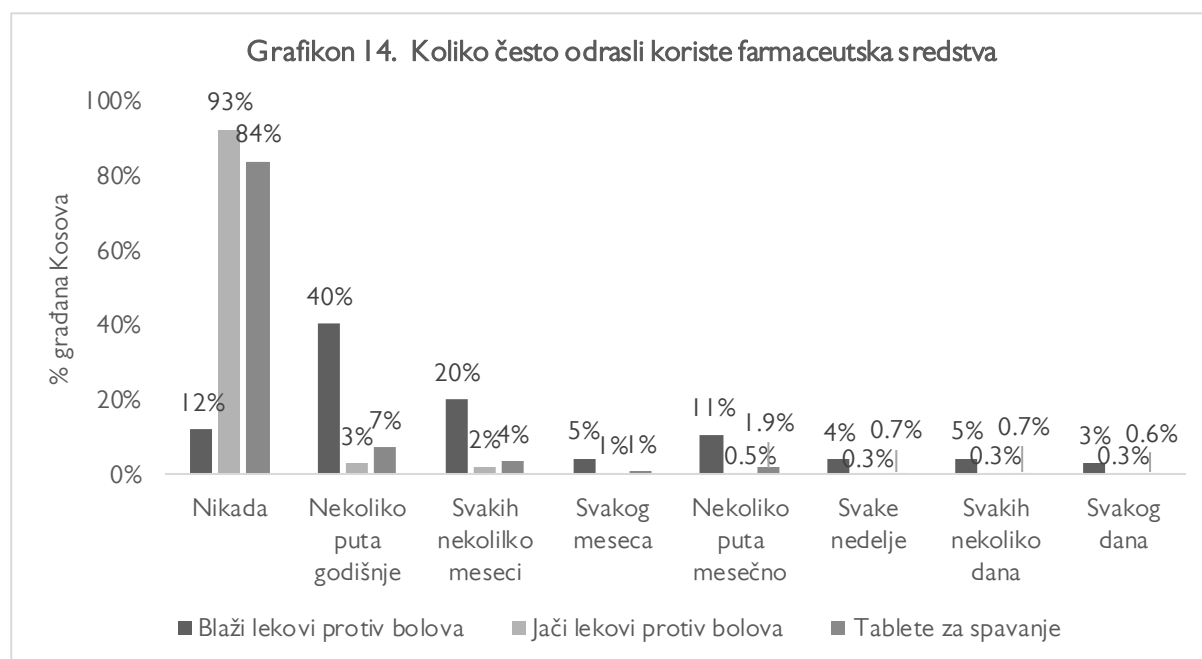
Na pitanje upućeno seksualno aktivnim osobama o razlogu zbog koga ne koriste kontracepciju, većina je rekla da želi da zatrudni, da im usled histerektomije ili menopauze kontracepcija više nije potrebna ili da se protive upotrebi kontracepcije (videti grafikon 13).

Na osnovu mišljenja intervjuisanog ginekologa, religija može uticati na korišćenje ili nekorišćenje kotracepcije kod nekih ljudi. Međutim, samo je dva procenta seksualno aktivnih žena i četiri procenta seksualno aktivnih muškaraca reklo da je ovo glavni razlog zbog koga ne koriste kontracepciju.

U celini niska upotreba kontraceptivnih metoda delom može objasniti učestalost abortusa na Kosovu. Visok procenat ljudi koji tvrde da se protive kontracepciji plaši se uticaja na zdravlje, nema dovoljno znanja, ne zna gde da kupi kontraceptivna sredstva, ili se suočava sa preprekama koje utiču na kupovinu kontraceptivnih sredstava; što ukazuje na neostvarenu potrebu za poboljšanim pristupom informacijama o kontracepciji na Kosovu. Ovaj zaključak podupire prethodno pomenuta istraživanja.

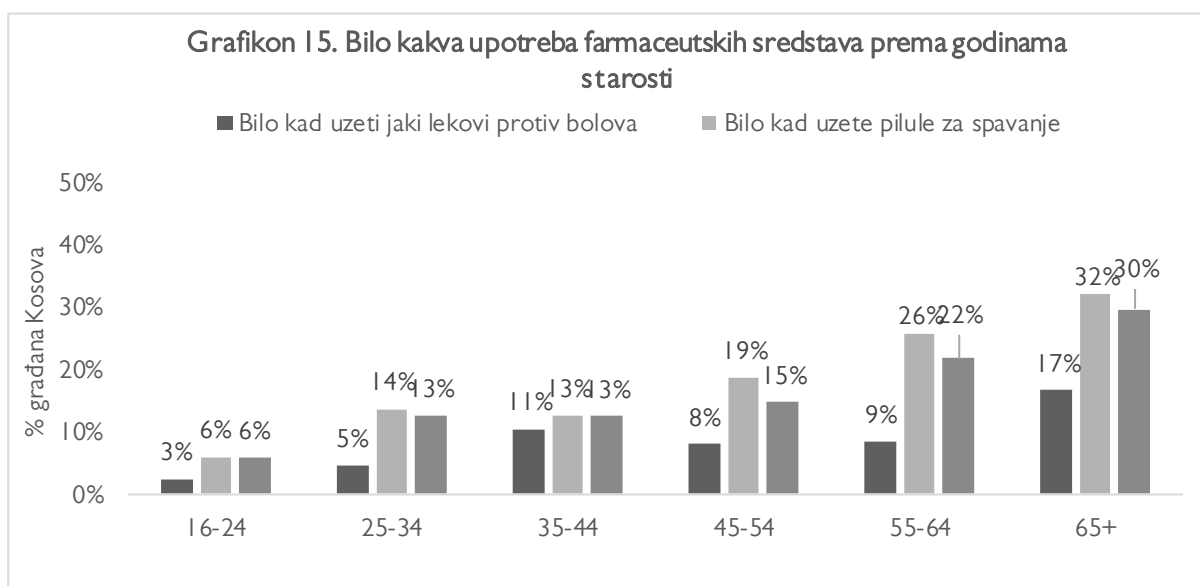
Upotreba farmaceutskih sredstava

Anketa je sadržala i nekoliko pitanja koja se tiču različitih legalnih lekova. grafikon 14 dole prikazuje koliko često ispitanici tvrde da uzimaju blaže analgetike poput acetilsalicilne kiseline (odnosno Aspirin, Andol), paracetamola, ibuprofena, naproksena ili diklofenaka; jače analgetike poput opioida (morfijum, oksidokon, metadon, tramadol ili fentanil); i tablete za spavanje ili trankvilajzere poput benzodiazepina. Nije bilo značajne razlike između toga kako žene i muškarci koriste bilo koju od ovih kategorija farmaceutskih proizvoda.



Možda i ne iznenađuje to što je bilo značajnih razlika po godinama; starije osobe su u proseku sklonije uzimanju lakših ($p < 0,001$) i jačih ($p = 0,002$) lekova protiv bolova od mlađih osoba. grafikon 15 prikazuje procenat svake grupe koja je prijavila bilo kakvo uzimanje nekog od svih navedenih tipova farmaceutskih sredstava. Osim osoba koje su uzimale tablete za spavanje nekoliko puta mesečno (što iznosi sličan procenat u svim starosnim grupama), osobe starije od 45 su sklonije uzimanju pilula za spavanje od mlađih osoba, i isto tako ih uzimaju češće ($p < 0,001$). Blaži lekovi protiv bolova mogu imati teška neželjena dejstva, naročito na osobe kojima je

zdravlje već narušeno nekim oboljenjem, i zato činjenica da 12% ispitanika uzima lekove protiv bolova jednom nedeljno ili češće stvara zabrinutost. Neophodno je obrazovanje pacijenata i davalaca nege o neželjenim efektima, naročito kod lekova koji se obično kupe bez saveta lekara.

