



Dr iur. Jovan Kojičić

Savršeno ništa

Etičke implikacije na kvalitet zdravstvene zaštite



Ministarstvo ljudskih
i manjinskih prava



Ministarstvo ljudskih
i manjinskih prava

Ova publikacija je kreirana u okviru projekta „Zdravlje bez predrasuda - zajedno za inkluzivnu zdravstvenu zaštitu i osnaživanje LGBTI osoba“ koji realizuju LGBTIQ Socijalni Centar i LGBT Forum Progres, uz podršku Ministarstva ljudskih i manjinskih prava Crne Gore. Stavovi iznijeti u ovom dokumentu ne odražavaju stavove Ministarstva kao donatora.

Savršeno ništa – Etičke implikacije na kvalitet zdravstvene zaštite

Dr iur. Jovan Kojičić

Savršeno ništa – Etičke implikacije na kvalitet zdravstvene zaštite

Autor: Dr iur. Jovan Kojičić
Izdavač: LGBTIQ Socijalni Centar
Za izdavača: Milica Špajak
Urednik: John M. Barac
Obrada i štampa: Printfox Podgorica
Tiraž: 250 primjeraka

Za publikacije i druge sadržaje koje objavljuje LGBTIQ Socijalni Centar, posjetite naš sajt www.lgbtiq.me.

Autorska prava © 2024. LGBTIQ Socijalni Centar.

Sva prava zadržana. Nijedan dio ovog materijala koji je zaštićen ovom izjavom o autorskim pravima se ne može reproducovati ili iskoristiti u komercijalne i/ili profitne svrhe, u bilo kom formatu ili na bilo koji način—elektronski ili mehanički, uključujući štampanje, fotokopiranje, snimanje ili upotreboru bilo koje metode skladištenja i prikupljanja informacija—bez prethodne pismene saglasnosti nosioca autorskih prava.

Da dobijete dozvolu da koristite cjelinu ili djelove ove publikacije, molimo Vas da predate pismeni zahtjev nosiocu autorskih prava, na email adresu info@lgbtiq.me.

Stavovi, ocjene i komentari iznijeti u ovom materijalu ne odražavaju nužno i mišljenje izdavača i trećih strana. Ohrabruje se upotreba ovog materijala u informativne, obrazovne, kulturne i druge svrhe nekomercijalnog i/ili neprofitnog karaktera, uz poštovanje autorskih prava.

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna biblioteka Crne Gore, Cetinje

ISBN 978-9940-8736-8-4
COBISS.CG ID 30085380

Savršeno ništa

Etičke implikacije na kvalitet zdravstvene zaštite

Dr iur. Jovan Kojičić

Sadržaj

O autoru.....	1
Uvod	2
Studija o zdravstvenoj zaštiti LGBTI osoba	3
Tri stuba problema.....	5
Siromaštvo upravljanja.....	7
Represivne sile	10
Vidljiva manipulacija.....	12
Moralna konstanta	15
Umjesto zaključka.....	19
Literatura	21
Ilustracije	24

O autoru

Jovan Kojičić je profesor evropskog prava i ljudskih prava. Rukovodilac je advokatske pravne klinike Logo Vox – inovativnog koraka u misiji regionalne advokatske kancelarije Matković i Partneri, sa sjedištem u Beogradu. Gostujući je profesor u Centru za medicinsko pravo na Pravnom fakultetu Univerziteta u Getingenu, SR Njemačka, na Žan Mone katedri za evropsku politiku Univerziteta u Pasau-u, SR Njemačka i Fakulteta za poslovne, ekonomski i društvene nauke Univerziteta u Hamburgu, na odsjeku za političke nauke, SR Njemačka. Na listi je eksperata za pravo životne sredine GFA konsalting grupe (engl. *GFA Consulting Group*), jedne od vodećih evropskih konsultantskih firmi u sektoru međunarodne razvojne saradnje. Naučnik je Vilijams Instituta Pravnog fakulteta Univerziteta u Kaliforniji (engl. *UCLA School of Law, The Williams Institute*) i rukovodilac Instituta za javnu upravu, ljudska prava i životnu sredinu na Fakultetu za državne i evropske studije u Podgorici.

Njegova istraživanja u oblasti zdravlja i zdravstvene politike i relacije sa Ustavom i pravom na zdravlje, nagrađena su od Njemačke službe za akademsku razmjenu (DAAD, 2023). Tokom vremena, za svoj rad i doprinos nagrađen je stipendijama prestižnih njemačkih, nizozemskih, britanskih i američkih akademskih i profesionalnih institucija, gdje se i usavršavao. Doktorirao je pravo na Evropskom Univerzitetu Viadrina u SR Njemačkoj (2001-2005). Tokom doktorskih studija bio je nagrađen prestižnom stipendijom Njemačke službe za akademsku razmjenu (DAAD). Na Lund Univerzitetu u Švedskoj, gdje je i radio, završio je postdoktorat u oblasti ljudskih prava u međunarodnom pravu i odnosu prava prema društvenim promjenama, u klasi profesora Hokana Hajdena (šved. *Håkan Hydén*), tvorca novog koncepta teorije normi. Bio je gostujući docent na katedri za evropsko, međunarodno javno i javno pravo na Pravnom fakultetu Univerziteta u Lajpcigu, u SR Njemačkoj (DAAD, 2008).

Od 2006. godine angažovan je na projektu „Pravda na Balkanu: jednakost za seksualne manjine“, koji je prerastao u međunarodni pokret renomiranih profesora, pravnika, javnih ličnosti i predstavnika civilnih organizacija. Dr Kojičić je član DAAD Alumni kluba Crna Gora, Evropske komisije za pravo seksualne orijentacije (ECSOL) za Crnu Goru i glavni organizator međunarodne konferencije „Pravda na Balkanu“. Autor je brojnih naučnih članaka, knjiga, poglavlja u knjigama i teza iz oblasti njegove stručnosti.

Uvod

Studija pred vama pruža pregled istraživanja o pristupu zdravstvenim uslugama za LGBTI osobe u Crnoj Gori. Ona prikazuje ključne nedostatke i neostvarene mehanizme zdravstvene politike i politike ljudskih prava. Ukazuje na uzroke nejednakosti i decenijskog propuštanja i nesposobnosti vlasti da rješavaju probleme u zdravstvenom sektoru, što ozbiljno narušava ljudska prava ljudi.

Stanje u zdravstvenom sektoru je neodrživo. Brojna istraživanja ukazuju na pogrešnu interpretaciju definicija u vezi sa pravom na zdravlje, zdravstvenu pravičnost i najviši dostupni standarda zdravlja. Jednako je u odnosu na sve druge koncepte koji su povezani sa zdravljem. Ne postoje rješenja da bi se moglo razumjeti kako se uspostavlja i mjeri zdravstvena jednakost, socijalna pravda, socijalna kohezija i jednakost.

Koncepti upravljanja su pogrešni. Primarna zdravstvena zaštita izgubila je svoju funkciju. Odnos između ljekara i pacijenta praktično ne postoji. Velike su varijacije u isporučivanju standarda medicinske etike i deontologije. Zakoni koje je usvojila država nijesu garancija i mjerilo za ostvarivanje prava.

Misija crnogorskog javnog zdravlja je praktično izgubljena.

Dr iur. Jovan Kojičić

Autor

Studija o zdravstvenoj zaštiti LGBTI osoba

Opšti cilj i ciljevi studije

Opšti cilj ovog procesa je doprinos unaprjeđenju primarne zdravstvene zaštite i dobrobiti LGBTI osoba u Crnoj Gori kroz podizanje svijesti, edukaciju zdravstvenog osoblja i pružanje kontinuirane pomoći i podrške LGBTI zajednici. Korišteni pristup je istraživački dizajn, a instrument istraživanja se popunjavao elektronskim putem.

Specifični cilj studije bio je prikupljanje relevantnih podataka o prisustvu diskriminacije na osnovu seksualne orijentacije i/ili rodnog identiteta na nivou primarne zdravstvene zaštite. Važno je razumjeti stanje u zdravstvenom sektoru i identifikovati ključne probleme i područja za unaprjeđenje, kako bi se težilo pravednijoj, inkluzivnijoj i kvalitetnijoj zdravstvenoj zaštiti za sve LGBTI osobe u Crnoj Gori.

Kriterijumi učešća i uzorkovanja

Učešće u istraživanju uzele su osobe koje sebe identifikuju kao LGBTI, imaju 18 i više godina i žive u Crnoj Gori. Uzorak studije obuhvatao je sve osobe koje su ispunile kriterijume za uključivanje i pristale su da učestvuju. Ispitanicima su pružene informacije o istraživanju i pitanjima vezanim za povjerljivost i anonimnost. Odgovori su bili anonimni, a privatnost zagarantovana. Namjera je bila da se postigne veća stopa učešća.