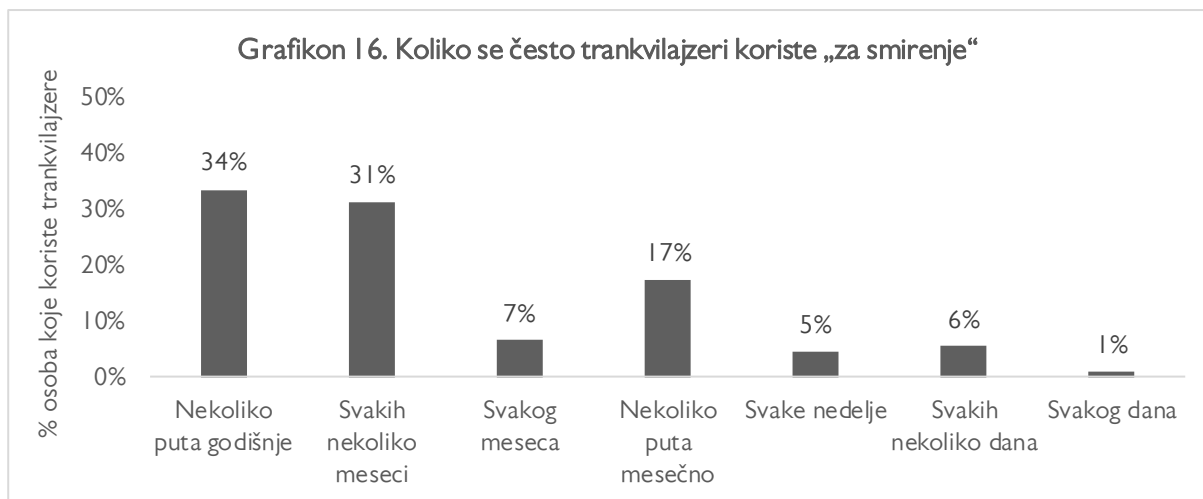


Od približno 16% ispitanika koji su uzimali pilule za spavanje poput Bensedina ili dijazepama, polovina je izjavila da je ove preporučio lekar, a 45% je izjavilo da je to bio njihov izbor.¹⁶⁷ Tri procenta je reklo da im je član porodice predložio, i dva procenta da je prijatelj preporučio uzimanje tableta za spavanje. Postoji značajna razlika kod razloga zbog koga su žene i muškarci odlučili da uzimaju ove tablete ($p=0,0002$). Približno 60% muškaraca je samostalnom odlukom rešilo da uzme tablete za spavanje, dok je otprilike 66% žena uzelo tablete na osnovu lekarskog saveta, ili tako barem kažu. Takođe postoji i značajna razlika po godinama starosti ($p<0,001$). Osobe mlađe od 35 su sklonije tome da same donesu odluku o upotrebi pilula, dok su osobe stare 35 godina pa naviše sklonije tome da traže lekarsku preporuku. Osobe 35-44 i preko 65 godina starosti su sklonije uticaju porodice i prijatelja kada je u pitanju uzimanje tableta za spavanje. Izvestan broj mlađih lica 16-24 godina starosti tvrdi da ih je porodica ohrabrila da koriste takve pilule.

Približno 14% građana Kosova je navodno uzelo trankvilajzere „kako bi se smirili“ (primeri u upitniku su uključivali Ksanaks, Valijum, Leksilijum ili Bensedin, i svi pripadaju grupi benzodiazepina). Među njima je nešto više od jedne trećine uzelo trankvilajzere nekoliko puta godišnje i samo je nešto manje od jedne trećine uzelo svakih nekoliko meseci. Više od 28% je prijavilo uzimanje trankvilajzera nekoliko puta mesečno ili češće (videti grafikon 16). Upotreba trankvilajzera se naizgled povećava sa godinama starosti ($p<0,001$). U 52% slučajeva su ispitanici izjavili da su im lekari preporučivali uzimanje trankvilajzera. Međutim, 43% je izjavilo da odluka bila njihova, tri procenta da im je prijatelj predložio i dva procenta je podstakla porodica da uzmu trankvilajzere. Ponovo su žene značajno sklonije (30% žena) od muškaraca (22%) tvrdnji da im je lekar prepisao trankvilajzere. ($p=0,003$), dok su muškarci skloniji tome da samostalno upotrebljavaju trankvilajzere (27% muškaraca). Osobe starije od 35 godina su sklonije uzimanju

¹⁶⁷ Upitnik nije pravio razliku između običnih tableta za spavanje poput zolpidema i lekova za smirenje poput benzodiazepina jer se potonji koristi za oba, što je možda i greška upitnika. U njemu se pominje Bensedin kao primer tablete koja je srodna lekovima za spavanja i onima za smirenje.

trankvilajzera na osnovu lekarskog recepta dok mlađe osobe to čine samostalno ($p < 0,001$).¹⁶⁸ Imajući u vidu da ovde pomenuti benzodiazepini imaju jaku moć stvaranja zavisnosti, činjenica da ih 1,7% populacije uzima barem jednom nedeljno, bilo da ih kupuje ili uzima na recept, može značiti da je tih 1,7% pod visokim rizikom stvaranja zavisnosti.



Upotreba cigareta i opažena zagađenog vazduha dimom

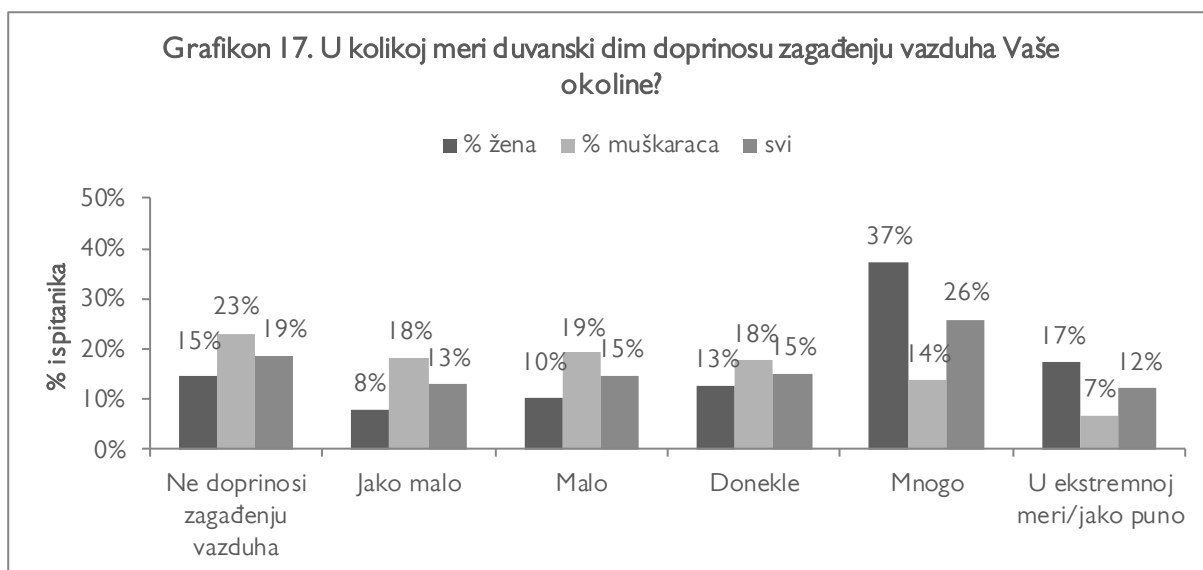
Približno 28% ispitanika je izjavilo da puši cigarete. U proseku oni puše približno 19 cigareta na dan. U proseku, međutim, muškarci tvrde da puše skoro dvostruko više cigareta na dan (23) nego žene (13) ($p < 0,001$). Postoji statistički značajna veza između pušenja i etničke pripadnosti ili prebivališta. U proseku ljudi počinju da puše u 19 godini. Po izjavama ispitanika, najniži broj godina u kome počinju da puše je sedam. Približno je 30% pušača probalo da ostavi pušenje.¹⁶⁹ Veličina uzorka osoba sa srčanim oboljenjima, rakom pluća i ostalim bolestima koje se dovode u vezu za pušenjem je premala da bi se mogla precizno ispitati veza između ovih bolesti i osoba koje puše na Kosovu.¹⁷⁰

Percepcija građana Kosova o uticaju duvanskog dima na zagađenje vazduha u njihovoj blizini se umnogome razlikuje (grafikon 17). Dok njih 38% smatra da dim doprinosi zagađenju vazduha, 15% smatra da on donekle prinosi, 28% da doprinosi malo ili jako malo i 19% smatra da dim uopšte ne doprinosi zagađenju vazduha u njihovoj blizini. Za razliku od muškaraca, žene su izričito slažu sa činjenicom da dim izaziva zagađenje vazduha ($p < 0,001$). Stanovnici urbanih regiona se pre slažu sa tim da dim utiče na zagađenje vazduha nego stanovnici ruralnih regiona ($p = 0,04$). Osobe koje žive u Prištini, Uroševcu i Mitrovici u značajno većoj meri smatraju duvanski dim zagađivačem vazduha u svojoj blizini nego osobe iz drugih regiona ($p = 0,0003$).

¹⁶⁸ Nije bilo značajne razlike prema ruralnim ili urbanim prebivalištima

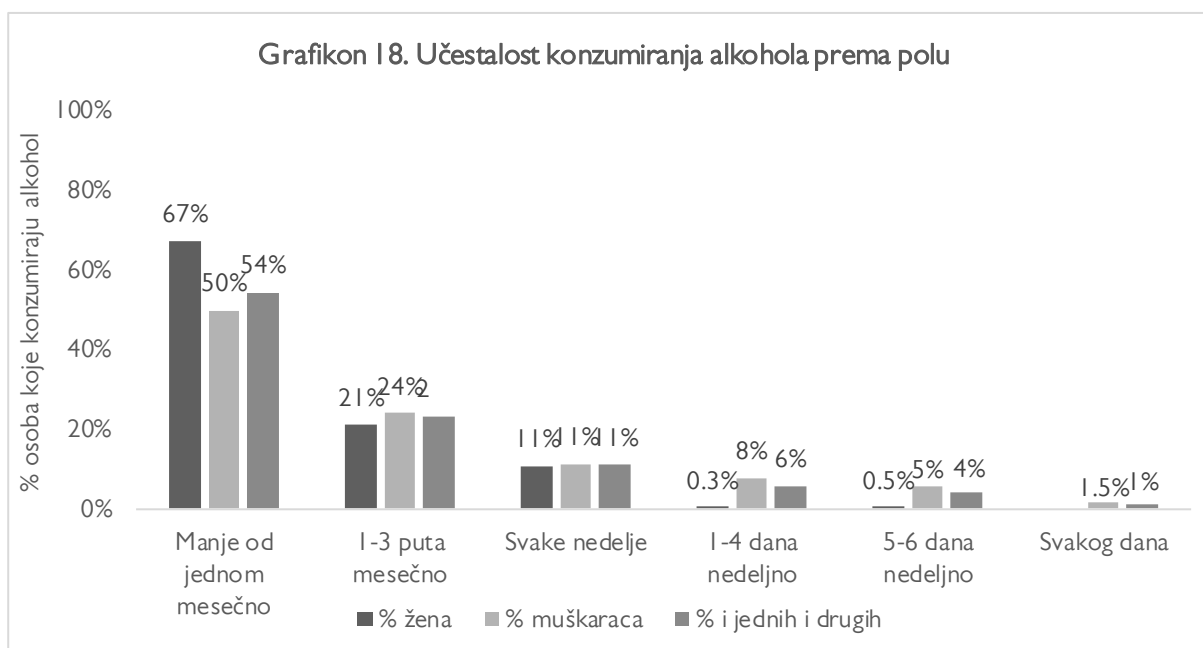
¹⁶⁹ Nije bilo značajne razlike prema polu, etničkoj pripadnosti ili prebivalištu kada su u pitanju pokušaji odustajanja od pušenja

¹⁷⁰ WHO, "Tobacco - Fact sheet", preuzeto 5. decembra 2016, sa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.



Konzumiranje alkohola

Tokom perioda od 12 meseci koji je prethodio anketi 23% građana Kosova je reklo da je u tom periodu barem povremeno konzumiralo alkohol. U proseku muškarci više piju (36% muškaraca) od žena (12%) ($p < 0,001$). Muškarci su takođe i skloniji češćem piću od žena. Među osobama koje su konzumirale alkohol u protekloj godini većina (54%) tvrdi da su pili manje od jednom mesečno; 23% jednom do tri puta mesečno; i 11% je pilo svake nedelje (videti grafikon 18).



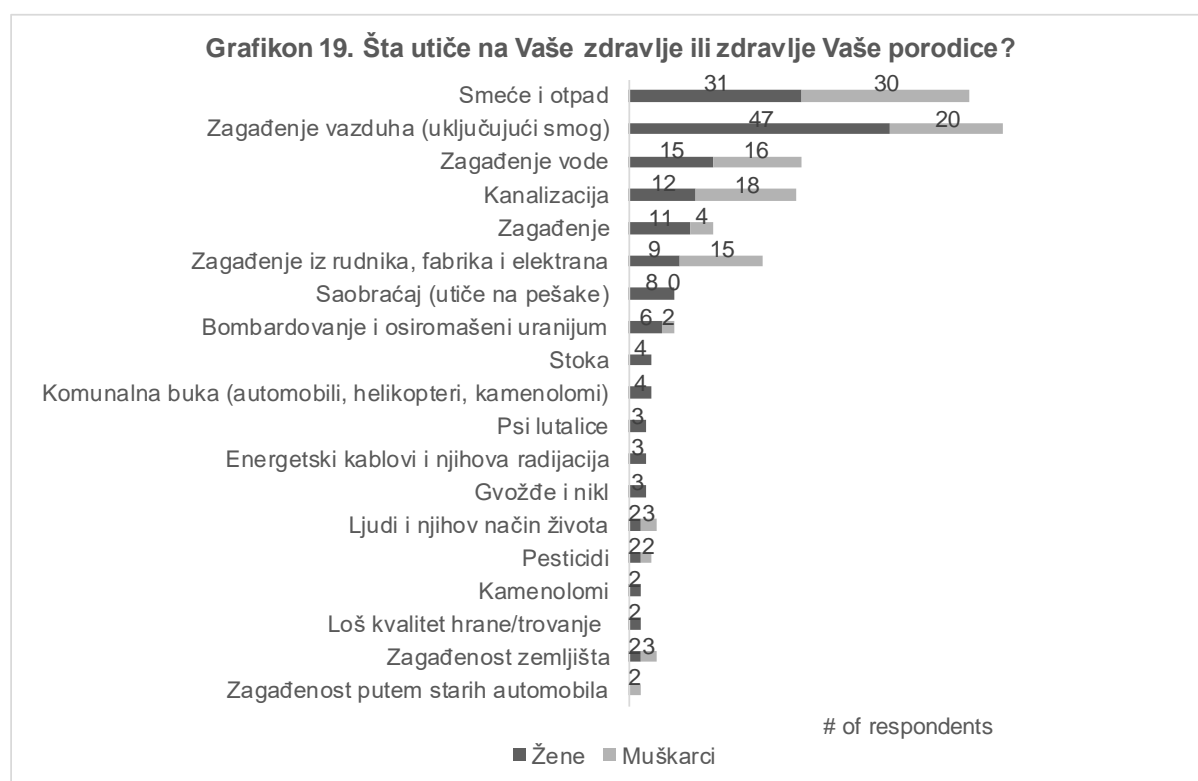
Mlađi ljudi su u protekloj godini pili više alkohola od starijih ljudi ($p = 0,01$). Onda kada piju, ljudi u proseku popiju 2,2 pića na dan. U proseku muškarci piju nešto više nego žene ($p < 0,001$), konzumirajući 2,3 pića na dan u odnosu 1,9 za žene.¹⁷¹ Mlađe osobe, naročito one ispod 25 godina starosti, piju više na dan od starijih osoba ($p = 0,007$).