Ukupno je vraćeno 96 upitnika. Reprezentativnost uzorka je teško procijeniti jer ne postoje nacionalni podaci o LGBTI identitetu. Ne postoje ni procjene o procentualnoj zastupljenosti LGBTI osoba među stanovništvom. Prema podacima MONSTAT-a, ukupan broj stanovnika Crne Gore prema posljednjem popisu iz 2011. godine iznosio je 620.029 (Monstat, 2011).

Dizajn ankete

Autor je osmislio anketu u saradnji sa istraživačkom savjetodavnom grupom LGBTIQ Socijalnog Centra. Razvijen je onlajn upitnik sa 33 pitanja koja su dobijena iz brojnih prethodnih razvijenih instrumenata i studija, kao i prijavljenih slučajeva kršenja prava. Anketa se sastojala od zatvorenih pitanja grupisanih u tri tematska poglavљa.

Prvi dio upitnika ima pet pitanja koja se odnose na starosnu dob, pol (biološke karakteristike dodijeljene rođenjem), seksualnu orijentaciju, rodni identitet i mjesto (regiju) prebivališta. Drugi dio uključuje osam pitanja o vještini komunikacije i iskustvima učesnika na relaciji ljekar-pacijent. Treći dio sastoji se od dvadeset pitanja koji uključuju standarde o performansama i potrebi za komunikacijskim vještinama izabranih ljekara.

Testiranje

Sadržaj i validnost ankete su testirani u pilot anketi sa tri ispitanika. Ispitanici su regrutovani iz LGBTIQ Socijalnog Centra u Podgorici i svi ispitanici su odgovarali kriterijumima za učešće. U cilju poboljšanja, svaki ispitanik je zamoljen da popuni anketu i pruži sugestije. Povratne informacije ispitanika uglavnom su bile pozitivne, opisujući anketu kao razumljivu. Konačna anketa je izrađena i distribuirana preko platformi društvenih medija i poslata LGBTI zajednici.

Regrutacija i prikupljanje podataka

Instrument ankete je razvijen za online popunjavanje. Primijenjena je strategija regrutovanja kako bi se promovisala anketa i povećao broj ljudi koji bi mogli čuti za istraživanje. Nositelj projekta, LGBTIQ Socijalni Centar, uputio je e-poruke članovima/članicama organizacije sa zahtjevom da proslijede informacije o studiji i link za anketu.

Demografija i ostale karakteristike

Ukupno je prikupljeno 96 upitnika do datuma zatvaranja ankete. Istraživanje je trajalo mjesec dana. Nije bilo anketa koje su uklonjene iz skupa podataka zbog neispunjavanja uslova ili nepotpunog upitnika. Ukupno je 96 anketa uključeno u analizu. Jedan upitnik podrazumijevao je uzorak koji je bio stariji od 65 godina. Starost ispitanika bila je grupisana prema dobi, i to: 56-65 godina (12,5%), 46-55 godina (21,9%), 36-45 godina (35,4%), a 29,2% je bilo od 18-35 godina.

U odnosu na biološke karakteristike dodijeljene rođenjem 43,8% ispitanih izjasnilo se da je muškog pola, 53,1% ženskog, 1% interseks, dok 2,1% anketiranih nije željelo da se izjasni. U pogledu sopstvenog doživljaja, 36,5% anketiranih doživljava sebe kao homoseksualnog muškarca (gej), 47,9% kao homoseksualnu ženu (lezbejku), 10,4% sebe doživljava kao biseksualnu osobu, 2,1% kao asekualnu osobu, 2,1% kao panseksualnu osobu, a 1% nije željelo da se izjasni. Rodni identitet anketirani su odredili 41,7% kao muškarac, 51% kao žena, 1% kao transrodni muškarac, 1% kao transrodna žena, 2,1% rodno varijantna osoba, a 3,1% kao kvir.

Najveći broj ispitanih, 60,4%, izjavilo je da živi u centralnoj regiji (Cetinje, Podgorica, Danilovgrad, Nikšić i okolina), 15,6% izjasnilo se da živi u Sjevernoj regiji (Kolašin, Mojkovac, Žabljak, Plužine, Plav, Andrijevica, Berane, Rožaje, Bijelo Polje, Pljevlja i okolina), dok je 24% anketiranih bilo iz Južne regije (Ulcinj, Bar, Budva, Kotor, Tivat, Herceg Novi i okolina).

Prednosti i ograničenja

Studija predstavlja mišljenja LGBTI osoba koje su pristupile anketiranju i dobine priliku da podijele svoja iskustva o pristupu zdravlju i uslugama zdravstvenog sektora. Nalazi su zasnovani na jedino mogućem, praktičnom uzorku. Veličina uzorka uslovljena je društvenim okolnostima i ozbiljnim sistemskim ograničenjima za LGBTI osobe, uključujući i ograničenja u pogledu mogućnosti statističkog testiranja. Nacionalno reprezentativni uzorak nije moguće odrediti i testirati. Moguće je da studija nije dovoljno predstavila LGBTI osobe koje žive u ruralnim područjima. Uzorak ne definije LGBTI osobe koji su u medicinskim ustanovama na liječenju. Takođe, uzorak ne predstavlja marginalizovane grupe kao što su lica sa invaliditetom, romska i egipćanska populacija, etnička pripadnost, ali ni usko specifično grupe trans osoba ili starijih lica iz LGBTI populacije.

Tri stuba problema

Odsustvo sistema

Crnogorski zdravstveni sistem, u svim segmentima je opterećen brojnim izazovima bez presedana. Primarna zdravstvena zaštita izgubila je svoju funkciju, odnos između ljekara i pacijenta gotovo da ne postoji, sve su veće nejednakosti između legitimnih potreba pacijenata i raspoloživih resursa, a propisi ne prate i/ili ne razvijaju mehanizme da pruže sistemski odgovor na očekivane zahtjeve (Kojičić, 2023a). Upravljanje zdravstvenim sistemom nije strukturno osmišljeno i povezano, i ne predstavlja podršku u sprovođenju proklamovanih načela zdravstvene politike. Nefunkcionalnost egzistira na svim nivoima. Međusektorska povezanost, usklađenost i djelovanje takođe izostaju. Socio-ekonomske determinante zdravlja se ne uzimaju u obzir, nijesu definisane, niti ih prati institucionalni i politički dizajn (Kojičić, 2023a).

Pacijent nije u fokusu

Rezultati predmetne studije sugeriju da zdravstveni menadžment i profesionalizam zdravstvenih radnika i ljekara ne predstavljaju adekvatnu osnovu spoja medicine sa crnogorskim društvom. Rezultati ostavljaju snažan utisak da u praksi interes pacijenta nije u fokusu zdravstvenog menadžmenta, zdravstvenih radnika i ljekara. Štaviše, rezultati sugeriju da crnogorski zdravstveni sistem ne odražava proklamovane standarde o kompetentnosti i integritetu, kao i pružanju stručnih savjeta društvu o pitanjima zdravlja. Uslovljeno integritetom zdravstvenih radnika i ljekara, ali i cijele medicinske profesije i zdravstvenih vlasti, može se reći da je povjerenje LGBTI zajednice u zdravstveni sistem gotovo potpuno izgubljeno.

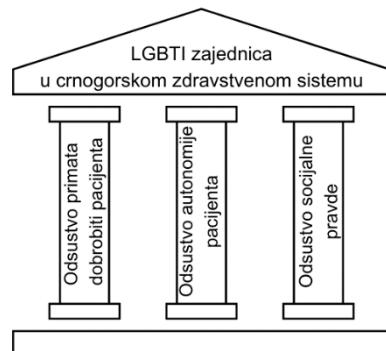
Slabosti

Da bi se ovakvo turbulentno stanje zaustavilo potrebni su kolektivni napor. Treba priznati ozbiljne sistemske greške i loše upravljanje, a zdravstveni sektor usmjeriti ka principima profesionalizma. To zahtijeva promišljene i efikasne mjere o ličnoj posvećenosti ljekara dobrobiti pacijenta, ali i reformske napore nacionalnih vlasti i ukupnog društva da promovišu stvarni akcioni plan, koji će po obimu i svrsi odgovarati proklamovanim ciljevima u medicinskoj praksi. Ova studija, jedna je u nizu primjera koji ukazuju na uznemirujuće slabosti i nedostatke crnogorskog zdravstvenog sistema.

Tri stuba problema

Tri osnovna stuba problema koji definišu rezultate studije u pristupu zdravstvenim uslugama za LGBTI zajednicu.

- ◆ Prvi stub: Crnogorski ljekari i zdravstveni radnici nijesu posvećeni principu primata dobrobiti pacijenta;
- ◆ Drugi stub: Crnogorski ljekari i zdravstveni radnici nijesu prepoznati kao savjetnici koji brinu o pacijentu i zdravlju (princip autonomije pacijenta); i
- ◆ Treći stub: Ne promoviše se pravedna raspodjela resursa zdravstvene zaštite zbog čega je princip socijalne pravde potpuno izgubljen.



Nepoštovanje zakona

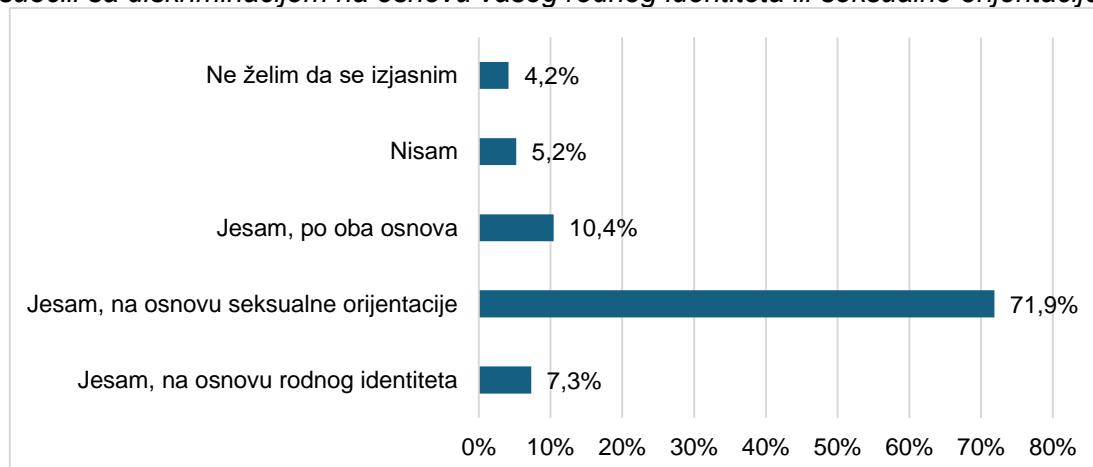
Strategija razvoja zdravstva za period 2023-2027. godine naglašava da se crnogorska zdravstvena politika temelji na ključnim vrijednostima u zdravstvenom sistemu. Zdravstvena zaštita podržava se kao pravo svih građana i mora se poštovati u skladu sa najvišim mogućim zdravstvenim standardima i dostignućima moderne medicinske teorije i prakse (Ministarstvo zdravlja, Strategija 2023-2027). U uvodnom dijelu naglašava se da su nacionalne vlasti posvećene smanjenju nejednakosti i teže unaprjeđenju dostupnosti zdravstvenih usluga. To uključuje Rome i Egipćane, lica bez regulisanog pravnog statusa i druge manjine, stare osobe, osobe sa mentalnim problemima, lica s invaliditetom i

populacije u ruralnim ili udaljenim područjima (Ministarstvo zdravlja, Strategija 2023-2027). Međutim, vjerovatno namjerno, vlasti nigdje ne prepoznaju dostignuća moderne medicinske teorije i prakse za LGBTI zajednicu. U ovom kontekstu nigdje ne pominju da će raditi na smanjivanju nejednakosti u pristupu zdravlju za LGBTI zajednicu. Eventualni izgovor da LGBTI zajednica pripada statusu „druge manjine“ predstavljalo bi nepoštovanje zakona, jer gotovo svi crnogorski propisi eksplisitno prepoznaju seksualnu orijentaciju kao zabranjeni osnov diskriminacije.

Diskriminatori sistem

Analizirajući odgovore u anketi među LGBTI zajednicom i njihove stavove o sistemu zdravstvene zaštite, može se reći da je crnogorski zdravstveni sistem izrazito diskriminatoran, a da ljekari i zdravstveni radnici ugrožavaju samu prirodu i vrijednosti medicinskog profesionalizma. Zdravstveni radnici i ljekari ne pokazuju zahtijevani nivo profesionalizma, posvećenost dobrobiti pacijenta i osnovnim principima socijalne pravde. Gotovo apsolutna većina, **89,6%** (86 od 96 anketiranih) izjavilo je da se u komunikaciji sa zdravstvenim radnikom i izabranim ljekarom suočilo sa diskriminacijom po osnovu rodnog identiteta i/ili seksualne orijentacije (Ilustracija 1). Svega 5,2% anketiranih (5 od 96) nije imalo diskriminatorno iskustvo u pristupu zdravstvenoj zaštiti, dok četvoro ispitanika (4,2%) nije željelo da odgovori. Dakle, umjesto da aktivno rade na eliminisanju diskriminacije u zdravstvenoj zaštiti, bez obzira na bilo koji osnov, rezultati ankete sugerisu da su zdravstveni radnici i ljekari veoma aktivni u vještinama komunikacije koje promovišu diskriminatorno ponašanje po osnovu rodnog identiteta i seksualne orijentacije. To isto sugerire i da crnogorska medicinska profesija u praksi ne promoviše dovoljno pravdu, uključujući pravednu raspodjelu resursa.

Ilustracija 1: U Vašoj komunikaciji sa izabranim ljekarima i zdravstvenim osobljem, da li ste se suočili sa diskriminacijom na osnovu vašeg rodnog identiteta ili seksualne orijentacije?



Tama kao stvarnost

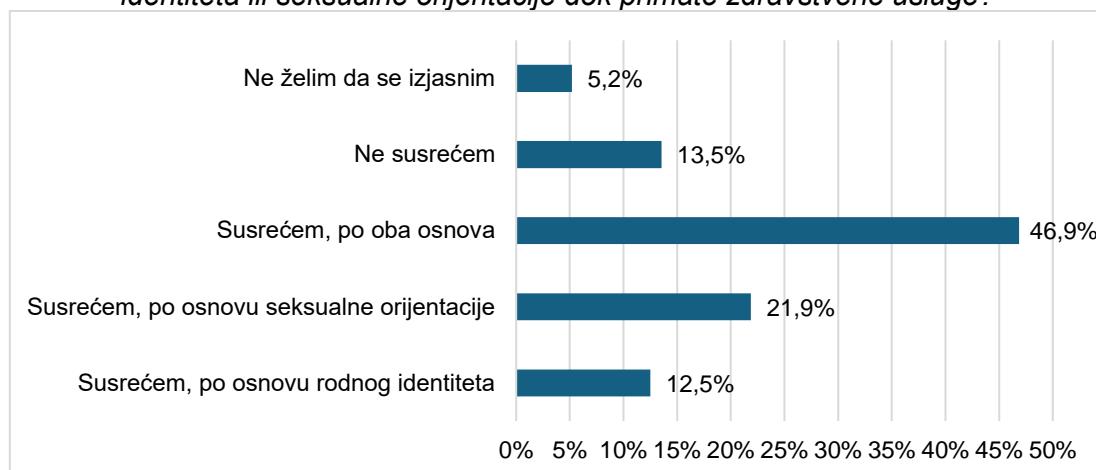
Prethodno reprezentativno istraživanje NVO Juventas među zdravstvenim radnicima o percepciji homoseksualnosti ukazuje da 59,7% zdravstvenih radnika smatra da homoseksualnost nije prirodna 48,1% smatra da je homoseksualnost bolest, 36,2% da je homoseksualnost nemoralna, a 30,4% se izjasnilo da se homoseksualnost može liječiti. Štaviše, 18,4% zdravstvenih radnika opravdava verbalno zlostavljanje LGBT osoba, a 11,4% odobrava fizičko nasilje prema ovoj marginalizovanoj društvenoj grupi. Da će podizanje djece od strane homoseksualnih osoba pojačati homoseksualnost kod djece smatra 59,5% zdravstvenih radnika, dok bi se 48,1% osjećalo neuspješno kao roditelji ako bi njihovo dijete bilo homoseksualne orijentacije (CeMI, 2017: 35). Umjesto odgovarajuće reakcije, razumnih i efikasnih mjera za rješavanje problema, zdravstvene i nacionalne vlasti odgovorile su na način što su LGBTI zajednicu isključili iz definicije povodom zdravstvenih nejednakosti. U isto vrijeme Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava širi priču o zdravlju kao ljudskom pravu, ali nije sprječilo usvajanje suprotstavljenih rješenja u politici javnog zdravlja. Kakva ironija!

Siromaštvo upravljanja

Siromaštvo kulture upravljanja

Rezultati ankete sugeriraju da je posvećenost zdravstvenih vlasti i Ministarstva ljudskih i manjinskih prava prema LGBTI zajednici manipulativna. U okolnostima kada treba da vjerujemo da je interseksijska diskriminacija od posebnog značaja za Vladu Crnu Gore, ogromna većina uzorka, **81,3%** (78 od 96 anketiranih) izjavilo je da se u pristupu dobijanja zdravstvenih usluga susreću sa seksističkim diskursima i predrasudama po osnovu rodnog identiteta i/ili seksualne orientacije (Ilustracija 2). Svega 13 ispitanika (13,5%) nije imalo takvo iskustvo, dok 5 ispitanika (5,2%) nije željelo da se izjasni. Nije poznato da su nacionalne vlasti ikada utvrdile pristupe i kriterijume, paradigmu, ontološke i epistemološke pretpostavke, vrstu znanja, svrhu i metode povodom interseksijske diskriminacije kada su usvajali definiciju o tome (Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava, Strategija 2022-2027: 19). Stoga ne čudi da su propustili da u javnim politikama uspostave razumne i efikasne mјere i utiču na smanjivanje diskriminacionog ponašanja i pozadinu seksističkih diskursa i predrasuda u pristupu zdravstvenim uslugama.