¹⁷¹ Ne postoji značajna razlika na osnovu prebivališta ili etničke pripadnosti.

Životna sredina i zdravlje

Anketa korišćena u ovom izveštaju je sadržala nekoliko pitanja o životnoj sredini i njenim opaženim uticajima na zdravlje. Imajući u vidu da ova tema nije bila srž ovog istraživanja, učinjen je samo manji pokušaj da se steknu osnovne informacije koje se tiču životne sredine na Kosovu i njenog uticaja na zdravlje. Pregled svih problema životne sredine na Kosovu se može naći na drugom mestu.¹⁷² Ovo je ipak oblast koju je potrebno dodatno istražiti.

Na pitanje o oceni kvaliteta životne sredine oblasti u kojoj žive, devet posto ispitanika je reklo da je on „loš“, „jako loš“, a 71% da je „dobar“. Postojala je značajna razlika prema etničkoj pripadnosti ($p < 0,001$); 64% Srba smatra da je njihova životna sredina „loša“ ili „jako loša“ u poređenju sa samo sedam posto Albanaca i devet posto ostalih etničkih zajednica. Stanovnici Mitrovice (24%), gde živi najveći broj Srba, i Prištine (11%) u većom meri smatraju da je kvalitet životne sredine loš nego stanovnici ostalih regiona ($p = 0,0005$). Urbano stanovništvo u mnogo većoj meri smatra da je njihova životna sredina loša nego ruralno stanovništvo ($p < 0,001$). U odnosu na mlađe, starije osobe u većoj meri smatraju kvalitet svoje životne sredine lošim ($p = 0,03$). Na osnovu lične percepcije 50% ispitanika smatra da je nešto iz svakodnevnog okruženja uticalo na njihovo zdravlje ili zdravlje njihove porodice. Na zahtev da opišu svojim rečima šta je to iz njihovog okruženja uticalo na njihovo zdravlje, većina ispitanika je istakla zagađenje vazduha, smeće, zagađenu vodu ili kanalizaciju (grafikon 19).



Na pitanje o tome u kolikoj meri po njihovom mišljenju okruženje u kojoj rade svakog dana utiče na njihovo zdravlje 26% tvrdi „puno“ i „jako puno“, dok 23% tvrdi „donekle“. Žene češće od muškaraca tvrde da okruženje u kome rade svakodnevno utiče na njihovo zdravlje ($p = 0,003$). Ljudi koji žive u Mitrovici u mnogo većoj meri smatraju da okruženje u kome rade

¹⁷² Kosovar Stability Initiative (IKS), 'Thinking Green', Priština: IKS, 2009, sa: http://www.iksweb.org/repository/docs/enThinking_Green_274022.pdf; Kosovska agencija za zaštitu životne sredine, sa: <http://www.ammk-rks.net/?page=2.8>.

„jako“ utiče na njihovo zdravlje (53% stanovnika) za razliku od osoba u ostalim regionima ($p=0,0005$). Slično razmišlja i 33% stanovnika Prištine kao i 30% stanovnika Gnjilana. Albanci (27%) u mnogo većoj meri smatraju da je sredina u kojoj rade uticala na njihovo zdravlje od Srba (19%) ili ostalih etničkih zajednica (18%) ($p<0,001$).

Tačnije, uzevši u obzir kvalitet vazduha na Kosovu, istraživanje iz 2005. godine je ukazalo da je zagađenje u blizini termoelektrane u Obiliću nadmašilo stadarde EU za 400-500%.¹⁷³ Konzulat SAD-a nadgledanje zagađenja vazduha u Prištini je u novembru 2011. godine zabeležio umereno do jako štetno zagađenje vazduha.¹⁷⁴ Zanimljivo je to da 69% ispitanika smatra da je kvalitet vazduha oblasti u kojoj žive „dobar“ ili „jako dobar“; samo je 14% reklo da je kvalitet vazduha „loš“ ili „jako loš“. Stanovnici urbanih regiona u mnogo većoj meri smatraju da je kvalitet vazduha loš (24% urbanog stanovništva) nego stanovnici ruralnih oblasti (8%) ($p<0,001$).¹⁷⁵ Takođe postoji i značajan odnos prema regionu ($p=0,009$); stanovnici Prištine (24%), Mitrovice (21%) i Gnjilana (16%) u većoj meri smatraju da je kvalitet vazduha loš nego stanovnici drugih opština. Srpski ispitanici (66%) u mnogo većoj meri smatraju kvalitet vazduha lošijim od ostalih etničkih zajednica (12-13%) ($p<0,001$).

Na slično pitanje je 15% ispitanika odgovorilo rekavši da je vazduh koji udišu svaki dan „loš“ ili „jako loš“, dok je 24% ocenilo vazduh kao „okej“ a 35% kao „jako dobar“. Urbano stanovništvo uglavnom smatra da je vazduh koji udišu lošiji nego što misle stanovnici iz ruralnih sredina ($p<0,001$). Osobe koje žive u Prištini (26% stanovnika) i Mitrovici (22%) su sklonije tome da kvalitet vazduha označe kao loš od stanovnika ostalih regiona ($p=0,03$). Građani Kosova su skloni verovanju da emisija gasova iz automobila i kamiona doprinosi zagađenju vazduha oblasti u kojoj žive; samo je sedam posto njih reklo da emisija gasova ne doprinosi zagađenju uopšte. Žene u većoj meri smatraju da je emisija gasa veliki uzrok zagađenja nego muškarci ($p=0,0007$), isto tako i urbano stanovništvo smatra da je emisija gasova ogroman uzrok zagađenja u mnogo većoj meri nego ruralno stanovništvo ($p<0,001$). Srbi (62%) i Albanci (51%) u većoj meri nego ostale etničke grupe (32%) smatraju da emisija gasa ozbiljno doprinosi zagađenju vazduha oblasti u kojoj žive ($p<0,001$).

Dok 47% građana Kosova smatra da elektrane nisu uzrok zagađenja a osam procenata ne zna, 32% smatra da takve elektrane u velikoj meri doprinose zagađenju. Mlađi ljudi u većoj meri smatraju da elektrane doprinose zagađenju nego starije osobe ($p=0,02$). Urbano stanovništvo se u većoj meri slaže sa tim da su elektrane veći faktor koji doprinosi zagađenju nego osobe u ruralnim oblastima ($p=0,0007$). Srbi (46%) i Albanci (32%) su umnogome skloniji izjavama da elektrane u velikoj meri doprinose zagađenju nego osobe ostalih etničkih pripadnosti (17%) ($p=0,0001$). Ljudi koji žive u oblastima Prištine (54% stanovnika) i Mitrovice (48%) uveliko smatraju da su elektrane veliki zagađivači područja u kojima žive nego osobe koje nastanjuju ostale regione ($p<0,001$). Imajući u vidu da se ove dve oblasti nalaze u blizini kosovskih elektrana na uglj, možda i ne iznenađuje to da stanovništvo te elektrane smatra ogromnim zagađivačima.