Ilustracija 2: Da li se susrećete sa seksističkim diskursima i predrasudama po osnovu rodnog identiteta ili seksualne orientacije dok primate zdravstvene usluge?



Proizvoljne politike

Da zdravstvene vlasti ne prepoznaju najviši mogući standard zdravlja i dostignuća moderne medicinske teorije i prakse, i nemaju namjeru da rade na smanjivanju zdravstvenih jednakosti u pristupu zdravlju za LGBTI zajednicu, ukazuje narativ usvojene zdravstvene politike 2023-2027. Nigdje se ne prepoznaju zahtjevi i stvarni problemi LGBTI zajednice. Jedini akcenat se stavlja na razvoj aktivnosti za organizaciju edukacija za medicinske radnike u cilju podizanja nivoa znanja o ljudskim pravima i razvijanju senzibilnog pristupa u radu sa LGBTI osobama. Međutim, to se radi punih 12 godina bez ikakvih mjerljivih rezultata. Stoga, ovakav pristup više liči na tehnike suptilnog heteroseksizma sa manipulativnom pozadinom da se nešto „izbjegne“, negoli na stvarnu brigu zdravstvenih vlasti za ljudska prava LGBTI osoba. Na taj način krše se zakoni, uključujući međunarodne ugovore, standarde i praksu—sve ono čemu su posvećeni na papiru dokumenta politike javnog zdravlja.

Nepravilna kombinacija

Nalazi istraživanja sugeriraju da crnogorski zdravstveni sistem nije uskladen sa standardima Svjetske zdravstvene organizacije. Ovi standardi eksplicitno definišu da zdravlje i zdravstvenu pravičnost određuju uslovi u kojima se ljudi rađaju, rastu, žive, rade, funkcionišu i stare, kao i biološke determinante (WHO, 2024a)—dok je zdravstvena nepravilnost uslovljena sistematskim razlikama u

zdravstvenom statusu različitih grupa stanovništva i ima značajne društvene i ekonomski troškove za pojedinca i društvo (WHO, 2018). Štaviše, nacionalne i zdravstvene vlasti time (samo)negiraju ključne strateške dokumente države, kao što je Nacionalna strategija održivog razvoja do 2030. godine (NSOR). Ovaj dokument naglašava „nedovoljan nivo zdravstvene prosvijećenosti“ i „neodgovarajuću orijentaciju zdravstvene zaštite“ i eksplicitno ističe „produbljivanje nejednakosti u zdravlju kada je riječ o različitim populacionim grupama“ (Ministarstvo održivog razvoja i turizma, 2016: 164). Dokument uspostavlja kao strateški cilj da se do 2030. godine unaprijedi zdravlje građana svih uzrasta i smanje nejednakosti u zdravlju, uključujući osjetljive i ugrožene grupe stanovništva, SDG 3 (3.1, 3.2 i 3.7) (Ministarstvo održivog razvoja i turizma, 2016: 164). Strateške mjere takođe nalažu vlastima da veći fokus pruže promociji zdravog života, prevenciji i kontroli bolesti – SDG 3 (3.4, 3.5 i 3.6), kao i unaprjeđenju efikasnosti zdravstvenog sistema i kvaliteta zdravstvene zaštite – SDG 3 (3.8 i 3.c) (Ministarstvo održivog razvoja i turizma, 2016: 164-165). Međutim, od svega toga ne postoji suštinski ništa za LGBTI zajednicu. Izbrisana je iz definicije povodom zdravstvenih nejednakosti (Ministarstvo zdravlja, Strategija 2023-2027:1), ne usvaja se čitav niz medicinskih protokola, a sudeći po rezultatima studije, u praksi je dominantno izraženo diskriminatorno ponašanje i seksističke predrasude prema ovoj marginalizovanoj grupi.

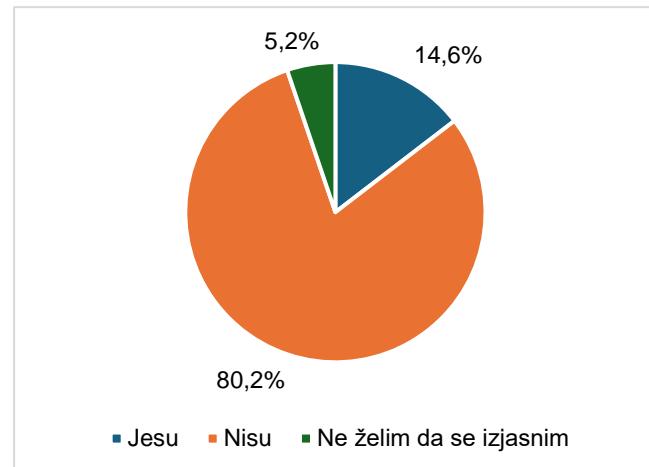
Nepravedni pristupi

Praćenje zdravstvene nejednakosti ne postoji i ono nema odgovarajuće mjesto u centralnom zdravstvenom informacionom sistemu zemlje. Ne prikupljaju se i ne analiziraju podaci, i ne izvještava o temama od značaja za zdravstvene nejednakosti i LGBTI zajednicu. Rodne i druge predrasude uopšte se ne razmatraju. Ne rade se ni kvalitativni podaci koji su od suštinskog značaja za razumijevanje kako i zašto dolazi do nejednakosti (WHO, 2024b). Ako neki podaci postoje, oni nijesu povezani sa informacijama o socijalnim determinantama, jer nijesu ni definisane. Tako se ne razumiju uzročno-poslijedični odnosi, ali ni koncept povodom zdravstvene nejednakosti uopšte. Zdravstvena politika i politika ljudskih prava zbog toga više liče na skup riječi na papiru, negoli što predstavljaju bilo kakvu viziju ili mjeru da se problemi rješavaju.

Efekti takvih politika u društvu su uz nemirujući, porazni i nepravedni. Prema tome, nepravična i nepravilna kombinacija crnogorskih javnih politika uz puno odsustvo socijalnih determinanti ne doprinosi smanjivanju zdravstvenih nejednakosti. Ogromna većina uzorka, **80,2%** (77 od 96 anketiranih) izjasnilo se da misli da zdravstvene usluge koje dobijaju nijesu iste prirode i kvaliteta kao i za heteroseksualne osobe (Ilustracija 3). Ogromna većina uzorka, **68,8%** (66 od 96 anketiranih) takođe misli da od izabranih ljekara i zdravstvenih ustanova ne dobijaju adekvatne informacije o načinima zdravstvene zaštite koje su u skladu sa njihovim rodnim identitetom i/ili seksualnom orijentacijom.

Zakoni, slova na papiru

Član 5 Zakona o zdravstvenoj zaštiti uređuje da su u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu svi građani jednaki, bez obzira na nacionalnu pripadnost, rasu, pol, rođni identitet, seksualnu orijentaciju, starosnu dob, invaliditet, jezik, vjeru, obrazovanje, socijalno porijeklo, imovno stanje i drugo lično svojstvo. U članu 4 istog zakona eksplicitno se navodi da svaki građanin Crne Gore ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa najvišim mogućim zdravstvenim standardima i dostignućima savremene medicinske teorije i prakse (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Sl. list CG", br. 3/2016, 39/2016, 2/2017, 44/2018, 24/2019 - dr. zakoni, 82/2020 i 8/2021). Međutim, u nedostatku političke volje LGBTI



Ilustracija 3: Da li mislite da su zdravstvene usluge koje dobijate istog kvaliteta i prirode kao i one koje dobijaju heteroseksualne osobe?

zajednica u Crnoj Gori, čak ni na papiru, na nivou javne politike, nije jednaka u ostvarivanju propisanih prava i pristupu zdravlju i nema pravo na najviše standarde i savremenu teoriju i praksu.

Pravo na najviši mogući standard

Pravo na najviši mogući standard zdravlja u vezi sa članom 12. Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, naglašava da pravo na zdravlje sadrži i slobode i prava. Ovaj pojam mora da uzme u obzir i biološke i socio-ekonomske preduslove pojedinca i raspoložive resurse države, a pravo na zdravlje se mora shvatiti kao pravo na uživanje različitih pogodnosti, dobara, usluga i uslova neophodnih za ostvarivanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja (CESCR, 2000, Opšti komentar br. 14, stavovi 8 i 9). Ciljevi i značenje vrijednosti Konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma Ati¹, kao i ciljevi Svjetske zdravstvene organizacije o zdravlju za sve u 21. vijeku (WHO, 1997) pogrešno su interpretirani.