U poređenju sa elektranama, manji broj građana Kosova smatra da su fabrike veliki zagađivači njihove sredine. Dok ih 21% ispitanika smatra ozbiljnim zagađivačima, 20% tvrdi da zagađuju „malo“ ili „jako malo“, a 40% tvrdi da ne zagađuju uopšte. Urbano stanovništvo u mnogo većoj meri smatra da fabrike doprinose zagađenju nego ruralno stanovništvo ($p=0,003$). Ispitanici u Mitrovici (43%) i Prištini (27%) u većoj meri nego stanovnici ostalih regiona smatraju

¹⁷³ Zeneli, L. et. al., 'Impact of Environmental Pollution on Human Health of the Population Which Lives Nearby Kosovo Thermopower Plants', Priština: 2011.

¹⁷⁴ U toku pisanja izveštaja je jedan od istraživača nekoliko puta nedeljno konsultovao ovu stranicu: Priština U.S. Consulate, 'Air Pollution: Real-time Air Quality Index (AQI)', sa: <http://aqicn.org/city/kosovo/Priština/us-consulate/>.

¹⁷⁵ Nije bilo statistički značajne razlike prema polu ili godinama starosti.

fabrička zagađenja ozbiljnijim problemom ($p < 0,001$). Opet su Srbi ti (53%) koji u mnogo većoj meri smatraju da fabrike u ozbiljnoj razmeri doprinose zagađenju u odnosu na Albance (20%) ili ostale etničke zajednice (12%) ($p < 0,001$).

Građani Kosova su u manjoj meri skloni verovanju da gasovi koji se emituju iz kipućeg ulja, gas, ugalj ili drvo za grejanje ili kuvanje doprinose zagađivanju. Petnaest procenata ispitanika je reklo da ovo uopšte ne doprinosi zagađenju, 32% tvrdi „malo“ ili „jako malo“, 18% tvrdi „donekle“ i 32% tvrdi da ovo zagađuje „mnogo“ ili „u ekstremnoj meri“. Mlađe osobe u većoj meri nego starije smatraju da ovakvi gasovi doprinose zagađenju ($p = 0,02$), kao i urbane u odnosu na ruralne ($p = 0,0007$). Građani Prištine (42%), Mitrovice (37%) i Đakovice (34%) češće ove gasove smatraju ogromnim zagađivačima ($p < 0,001$). Srbi (65%) isto tako smatraju gasove zagađivačima svoje sredine u većoj meri nego Albanci (30%) ili druge etničke zajednice (34%) ($p < 0,001$).

Ogromna većina kosovskih građana tvrdi da koristi drvo kao osnovni izvor grejanja (83%). Osam posto koristi struju, šest posto centralno grejanje i dva posto ugalj. Stanovništvo u gradovima češće koristi struju (15%) ili centralno grejanje (13%) nego stanovništvo u selima ($p < 0,001$). Ljudi koji žive u Prištini su skloniji upotrebi centralnog grejanja (19%) od ljudi u ostalim regionima, i stanovnici Mitrovice (16%) i Prištine (12%) češće koriste struju ($p = 0,007$). Veći procenat populacije se greje na ugalj u Prištini (4,8%) i Prizrenu (4,5%) nego u drugim regionima. Srbi češće koriste struju (29%) ili ugalj (5%) od ostalih etničkih zajednica, dok Albanci češće koriste centralno grejanje (7%) od ostalih etničkih zajednica ($p = 0,0006$). Glavni izvori grejanja mogu zavisi i delom od dostupnosti kao i od priuštivosti u različitim regionima.

Što se tiče kvaliteta vode 20% građana Kosova smatra da je on „loš“ ili „jako loš“. Kada je u pitanju kvalitet vode percepcija ljudi se značajno razlikuje po regionu ($p = 0,004$); 31% stanovnika Mitrovice, 30% Gnjilana, 22% Uroševca i 20% Prištine smatra da je kvalitet vode loš ili jako loš, u poređenju sa pet posto u Peći, 13% u Prizrenu i 15% u Đakovici.¹⁷⁶ Srbi u većoj meri smatraju kvalitet vode lošim nego ostale etničke zajednice ($p < 0,001$); 69% Srba smatra je njihova voda „loša“ ili „jako loša“, u poređenju sa 17% Albanaca i 22% ostalih etničkih zajednica.

Utvrđivanje kvaliteta zemljišta može biti teško za većinu ljudi, naročito za urbano stanovništvo. Samo šest posto građana Kosova smatra da je kvalitet njihovog zemljišta „loš“ ili „jako loš“. Srbi (52%) u mnogo većoj meri smatraju kvalitet svog zemljišta lošijim nego Albanci (6%) ili druge etničke zajednice (9%) ($p < 0,001$). Ovo se može ponovo dovesti u vezu sa oblašću u kom žive Srbi: mitrovački region. Istraživanje iz 2009. godine koje se ticalo regiona zvečanske topionice rude, a uključivalo je i Mitrovicu, je dokazalo visok nivo zagađenosti zemljišta jakim metalima što takođe remeti usev.¹⁷⁷

Što se tiče čvrstog otpada poput smeća iz domaćinstava, industrijskih postrojenja ili bolnica, 24% građana Kosova smatra da je situacija u mestu u kome žive „loša“ ili „jako loša“. Stanovnici urbanih područja smatraju da je situacija čvrstog otpada u njihovoj oblasti lošija nego što to misli ruralno stanovništvo ($p = 0,049$). Ponovo se javlja značajna razlika prema regionu; 53% stanovnika Mitrovice smatra da je situacija sa čvrstim otpadom loša, u poređenju sa pet procenta u Prizrenu na primer ($p < 0,001$). Ponovo Srbi (41%) smatraju da je situacija u njihovom regionu što se tiče čvrstog otpada loša u većoj meri nego Albanci (22%) ili ostale etničke zajednice (23%) ($p < 0,001$).

Zagađena hrana je „jako velik problem“ za 30% ispitanika i „donekle problem“ za 24%. Urbano stanovništvo u mnogo većoj meri smatra zagađenu hranu problemom nego ruralni

¹⁷⁶ Ne postoji značajna razlika u opažanju kvaliteta vode prema polu, godinama starosti ili urbanom/ruralnom stanovanju.

¹⁷⁷ Borgna, L. et. al., 'The High Contents of Lead in Soils of Northern Kosovo', 2009.

stanovnici ($p=0.04$), i stanovništvo mitrovačkog regiona u mnogo većoj meri (83% stanovnika) od stanovništva koje živi u drugim opštinama ovo smatra problemom ($p<0,001$). Opet Srbi (82%) smatraju zagađenu hranu većim problemom nego Albanci (53%) ili druge etničke zajednice (58%) ($p<0,001$). Zanimljivo je to da skoro 50% ispitanika smatra da je zagađena hrana problem, ali ujedno zanemaruje poreklo prehrambenih proizvoda: samo osam do 20% smatra da je zagađenje vode, vazduha ili zemljišta problem. Dalje istraživanje o tome šta tačno podrazumeva zagađenje hrane može pružiti uvid u ovo neslaganje.

Kada se sve uzme u obzir, urbano stanovništvo, naročito iz mitrovačkog i prištinskog regiona, uočava da je većina oblika zagađenosti gora u njihovim regionima nego što to smatraju stanovnici ruralnih oblasti ili drugih regiona. Možda je to delom usled činjenice da većina Srba živi u mitrovačkom regionu i stoga redovno smatra da su različite dimenzije zagađenja koje se ovde pominju gore u njihovom regionu, za razliku od ostalih etničkih zajednica.

Naročito ovaj skup podataka nije imao dovoljno informacija da bi se došlo do zaključaka koji se tiču uticaja koje zagađenje ima na zdravlje građana Kosova. Možda bi se buduća istraživanja koja se bave nadgledanjem zagađenosti i dugotrajna ispitivanja zdravstvenih uticaja mogla fokusirati na oblasti u kojima stanovnici uočavaju najgore vrste zagađenja, poput Mitrovice i Prištine. Veći uzorak u tako određenim regionima bi mogao olakšati istraživanje mogućih uticaja na zdravlje u tim područjima. Povrh toga, na osnovu drugih istraživanja, podaci ne ukazuju na potrebu za obrazovanjem javnosti kada su u pitanju životna sredina, različiti mogući izvori zagađenja i uticaj koji ona mogu imati na zdravlje.

Razlozi za nedostatak pristupa zdravstvenoj nezi

U okviru ispitivanja neispunjenih potreba za zdravstvenom negom, Eurostat ocenjuje razloge zbog kojih te potrebe nisu ispunjenje. Iako su rezultati ovog odgovora već analizirani u okviru ovog izveštaja, sažetak ovih rezultata je predstavljen u grafikonu 20. Nije postojala značajna razlika prema polu.



Literatura

- Agencija za statistiku Kosova, „Anketa radne snage 2015“, (2016), sa: <https://ask.rks.gov.net/media/1687/results-of-the-kosovo-2015-labour-force-survey.pdf>
- Agencija za statistiku Kosova, „Istraživanje demografske i društveno ekonomske situacije i reproduktivnog zdravlja na Kosovu (KDHS)“, (2009), sa: <http://www.unfpakos.org/wp-content/uploads/2012/05/DHSreportEng-pdf.pdf>
- Agencija za statistiku Kosova, „Opšta statistika - Kosovo u ciframa 2015“ (2015), sa: http://ask.rks.gov.net/media/2362/kosova_shifra-2015-ang.pdf
- Agencija za statistiku Kosova, „Popis 2011“, (2012), sa: <http://askdata.rks.gov.net/PXWeb/pxweb/en/askdata/>
- Agencija za statistiku Kosova, „Rezultati ankete o budžetu domaćinstva 2015“, (2016), sa: <https://ask.rks.gov.net/media/1517/results-of-household-budget-survey-2015.pdf>
- Agencija za statistiku Kosova i Unicef, „Istraživanje višestrukih pokazatelja 2013-2014“, (2014), sa: <http://mics.unicef.org/>
- Bagat, M., V. et al., 'Influence of Urbanization Level and Gross Domestic Product of Counties in Croatia on Access to Health Care'. *Croatian Medical Journal* 49 (3): 384–91 (2008). doi:10.3325/cmj.2008.3.384
- Bloom, J.D. et al., 'Ethnic segregation in Kosovo's post-war health care system'. *European Journal of Public Health*, 17(5): 30–436 (2007). doi:10.1093/eurpub/ckl270
- Borgna, L. et al., 'The High Contents of Lead in Soils of Northern Kosovo.' *Journal of Geochemical Exploration* 101 (2): 137–46 (2009). doi:10.1016/j.gexplo.2008.05.001
- Buwa, D. & Vuori, H., 'Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo.' *European Journal of Public Health*, 17(2): 226–230 (2007). doi:10.1093/eurpub/ckl114
- Centers for Disease Control and Prevention (CSC), 'Colorectal Cancer', 2016, sa: http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/screening/index.htm
- Center for Health Workforce Studies, 'The impact of the aging population on the health workforce in the United States: Summary of key findings'. (2006), sa: http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_excerpt.pdf
- Central Intelligence Agency of the United States of America, 'The World Factbook' (Field listing: median age, Kosovo, 2016 estimate). preuzeto 28. nov. 2016, sa: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/fields/2177.html>
- Central Intelligence Agency of the United States of America, 'The World Factbook' (Field listing: median age, Sweden, 2016 estimate). preuzeto 28. nov. 2016, sa: <https://www.cia.gov/Library/publications/the-world-factbook/geos/sw.html>
- Coffman, K.B., et al., 'The Size of the LGBT Population and the Magnitude of Anti-Gay Sentiment are Substantially Underestimated', *NBER Working Papers* (2016), sa: <http://www.nber.org/papers/w19508.pdf>
- Colombini et al., 'Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia', *Global Public Health* 7 (5): 522–34 (2012). doi:10.1080/17441692.2011.641990
- Davies, P et al., 'Assessment to Characterise the Current Situation & Capacities for the Prevention & Control of Breast, Cervical & Prostate Cancers in Kosovo', Prishtina (2015), sa: http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Reports/UNFPA_Kosovo_Cancer_Prevention_Control_Report.pdf
- Djurovic, D. et al., 'The health status of Roma children -A medical or social issue?', *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 18(8): 1218–1223 (2014)
- Epping-Jordan, J.E. et al., 'Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective', *International journal of mental health systems*, 9(1): 15 (2015), sa: <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0007-9>
- European Perinatal Health Report Group. 'European Perinatal Health Report - Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010', (2013), sa: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Euroscreen, 'Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet', *Journal of Medical Screening* 19: 1–10 (2012)
- Eurostat, 'Health statistics', (2016), sa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics
- Eurostat, 'Mortality and life expectancy statistics', (2016), sa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