Suptilni heteroseksizam

Kako su ovi procesi određeni kontekstom, kulturom, politikom, ekonomijom i društvenim problemima (Rifkin, 2018), oni su za LGBTI zajednicu vjerovatno određeni heteroseksizmom kao društvenom ideologijom. To se ogleda u institucionalnom ugnjetavanju i suptilnom heteroseksizmu kontinuiranog propuštanja da se usvoje stvarne definicije i stvari obrasci ponašanja u planiranju i sproveđenju mjera za ostvarivanje prava LGBTI osoba (Kojičić & Barac, 2023). U crnogorskoj stvarnosti previše je primjera koji negiraju, ugnjetavaju, ocrnuju i stigmatizuju LGBTI zajednicu na nivou društvene ideologije i obrazaca kulturnog heteroseksizma (Kojičić, 2022; Kojičić, 2023b; Kojičić & Barac, 2023). Politika ljudskih prava nema odgovore na ovakve i brojne druge nelogičnosti i nepravilnosti koje stanuju između slova na papiru i stvarnih života ljudi i prakse.

Nepredvidljivost

Ne postoje statistički podaci o LGBTI osobama a da ih generiše država. Predvidljivost javnih politika za LGBTI zajednicu stoga ne postoji. Planirane LGBTI mjere i programi od 2018. godine dominantno nijesu realizovani. Politike, zapravo, podsjećaju na skupinu nepovezanih riječi. Nijesu dizajnirane da se bave nejednakostima. Ne prepoznaju manjinski stres, socioekonomski status, ali ni nedostatke i razlike u statusu LGBTI osoba. Ne ispunjavaju koncept inkluzivnosti, koji je u direktnoj povezanosti sa fizičkim i mentalnim zdravljem, seksualnom orientacijom i identitetom kao važnim komponentama ukupnog zdravlja i blagostanja (Dodge, Friedman & Schick 2016: 137; Feinstein 2016: 88; cf. Kojičić, 2022: 38).

Nejednakosti

U stvarnosti, pravo na zdravlje za LGBTI osobe u Crnoj Gori isključivo zavisi od dostupnosti zdravstvenih usluga. Pravo na zdravlje nije prepoznato i nije povezano sa ostalim sektorskim politikama i uslugama, uključujući i politiku ljudskih prava. Iako su principi iz Alma-Ata Deklaracije ažurirani i reafirmisani, a pitanje jednakosti postalo ključno u globalnoj zdravstvenoj politici (WHO, 1997), nacionalne vlasti ne razumiju, ne razvijaju i ne promovišu zdravlje kao ljudsko pravo. Zdravlje se ne zasniva na učešću LGBTI zajednice i principima jednakosti, na socijalnim determinantama i socijalnoj pravdi

¹ International Conference on Primary Health Care, 1978.

Represivne sile

Zaštita povjerljivosti

Anketa među LGBTI zajednicom ukazuje na značajnu zabrinutost zajednice u odnosu na obaveze i mјere zaštite povjerljivosti. Čini se da je ispunjavanje ove obaveze od strane medicinske profesije hitnije nego ikada ranije. Približno polovina ispitanih, **48,9%** (47 od 96 anketiranih) uopšte se ne slaže ili se ne slaže da je izabrani ljekar osoba od povjerenja. Nasuprot tome, svega 35,4% (34 od 96 anketiranih) ima pozitivan stav i povjerenje u izabranog ljekara, a neutralan stav imalo je petnaest ispitanika (15,6%). Slični su pokazatelji i povodom zaštite povjerljivosti od izabranih ljekara. Približno polovina, **47,9%** (46 od 96 anketiranih) izjasnilo se da ne vjeruju da će izabrani ljekari o njima povjerljivo čuvati informacije, dok 32,3% (31 od 96 anketiranih) misli suprotno i imaju afirmativan stav o tome. Veliki broj ispitanika, 19,8% (19 od 96 anketiranih) bilo je neutralno u odgovoru.

Inferiorni status

Politička i institucionalna moć i heteroseksualne pretpostavke uslovjavaju da baš onda kada bi trebalo da se podstakne sloboda LGBTI ljudi, stvari se problematizuju i traže se objašnjenja (Ray & Parkhill 2021). To objašnjava uticaje političke i institucionalne moći, ali i kozmetičke sadržaje javnih politika, koji su u srži ideoloških osnova kulturnog heteroseksizma i atributi su heteroseksualne pristrasnosti (Ray & Parkhill 2021; Kojičić & Barac, 2023). Dok seksualna stigma predstavlja znanje o negativnom odnosu društva prema bilo kom neheteroseksualnom ponašanju, identitetu, vezi ili zajednici, heteroseksizam kao kulturna ideologija izražava seksualnu stigmu (Herek, 2004). Mnogo je razloga za sumnju da takvu ideologiju prati crnogorska zdravstvena politika. Zanemaruju se socijalno okruženje i činjenice i ne uspostavljaju impulsi dužnosti koji stvaraju sistemski rješenja i stvarno doprinose smanjivanju zdravstvenih nejednakosti. Suštinski, nacionalne i zdravstvene vlasti opredijelile su inferiorni status za LGBTI zajednicu u pristupu zdravlju. To podstiče neprijateljski i negativan odnos prema seksualnim manjinama, dok prema Hereku takvo ponašanje konstituiše stigmu (Herek 2010: 13).

Opterećenja

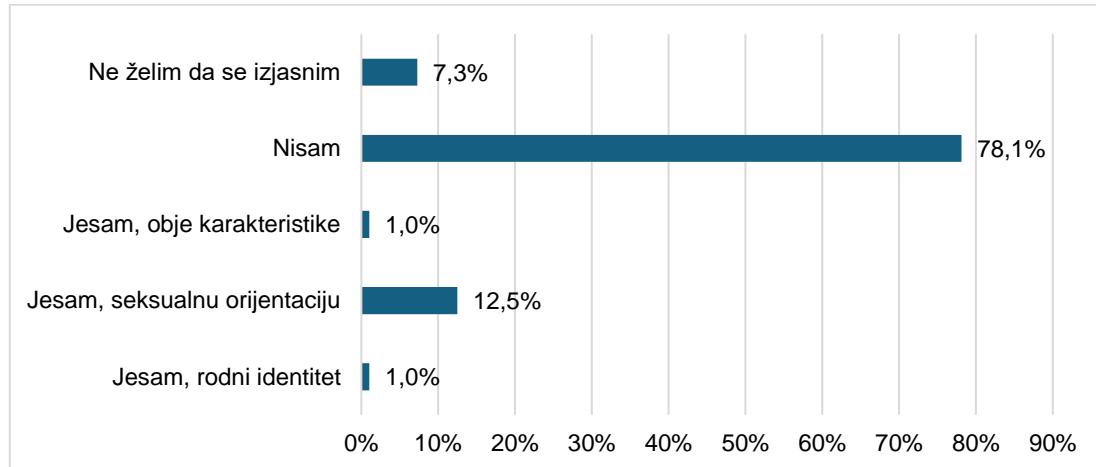
Veća stopa problema fizičkog i mentalnog zdravlja za LGBTI osobe proizilazi iz iskustva stigme i diskriminacije (Kamen, Palesh, Gerry et al., 2014; cf. Kojičić, 2023b). Takvo okruženje nije samo određeno socio-ekonomskim statusom, već i različitim stresorima kojima su pojedinci svakodnevno izloženi (Meyer & Frost 2013: 252; cf. Kojičić, 2022: 8). U crnogorskoj stvarnosti homofobija, seksualna diskriminacija i ograničeni pristup zdravstvenim uslugama dominantno su izražene represivne sile (Bešić 2020: 34 i 35, Kojičić 2021b: 183; Kojičić, 2023b). Nova društveno represivna sila koja se naslućuje je siromaštvo (Kojičić, 2023b; Kojičić & Barac, 2023). U posljednjoj anketi, 28% pripadnika/ica LGBTI zajednice izjasnili su se da žive bez mјesečnih prihoda, a dodatnih 15% ima mјesečna primanja ispod minimuma egzistencije (Kojičić, 2023b: 23). Nasuprot tome, zdravstveni sistem decenijama ne uspijeva da bude efikasan, optimizuje zdravljje i minimizira teret bolesti. Udio direktnog plaćanja zdravstvenih usluga od strane građana, tzv. „potrošnja iz džepa“ je 39,6 odsto. To predstavlja ogromno opterećenje za crnogorske građane, tri puta veće od prosjeka u EU (Kojičić, 2021a). Ovaj podatak signalizira nefunkcionalnu i neprilagođenu primarnu zdravstvenu zaštitu, koja bi morala da služi zajednici, pa i LGBTI osobama, i brine o zdravlju građana bez trošenja novca iz džepa.