- Eurostat, 'Statistics Explained: Functional and activity limitations statistics', sa:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics
- Eurostat, 'Unmet health care needs statistics', accessed on 29/11/2016, sa:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
- Eytan, A. & Gex-Fabry, M., 'Use of healthcare services 8 years after the war in Kosovo: Role of post-traumatic stress disorder and depression.', *European Journal of Public Health* 22 (5): 638–43 (2012).
 doi:10.1093/eurpub/ckr096
- Farnsworth, N. et al., 'Who Cares? Demand, Supply, and Options for Expanding Childcare Availability in Kosovo', Prishtina: KWN, (2016) sa:
<http://www.womensnetwork.org/documents/20161103153827186.pdf>
- Farnsworth, N. et al., 'No More Excuses: An Analysis of Attitudes, Incidence, and Institutional Responses to Domestic Violence in Kosovo', Prishtina: KWN, (2015), sa:
<http://www.womensnetwork.org/documents/20151124105025622.pdf>
- First Channel, *Ekskluzive: Aktakuzë për rastin 'Stenta', 60 të akuzuar*, preuzeto 6. dec. 2016, sa:
[http://www.first-channel.tv/2016/06/15/ekskluzive-aktakuze-per-rastin-stenta-60-te-akuzuar/.](http://www.first-channel.tv/2016/06/15/ekskluzive-aktakuze-per-rastin-stenta-60-te-akuzuar/)
- FOL Levizja, 'Health Corruption Scan', (2016), at: <http://levizjafol.org/folnew/publications/?lang=en>
- German Guideline Programme in Oncology (GPPO), 'Evidenced -based Guideline for Colorectal Cancer', (2014), sa:
http://www.dgvs.de/fileadmin/user_upload/Leitlinien/kolorektalesKarzinom/LL_Colorectal_Cancer_1.1_english.pdf
- Goepf et al., 'Challenges and promises for nurse education curriculum development in Kosovo: Results of an 'accidental ethnography'', *Nurse Education Today* 28 (4): 419–26 (2008). doi:10.1016/j.nedt.2007.07.002
- Gollopeni, B., 'Rural Urban Migration in Kosovo', *International Journal of Business and Social Science* 6 (9): 96–105 (2015), at: http://ijbssnet.com/journals/Vol_6_No_9_1_September_2015/10.pdf
- Gøtzsche P.C. & Nielsen, M., 'Screening for breast cancer with mammography', *The Cochrane Library* (2013), sadržaj sa: http://www.cochrane.org/CD001877/BREASTCA_screening-for-breast-cancer-with-mammography
- Guilmoto, C.Z. & UNFPA, 'Gender bias in Kosovo', Prishtina, Kosovo (2016), sa:
<http://www.unfpakos.org/publications/>
- Homan, F.F. et al., 'Post-conflict transition and sustainability in Kosovo: establishing primary healthcare-based antenatal care.', *Prehospital and Disaster Medicine* 25 (1): 28–33. (2009)
 doi:10.1017/S1049023X00007627
- Human Rights Watch, 'World Report 2014: Section on Kosovo', (2014)
- Janevic et al., "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans', *International Journal for Equity in Health* 10 (1): 53. (2011),
 doi:10.1186/1475-9276-10-53.
- Kancelarija za dobro upravljanje – Kancelarija premijera, „Akcioni Plan za sprovođenje Strategija za integraciju zajednica Roma, Aškalija i Egipdana u Republici Kosovo 2009-2015“, (2008), sa: http://www.kryeministri-ks.net/zck/repository/docs/Action_Plan_on_the_Implementation_of_the_Strategy_for_the_Integration_of_Roma_Ashkali_and_Egyptian_Communities_2009-2015.pdf
- Koha.net, *Pacientët e dëmtuar nga gabimet e mjekëve nuk kompensohen*, 19 May 2015, sa:
[http://koha.net/?id=1&l=58155.](http://koha.net/?id=1&l=58155)
- Kollisch, D.O. et al., 'Improving family medicine in Kosovo with microsystems', *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 24 (1): 102–11. (2011) doi:10.3122/jabfm.2011.01.100120
- KOSANA-Solidar Suisse, 'A Proposal for a Health Insurance Plan How does it affect us?', (2012), sa:
<http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- KOSANA-Solidar Suisse, 'Kosovo Roma, Ashkali and Egyptian Access to and Use of Health Care Services', (2015), at: <http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- KOSANA-Solidar Suisse, 'Prevalence of Disease in the Roma, Ashkali and Egyptian Communities', (2014), sa:
<http://www.solidar-suisse-kos.org/?id=8>
- Kosovar Stability Initiative, 'Thinking Green', (2009); sa:
http://www.iksweb.org/repository/docs/enThinking_Green_274022.pdf
- Kosovo Agency of Statistics & UNICEF, 'Roma, Ashkali and Egyptian Communities in Kosovo, Multiple Indicator Cluster survey', Prishtina, Kosovo. (2014), sa: <http://mics.unicef.org/>
- Kosovo Women's Network, 'Strategy for 2015-2018', sa:
http://www.womensnetwork.org/documents/kwn_strategy_2015_2018_eng.pdf
- Lauby Secretan, B. et al., 'Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group' *New England Journal of Medicine*, 2353–58 (2015)

- Levizja FOL, 'Health Corruption Scan - Public opinion survey: Corruption in Public Health Care Institutions in Kosovo', (2016), sa: <http://levizjafol.org/folnew/wp-content/uploads/2016/02/Health-Corrupt-Scan-En.pdf>
- Luta, Xh. & Dræbel, T., 'Kosovo-Serbs' Experiences of Seeking Healthcare in a Post-Conflict and Ethnically Segregated Health System', *International Journal of Public Health* 58 (3): 377–83 (2013), doi:10.1007/s00038-012-0403-8
- Miftari, Z., Vuthaj, M. & Maxhuni, 'Sexual and reproductive health education among Roma, Ashkali and Egyptian (RAE) communities in Kosovo', *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. (2014)
- Ministarstvo zdravlja, „Akcioni plan za strategiju zdravstvenog sektora 2011 – 2014“, Priština, (2011), sa: http://www.mei-ks.net/repository/docs/ANNEX_11_-_Health_VI.pdf
- Ministarstvo zdravlja, „Strategija zdravstvenog sektora 2010 – 2014“, Priština, (2009); sa: http://mei-ks.net/repository/docs/ANNEX_10_-_Health_V.pdf
- Ministarstvo zdravlja, „Izveštaj o perinatalnom stanju na Kosovu“, (2016)
- OSCE, 'Municipal Profile of Mitrovica North', (2015), <http://www.osce.org/kosovo/122119?download=true>
- OSCE, 'Parallel Structures in Kosovo', (2003), sa: <http://www.osce.org/kosovo/42584?download=true>
- Pacarada, M. et al., 'Misoprostol-Induced Abortions in Kosovo', *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 112 (2): 116–18 (2011). doi:10.1016/j.ijgo.2010.08.015
- Parekh, N. & Rose, T., 'Health Inequalities of the Roma in Europe: a Literature Review', *Central European Journal of Public Health*, 19(3): 139–142 (2011), sa: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=66685378&lang=cs&site=ehost-live>
- Pascall, G. & Manning, N., 'Gender and Social Policy: Comparing States of Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union.' *Journal of European Social Policy* 10 (August): 240–66. (2000). doi:10.1177/095892870001000302
- Percival, V. & Sondorp, E., 'A Case Study of Health Sector Reform in Kosovo', *Conflict and Health* 4: 7. (2010). doi:10.1186/1752-1505-4-7
- Pollert, A., 'Women, Work and Equal Opportunities in Post-Communist Transition', *Work, Employment & Society* 17 (2): 331–57 (2003). doi:10.1177/0950017003017002006
- Pristas et al., 'Health Care Needs, Utilization and Barriers in Croatia--Regional and Urban-Rural Differences', *Collegium Antropologicum* 33 Suppl 1 (2016): 121–30. (2009)
- Prishtina U.S. Consulate, 'Air Pollution: Real-time Air Quality Index (AQI)', sa: <http://aqicn.org/city/kosovo/pristina/us-consulate/>
- Sedgh, G et al., 'Abortion Incidence between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends', *Lancet* (London, England) 388 (10041): 258–67. (2016), doi:10.1016/S0140-6736(16)30380-4
- Swiss Medical Board, 'Systematisches Mammographie-Screening', (2013)
- Tahiri, Z. et al., 'Patients' evaluation of primary health care services in Gjilan region, Kosovo', *Journal of Public Health (Oxford, England)* 36 (1): 161–69 (2014). doi:10.1093/pubmed/fdt041
- UNDP, „Stvarna vrednost socijalne pomoći“, *Southern Medical Journal* (2014)
- UNDP, Public Pulse & USAID, 'Action Paper on Healthcare in Kosovo. Satisfaction with Healthcare Services and Perceptions on Presence of Corruption', (2013)
- UNFPA, UNICEF & WHO, 'Programme Title : Partnership to improve Women's and Children's Health in Kosovo', (2012), sa: <http://www.unfpakos.org/wp-content/uploads/2012/05/JPD-30012012.pdf>
- UNICEF, 'Antenatal care in Kosovo', (2009), sa: [https://www.unicef.org/kosovoprogramme/Kujdesi_Antenatal_-_Anglisht\(per_Web\)02.pdf](https://www.unicef.org/kosovoprogramme/Kujdesi_Antenatal_-_Anglisht(per_Web)02.pdf)
- Väänänen et al., 'The Double Burden of and Negative Spillover Between Paid and Domestic Work: Associations with Health Among Men and Women', *Women Health* (2004)
- van der Veen et al., 'Integrating Staff Well-Being into the Primary Health Care System: A Case Study in Post-Conflict Kosovo', *Conflict and Health* 9 (1): 21. (2015). doi:10.1186/s13031-015-0048-3
- Wenzel, T. et al., 'Suicidal Ideation, Post-Traumatic Stress and Suicide Statistics in Kosovo', *Torture* 19 (3): 238–47 (2009)
- World Bank, 'Country Data Kosovo', (2016) at: <http://data.worldbank.org/country/kosovo>.
- World Bank, 'The World Bank Group in Kosovo – A country snapshot', (2015), sa: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Kosovo-Snapshot.pdf>
- World Health Organization, 'Antimicrobial resistance – Fact sheet', (2016), sa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
- World Health Organization, 'Global Health Observatory (GHO) data', (2008) sa: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
- World Health Organization, 'Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention', *WHO Guidelines*, p.60. (2013), sa:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