Društveno isključivanje

Ne postoje razumne i efikasne mјere za rješavanje stvarnih problema LGBTI osoba. Prikrivanje seksualnog ili rodnog identiteta i internalizovana homofobija jedinstveni su stresori za zajednicu (McConnell, Janulis, Phillips et al., 2018; Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). To su i različiti događaji koji su povezani sa predrasudama, kao što je porodično odbacivanje, diskriminacija na radnom mjestu ili zločini iz mržnje, na koje ukazuju relevantni izvještaji o ljudskim pravima. Posljednji takav izvještaj

za Crnu Goru, za 2023. godinu, ukazuje na vjerodostojne nalaze o krivičnim djelima koja uključuju nasilje ili prijetnje nasiljem prema LGBTI osobama (State Department, 2023). Slično je pokazano i u ovoj studiji, Takvo (homofobično) okruženje i društveni pritisci uslovjavaju različite psihološke i emocionalne reakcije, što usmjerava da crnogorska LGBTI zajednica dominantno prikrieva seksualnu orijentaciju i/ili rodni identitet. Prikriwanje predstavlja primjer bihevioralne zaštite kojim ljudi izbjegavaju da se izlažu očekivanoj homonegativnoj stigmi (Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). Takva anticipacija doprinosi stidu, emocionalnoj disregulaciji i socijalnoj izolaciji i štetno utiče na zdravlje ljudi (Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). Ogromna većina uzorka, **78,0%** (75 od 96 anketiranih), izjasnili su se da prikriju sopstvenu seksualnu orijentaciju i/ili rodni identitet, dok se svega 14,5% (14 od 96 anketiranih) izjasnilo da nemaju problem u ispoljavanju toga (Ilustracija 4).

Ilustracija 4: Da li ste saopštili svoj rodni identitet ili seksualnu orijentaciju izabranom ljekaru, tj. da li ste autovani?



(Ne)legitimnost postupanja

Nacionalne vlasti imaju ključnu odgovornost da prate i odgovore na uticaje zdravlja na socijalno okruženje (Coggon, Syrett and Viens 2017: 4). Za definisanje njihove uloge od ključne je važnosti legitimnost sopstvenih postupanja—na koji način procjenjuju, razumiju i utiču na različite mјere (Coggon, Syrett and Viens 2017: 6). U svakoj politici principi treba da upravljaju aktivnostima koji će da vode ka određenom cilju, To usmjerava individualno ponašanje, definiše odlučivanje i određuje načine i sredstva za obavljanje poslova (Porsche 2019: 2). Zdravstvena politika integriše definiciju zdravlja u politiku i podrazumijeva široku vrstu politike, uključujući i druge vrste politika (Porsche 2019: 4). Međutim, crnogorske zdravstvene vlasti u svim segmentima ne procjenjuju, ne razumiju i ne utiču na stvarnu interpretaciju definicije zdravlja, zbog čega su osnovne funkcije javnog zdravlja izgubljene ili pogrešne. Imperativne norme koje se društveno reprodukuju ne razumiju očekivanja, a sankcije izostaju (Kojičić, 2021b). Društvena reprodukcija je pogrešna a nezadovoljstvo pacijenata, zdravstvenih radnika i ukupne javnosti ogromno (CEMI, 2017; SDMCG, 2018; Kojičić, 2023b).

Stresori

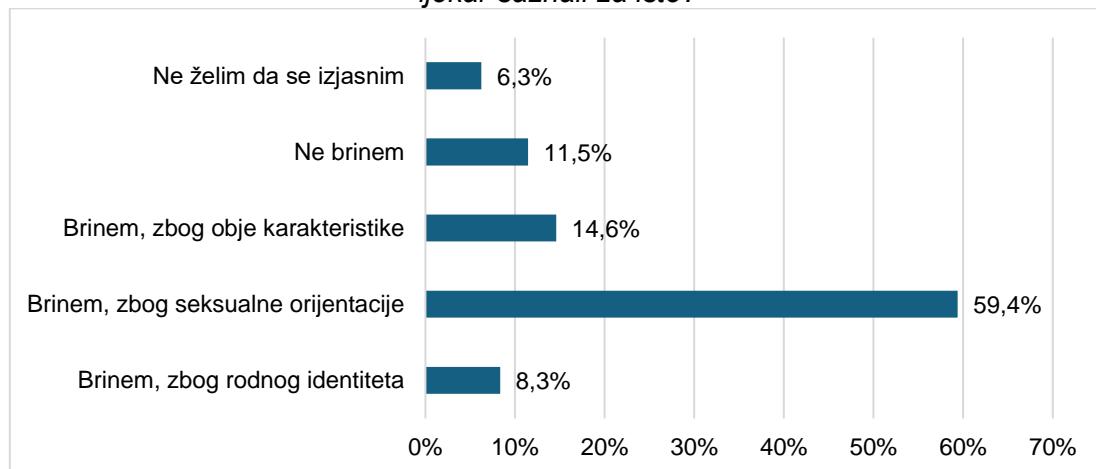
Sve pomenuto utiče da LGBTI osobe doživljavaju različite oblike manjinskog stresa koji se negativno odražavaju na njihovo fizičko i mentalno zdravlje (Pachankis & Lick 2018: 479; McConnell, Janulis, Phillips et al., 2018; Frost, Lehavot, & Meyer, 2015). Istraživanje na reprezentativnom uzorku ukazuje da najveći broj crnogorskih građana smatra da su LGBTI osobe bolesne, mentalno poremećene i da treba da se liječe (66%), da su izopačene (44%), protivprirodne i nemoralne (29%) (Bešić, 2020: 34 i 35, cf. Kojičić 2021b: 183). Pozitivan stav ima svega 5,3% crnogorskog stanovništva (Bešić, 2020: 34 i 35). Česta izloženost dominantnim heteroseksualnim normama, kao u Crnoj Gori, utiče da manjinski stres postaje rasprostranjen i hroničan (Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). Za crnogorskog gej muškarca koji je siromašan, na primjer, „stresori“ su određeni njegovom seksualnom orijentacijom u odnosu na okruženje, njegovim siromaštvom, ali i značajno limitiranim resursima da se suoči sa okolnostima da rješava probleme, pa i u pristupu zdravlju (troškovi iz džepa).

Vidljiva manipulacija

Nerazumijevanje standarda

Moderne medicinske teorije i prakse na koje se samo deklarativno pozivaju crnogorske zdravstvene vlasti ukazuju da, bez adekvatnih standarda i boljeg razumijevanja dispariteta i zdravstvenih rizika LGBTI zajednice, pružaoci zdravstvenih usluga neće biti u prilici da odgovore izazovu—zbog različitih negativnih efekata, kao što su gubitak povjerenja i izbjegavanje pristupa (hitnoj) medicinskoj njezi (Jalali & Sauer, 2015: 417). Pretpostavlja se da to dolazi od straha od diskriminacije i lošijeg zdravstvenog tretmana (Ross & Setchell, 2019: 99). Na to ukazuju i posljednje crnogorske studije i ankete među zajednicom, uključujući i predmetnu analizu koja sugerira ogromno nepovjerenje zajednice u crnogorski zdravstveni sistem. Ogromna većina uzorka, **82,3%** (79 od 96 anketiranih) saopštilo je da brine zbog potencijalne diskriminacije u zdravstvenoj ustanovi ako bi zdravstveni radnici i izabrani ljekari saznali za njihovu seksualnu orijentaciju ili rodni identitet (Ilustracija 5).

Ilustracija 5: Da li brinete da ćete se suočiti sa diskriminacijom zbog svog rodnog identiteta ili seksualne orijentacije kada se prijavite u zdravstvenu ustanovu, ako bi zdravstveni radnici i izabrani ljekar saznali za iste?



Ignorantski odnos

Rodna senzitivnost ključni je preduslov za ostvarivanje kvalitetne zdravstvene zaštite (Cheng & Yang, 2015). Sistematsko pretraživanje naučne literature i različitih baza podataka u pristupu zdravstvenom sektoru ukazuju na nedostatak informacija o zdravlju LGBTI osoba; Lošije zdravstvene ishode u poređenju sa opštom populacijom; Diskriminaciju i direktno uskraćivanje zdravstvene njege; Negativne stavove prema LGBTI zajednici i strah od diskriminacije; Nekvalitetnu njegu i ponašanje zdravstvenog osoblja, i nedostatak povjerenja i privatnosti u pružanju zdravstvenih usluga (Banerjee, Walters, Staley et al., 2018; Sekoni, Gale, Manga-Atangana et al., 2017). Nalazi istraživanja u ovoj studiji ukazuju na gotovo identične probleme. Međutim, ozbiljno zabrinjava kontinuirani ignorantski odnos vlasti u odnosu na činjenice.

Politička (ne)volja

Ne postoji politička volja da se crnogorska administracija suoči sa stvarnim problemima LGBTI zajednice. Za crnogorsku zajednicu ne važe moderne medicinske teorije, prakse i standardi. U perspektivi brojnih studija i globalnih pokazatelja, a u poređenju sa opštom populacijom, LGBTI osobe doživljavaju veće prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti (Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). Imaju lošije mentalno i fizičko zdravlje, veću stopu depresije, anksioznosti, pokušaja samoubistva ili samoubistva, upotrebu i zloupotrebu supstanci (Rice et al., 2021; Plöderl & Tremblay, 2015), veću vjerovatnoću obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti (Ross & Setchell, 2019; Rice et al., 2021),

obolijevanja od kancera, dijabetesa i invalidnosti (Ross & Setchell, 2019: 99), veću vjerovatnoću i stopu srčanog udara, hipertenzije, artritisa, gastrointestinalnih problema, bolesti jetre, gojaznosti i moždanog udara (Fredriksen-Goldsen et al., 2017; Blosnich et al., 2016; Case et al., 2004; Cochran & Mais, 2007; Fredriksen-Goldsen, Kim & Barkan, 2012).

Odsustvo metodologije

Umjesto priznanja, Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava naglašava da je „interseksijska diskriminacija“ od posebnog značaja za Vladi Crne Gore (Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava, 2022: 19). Tolika količina absurdnosti u manipulisanju javnim politikama, naspram stvarnih problema i stvarnih društvenih okolnosti postaje mentalno iscrpljujuća i šteti mentalnom zdravlju. Suštinska pitanja koja se postavljaju su: Koji je to crnogorski kontekst i koje su mjere povodom interseksijske analize koje određuju status LGBTI osoba u crnogorskom društvu? I drugo, koji su to odnosi i strukture moći i mjere nacionalnih vlasti u kontekstu interesksijske analize za LGBTI zajednicu?

Suprotstavljenost javnih politika

Zdravstvene vlasti nigdje nijesu priznale da uticaji manjinskog stresa mogu biti višestruki i sa različitim efektima po LGBTI osobe. Sa druge strane, Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava se zalaže za interseksijsku diskriminaciju. Dakle, umjesto povezanih, imamo potpuno suprotstavljene javne politike. Istovremeno svi tvrde da su poštovali propisanu metodologiju u izradi strateških dokumenata?! Kakva manipulacija u kojoj realni ljudi ne mogu da dosegnu racionalni ideal, dok stvari pristupi u javnim politikama uopšte nijesu inkluzivni!

Neefikasnost

Crnogorska zdravstvena politika i politika ljudskih prava ne predstavljaju efikasne instrumente za primjenu zakonskih sadržaja. Postalo je vidljivo kako tokovi različitih javnih politika međusobno ne djeluju unutar različitih podsistema. To objašnjava zašto su procesi identifikacije i povezivanja LGBTI zajednice sa društvom i nacionalnim vlastima veoma spori, teški, sporadični ili čak nepostojeći. To takođe objašnjava zašto je toliko dugo izražen kontinuitet dominantnih negativnih i neprijateljskih stavova prema LGBTI zajednici u društvu.

Dominacija moći

Umjesto funkcionalnih politika, literatura sugerira da su crnogorska zdravstvena politika i politika ljudskih prava određene koncepcijom tradicionalnijih pristupa o dominaciji moći (Béland et al. 2018: 5; Kojičić, 2022; Kojičić, 2024). Prepostavka je da su takvi izazovi u upravljanju duboko ukorijenjeni u komunističkoj eri i da se tokom vremena nijesu značajno promijenili. Ilustracije radi, u Ministarstvu ljudskih i manjinskih prava naglašavaju da je zdravlje ljudsko pravo (Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava, Strategija 2022-2027), dok u Ministarstvu zdravlja nigdje ne definišu i ne prate socijalne determinante da bi zdravlje uopšte moglo da se ostvari kao ljudsko pravo (Ministarstvo zdravlja, Strategija 2023-2027). Istovremeno, nepisana je prepostavka u sistemu da imamo (moralnu) obavezu da čutimo o tome. Pravo na zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama za LGBTI osobe, ali i međunarodni standardi i standardi Svjetske zdravstvene organizacije, potpuno su obesmišljeni.

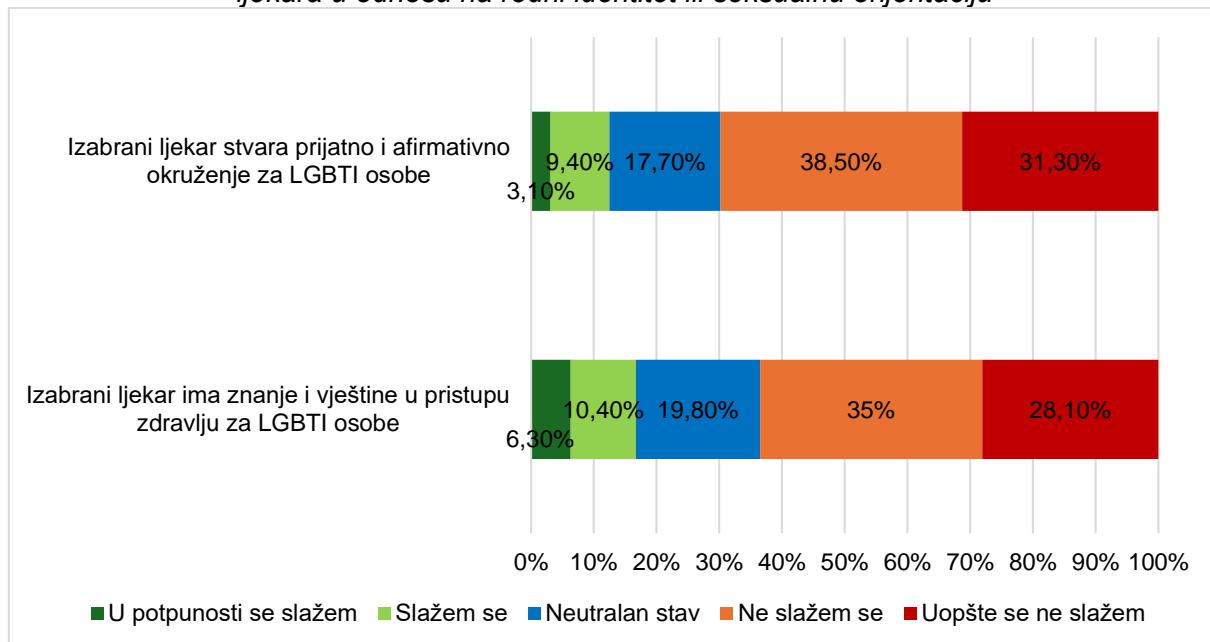
Odsustvo resursa

Umjesto razumnog i efikasnog djelovanja, zdravstvene vlasti ne funkcionišu kao resurs za LGBTI zajednicu. Javne politike ne nude rješenja koja su proizašla iz metodologije i savremenih standarda medicinske teorije i prakse. Takvi pristupi zagađuju racionalnu misao, što dodatno usložnjava probleme i utiče na prikrivanje i zatvaranje zajednice (u četiri zida). To bi bio primjer kada institucije sistema doprinose ugnjetavanju jedne marginalizovane grupe koja traži stvarnu pomoć države i društva. Svaki oblik uređenosti koji podrazumijeva pravila, uključujući javne ustanove koje ih kreiraju, tumače i sprovode, doprinosi različitim interakcijama u društvu, a sve zajedno snažno utiče na socijalne determinante (Gostin et al., 2019: 1857; Kojičić, 2021b: 102; Kojičić, 2024: 143).

Stigmatizacija i diskriminacija

Ako su takva pravila dobra, ona mogu pomoći da se uspostavi dobro zdravlje i ukupno blagostanje u društvu. Međutim, ako su pravila loše kreirana (kao u slučaju crnogorske zdravstvene politike) ili u situaciji kada se uopšte ne sprovode (kao što je posebna važnost interseksijske diskriminacije)—onda se, naglašavaju Gostin i drugi, javljaju različiti problemi i dolazi do izražene stigmatizacije i diskriminacije, a naročito prema marginalizovanim društvenim grupama (Gostin et al., 2019: 1857; Kojičić, 2021b: 102; Kojičić, 2024: 143). To bi bio i najkraći prikaz stvarnog položaja i tretmana LGBTI osoba u Crnoj Gori, u smislu brojnih kontradiktornosti, apsurdnosti i nerazumnih i neefikasnih rješenja u javnim politikama. Zbog toga ne čudi što se ogromna većina uzorka, **69,8%** (67 od 96 anketiranih) izjasnilo da smatraju da izabrani ljekari ne stvaraju prijatno i afirmativno okruženje za LGBTI osobe. Nasuprot tome, svega 12 anketiranih (12,5%) imalo je afirmativan stav o LGBTI prijateljskom okruženju u zdravstvenim ustanovama. Takođe, ogromna većina uzorka, **63,5%** (61 od 96 anketiranih) dijeli i stavove da njihov izabrani ljekar nema znanje i vještine u pristupu zdravlju za LGBTI osobe, dok je svega 16 anketiranih (16,9%) imalo je afirmativan stav o tome (Ilustracija 6).