World Health Organization, 'Programme on Cancer', sa: <http://who.int/cancer/en/>

World Health Organization, 'Tobacco – Fact sheet', accessed on 05 December 2016, sa:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

World Health Organization, 'WHO Position Paper on Mammography Screening', (2014), sa:

http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/

Zhara, M.Z. & Cucovi, A., 'Public Health Insurance — Case Study: The Current Situation in Kosovo', *Journal of Business and Economics* 6 (7): 1384–91 (2015). doi:10.15341/jbe(2155-7950)/07.06.2015/015

Zeneli, L. et. al., 'Impact of Environmental Pollution on Human Health of the Population Which Lives Nearby Kosovo Thermopower Plants', *Indoor and Built Environment*, 1–5. (2011). doi:10.1177/1420326X11409471

Međunarodni i državni zakoni i akti

Direktiva 2011/24/EU Evropskog parlamenta i Saveta 9. marta 2011. o primenivanju prava pacijenata tokom prekogranične zdravstvene nege, at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF>

Generalna skupština UN-a, Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW), 1981, sa:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm> i Opšta preporuka na Član 12

(Žene i zdravlje) <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>

Kosovska agencija za zaštitu životne sredine, sa: <http://www.ammk-rks.net/?page=2,8>

Kosovska agencija za medicinske proizvode, Registar lekova br. 3, 2014, sa:

<https://akppm.com/en/category/publikimet/registri-i-barnave/>

Krivični zakonik Kosova, sa: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/Criminal%20Code.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br. 04/L-125 o zdravlju, 2013, sa:

<http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/Law%20on%20Health.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br. 04/L-172 o izmeni i dopuni Zakona br. No.04/L-054 o statusu i pravima palih boraca, invalida, veterana, pripadnika Oslobođilačke vojske Kosova, žrtvama seksualnog nasilja za vreme rata, civilnim žrtvama i njihovim porodicama, 2014, sa: <http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/04-L-172%20a.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br. 04/L-249 o zdravstvenom osiguranju, 2014, sa:

<http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/04-L-249%20a.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br.04/L-096 o izmeni i dopuni Zakona br. 2003/15 o šemi socijalne pomoći na Kosovu, 2012, sa: <https://mpms.rks.gov.net/Portals/0/Ligji/PrimarAnglisht/Law%20on%20Amending%20and%20Supplementing%20the%20Law%20on%20Social%20Assistance%20Scheme%20in%20Kosovo.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br. 03/L-110 o prekidu trudnoće, 2009, sa: http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/2008_03-L-110_en.pdf

Republika Kosovo, Zakon br. 04/L-190 o medicinskim proizvodima i medicinskoj opremi, 2014, sa:

<http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/04-L-190%20a.pdf>

Republika Kosovo, Zakon br. 05/L-071 o Budžetu Republike Kosovo za 2016, 2016, sa: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/05-L-071%20sh.pdf>

Republika Kosovo, Ministarstvo zdravlja, Administrativno uputstvo 15/2013 Povelja o pravima i obavezama pacijenata, 2013 sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Udhezim%20Administrativ%2015-2013.pdf>

Republika Kosovo, Ministarstvo zdravlja, Administrativno uputstvo (Zdravstvo) br. 19/2013 Telefonska linija za žalbe građana na zdravstvene usluge, 2013 sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/UA-Nr.-19-2013-Per-Ankesat-e-Oytetar%C3%ABve-n%C3%AB-ofrimin-e-sh%C3%ABrbimeve-sh%C3%ABndet%C3%ABsore.pdf>

Republika Kosovo, Ministarstvo zdravlja, Administrativno uputstvo 11/2014 o sprečavanju sukoba interesa u zdravstvenim institucijama, sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2014/05/Udh%C3%ABzim-Administrativ-11-2014-Parandalimi-i-konfliktit-t%C3%AB-interesit-n%C3%AB-institucione-sh%C3%ABndet%C3%ABsore.pdf>

Republika Kosovo, Ministarstvo Zdravlja, *Analiza e Prodkteve te Listes Esenciale per Vitin 2013 sipas Vend dhe ABC Indikatoreve* [Analiza proizvoda i Osnovne liste za 2013. po lokaciji i ABC indikatorima], Prishtina, 2013, sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Lista-Esenciale-sipas-VEN-dhe-ABC-Indikatoreve.pdf>

Skupština Republike Kosovo, Ustav Republike Kosovo, 2008, sa: <http://www.assembly-kosova.org/common/docs/Constitution%20of%20the%20Republic%20of%20Kosovo.pdf>

Skupština Republike Kosovo, Zakon br. 2003/15 o šemi socijalne pomoći na Kosovu, 2013, sa: http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/2003_15_en.pdf

Skupština Kosova, Zakon br.2004/38 o pravima i obavezama stanovnika Kosova u zdravstvenom sistemu, 2004, sa: http://www.assembly-kosova.org/common/docs/ligjet/2004_38_en.pdf

Skupština Kosova, Zakon br. 02/L-128 o narkotičnim lekovima, psihotropnim supstancama i prekursorima, 2007, sa: http://www.kuvendikosoves.org/common/docs/ligjet/2007_02-L128_en.pdf

Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju (SSP) između Kosova i EU, sa: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10728-2015-REV-1/en/pdf>

Sporazum o Evropskoj uniji, 2009, sa: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Sporazum o funkcionisanju Evropske unije, 2009, sa: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Udhëzim Administrativ (në Shëndetësi) Nr 01/2010, Recetat në Sistemin Shëndetësor në Republikën e Kosovës, 2010 sa: <http://msh-ks.org/wp-content/uploads/2013/11/Udhezim-Administrativ-Nr.-01-2010.pdf>

UNMIK, Uredba 2004/47 o Proglašenju Zakona o pravima i obavezama kosovskih građana u zdravstvenom sistemu, koji je usvojila Skupština Kosova, 2004.

UNMIK, Uredba 2007/11 o Proglašenju zakona o reproduktivnom zdravlju koji je usvojila Skupština Kosova, 2007.

Katalogimi në botim – (CIP)
Biblioteka Kombëtare e Kosovës “Pjetër Bogdani”

61(496.51)(048)

Pristup zdravstvenoj zaštiti na Kosovu / nga Nicole Farnsworth,
Katja Goebbels, Rina Ajeti. - Prishtinë : Rrjeti i Grupit të Grave të
Kosovës, 2016. – 116 f. ; 28 cm.

1.Farnsworth, Nicole 2. Goebbels, Katja 3. Ajeti, Rina

ISBN 978-9951-737-08-1

ISBN 978-9951-737-08-1



9 789951 737081