Ilustracija 6: U kojoj mjeri se slažete sa sljedećim izjavama u vezi znanja i prakse Vašeg izabranog ljekara u odnosu na rodni identitet ili seksualnu orientaciju



Dokazi o manipulaciji

Teorija interseksionalnosti prepoznaje značenje i uspostavlja relaciju između ovih iskustava višestruke marginalizacije i njihovog odnosa sa zdravljem. Teorija uspostavlja rodnu analizu zdravlja i prepoznaje kako odnosi moći djeluju na ove procese i rodnu nejednakost na različitim nivoima (Manandhar, Hawkes, Buse et. al., 2018: 644; cf. Kojičić & Krstić, 2020: 55; Kojičić, 2023). Zapravo, teorija objašnjava kako se „preklapanje i ukrštanje“ društvenih identiteta reflektuje na „ugnjetavanje i dominaciju“ (Black, Guest, Bagnol et al., 2019: 111; cf. Kojičić & Krstić, 2020: 55). Međutim, crnogorska zdravstvena politika i politika ljudskih prava uopšte ne prepoznaju ove karakteristike:

- ◆ Ne definišu socijalne determinante,
- ◆ Ne uzimaju u obzir socio-ekonomski status LGBTI osoba,
- ◆ Ne prepoznaju manjinski stres i različite stresore,
- ◆ Ne razmatraju rodnu perspektivu zdravlja,
- ◆ Ne uspostavljaju relaciju između ovih iskustava i prava na zdravlje, i
- ◆ Ne prate rizike koji uslovjavaju zdravstvene nejednakosti.

Moralna konstanta

Odsustvo vizije

Da bi društvo funkcionalisalo kao resurs za pojedinca najprije se mora postići otpornost zajednice, da se ljudi identifikuju i osjeće pripadnost i povežu sa društvom (McConnell, Janulis, Phillips et al., 2018: 6; cf. Kojičić, 2023b). To bi bio put promjena, da se radi na uspostavljanju identifikacije i otpornosti LGBTI zajednice u odnosu na stvarne probleme. Međutim, načini aktuelnog manipulisanja u javnim politikama, bez adekvatne vizije i sa ozbiljnim metodološkim nedostacima, jedino doprinosi narastajućem nepovjerenju zajednice u institucije i stvaranju novih problema i novih stresora (Kojičić, 2024; Kojičić, 2023b; Kojičić & Barac, 2023).

Interseksionalnost

Zdravstvene vlasti i Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava ne razmatraju činjenice i stvarne probleme. Ne priznaju manjinski stres i ne uvažavaju naučna saznanja gdje se eksplisitno navodi da je homonegativizam osnovni uzrok zdravstvenih dispariteta za LGBTI osobe (Layland, Maggs, Kipke et. al., 2022). Crnogorsko okruženje sa dominantno negativnim i neprijateljskim stavovima prema LGBTI zajednici (66%) to svakako jeste. Ilustracije radi, lica iz romske i egipćanske zajednice koji pripadaju LGBTI zajednici doživljavaju stres povezan i sa rasizmom i sa heteroseksizmom, pa je rizik od negativnih zdravstvenih ishoda za njih još veći. Slično je i sa licima s invaliditetom i osobama iz drugih marginalizovanih društvenih grupa koje pripadaju LGBTI zajednici. Sve su to pitanja koja usmjeravaju pažnju na navodno posebnu važnost interseksionalnosti o kojoj Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava očigledno u stvarnosti ne brine (Kojičić, 2024).

Nesposobnost sistema

Zdravstveni sistem ne podrazumijeva samo zdravstvenu zaštitu i napore na poboljšanju zdravlja, već uključuje i ne-zdravstvene usluge, kvalitet pružanja usluga, dostupnost i jasnoću informacija, potrebe, povjerenje i očekivanja pacijenata, kulturološku senzibilnost, odgovarajuću pažnju, poštovanje dostojarstva i izbor pružalaca usluga (Malhotra & Do, 2017: 315; cf. Kojičić 2021b: 32). Sve to uslovjava sposobnost zdravstvenog sistema da ispunji očekivanja, ostvari kvalitet usluga i odredi položaj pacijenta u zdravstvenom sistemu (Malhotra & Do, 2017: 315). Za crnogorske LGBTI osobe takav odnos je negativan, a njihov položaj potpuno inferioran u zdravstvenom sistemu. Isto je i u zdravstvenoj politici, što samo po sebi implicitno sugerira zdravstvenu nejednakost i odsustvo zdravstvene pravičnosti i kvaliteta u pružanju zdravstvene zaštite i jednakih usluga za sve.

Nepravda

Međutim, u takvim okolnostima kada nacionalne vlasti ne uvažavaju činjenice i pogrešno interpretiraju definicije, crnogorska zdravstvena politika može se razumjeti kao takav instrument koji dozvoljava da može da postoji subjekt koji bi u praksi—suprotno zakonu, proklamovanim međunarodnim standardima i savremenim naučnim dostignućima, mogao da čini ono što ima tendenciju da bude štetno za ljudska prava, dostojarstvo i zdravlje LGBTI osoba. Posljedično, takve javne politike nijesu korisno sredstvo za rješavanje problema i podstiču nepravdu, nepovjerenje i nejednakosti u društvu. To pokazuju i nalazi predmetne studije.

Etička pitanja

Rezultati studije nedvosmisleno ukazuju da izabrani ljekari ne pokazuju posvećenost iskrenosti prema pacijentu. Rezultati sugerisu da ljekari ne obezbjeđuju da pacijenti budu potpuno i iskreno obaviješteni prije, u toku i nakon liječenja. Takođe, da pacijenti nijesu uključeni u donošenje odluka o medicinskoj njezi i nijesu u prilici da se konsultuju i odlučuju o toku terapije. Sve zajedno sugerira da koncept zajedničkog donošenja odluka uopšte ne funkcioniše u praksi i nije podvrgnut nadzoru zdravstvenih vlasti. Rezultati ankete upućuju i da se ne može reći da su ljekari posvećeni unaprjeđenju kvaliteta zdravstvene zaštite, da nemaju odgovornosti i da ne pružaju adekvatnu pomoć u stvaranju

mehanizama koji treba da podstaknu kontinuirano poboljšanje kvaliteta zdravstvene njegе. Dodatno, snažan je utisak da ljekari ne teže smanjivanju prepreka za pravednu zdravstvenu zaštitu i ne rade na eliminisanju prepreka u društvenoj diskriminaciji.

Dužnost na papiru

Zakon o pravima pacijenata prepoznaće autonomiju pacijenta i pravo na samoodlučivanje (član 14). Prepoznaće i pravo na informisanje i obavljanje (članovi 7-13). Ljekar je dužan da pacijentu i kada to ne zahtijeva pruži obavještenje o dijagnozi i prognozi ishoda bolesti, kao i kratak opis i svrhu, vrijeme trajanja i moguće posljedice preduzimanja, odnosno nepreduzimanja medicinske intervencije. To podrazumijeva da su radnje preduzete u saradnji sa pacijentima, a ne samo u njihovo ime. Rezultati studije takođe upućuju na značajno kršenje postulata Kodeksa medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore od strane članova Komore, odnosno ljekara i ljekarki koji ove usluge pružaju (vidjeti Ilustracija 8).

Dužnost u praksi

Ogromna većina uzorka, **71,9%** (69 od 96 anketiranih) izjavilo je da ljekar ne izražava pozitivan i ohrabrujući stav prema njihovom zlaganju i ne pokazuje brigu o njihovom zdravlju; Ogromna većina uzorka, **75,0%** (72 od 96 anketiranih) izjasnilo se da im ljekar ne objašnjava potrebe pregleda ili testiranja; **77,1%** ispitanika (74 od 96 anketiranih) izjavilo je da ih ljekar ne obavlja šta će da uradi; **78,1%** ispitanika (75 od 96 anketiranih) izjasnilo se da ih ljekar ne obavlja rezultatima pregleda i isto toliko da ih ne obavlja o dijagnozi i hipotezi; **84,4%** ispitanika (81 od 96 anketiranih) izjasnilo se da ih ljekar ne obavlja o mogućoj prognozi bolesti; **82,3%** ispitanika (79 od 96 anketiranih) izjavilo je da ljekar ne razgovara sa njima o metodama liječenja i ne objašnjava im prednosti i nedostatke svake metode; **80%** ispitanika (77 od 96 anketiranih) smatralo je da ljekar ne sprovodi pregled na uvažavajući način; **67,7%** ispitanika (65 od 96 anketiranih) izjavilo je da ljekar ne provjerava da li tačno razumije ono što oni govore ili žele da kažu; dok se **61,5%** ispitanika (59 od 96 anketiranih) izjasnilo da ih ljekar ne pita da li postoji još nešto što bi željeli da podijele sa ljekarom (Ilustracija 7).

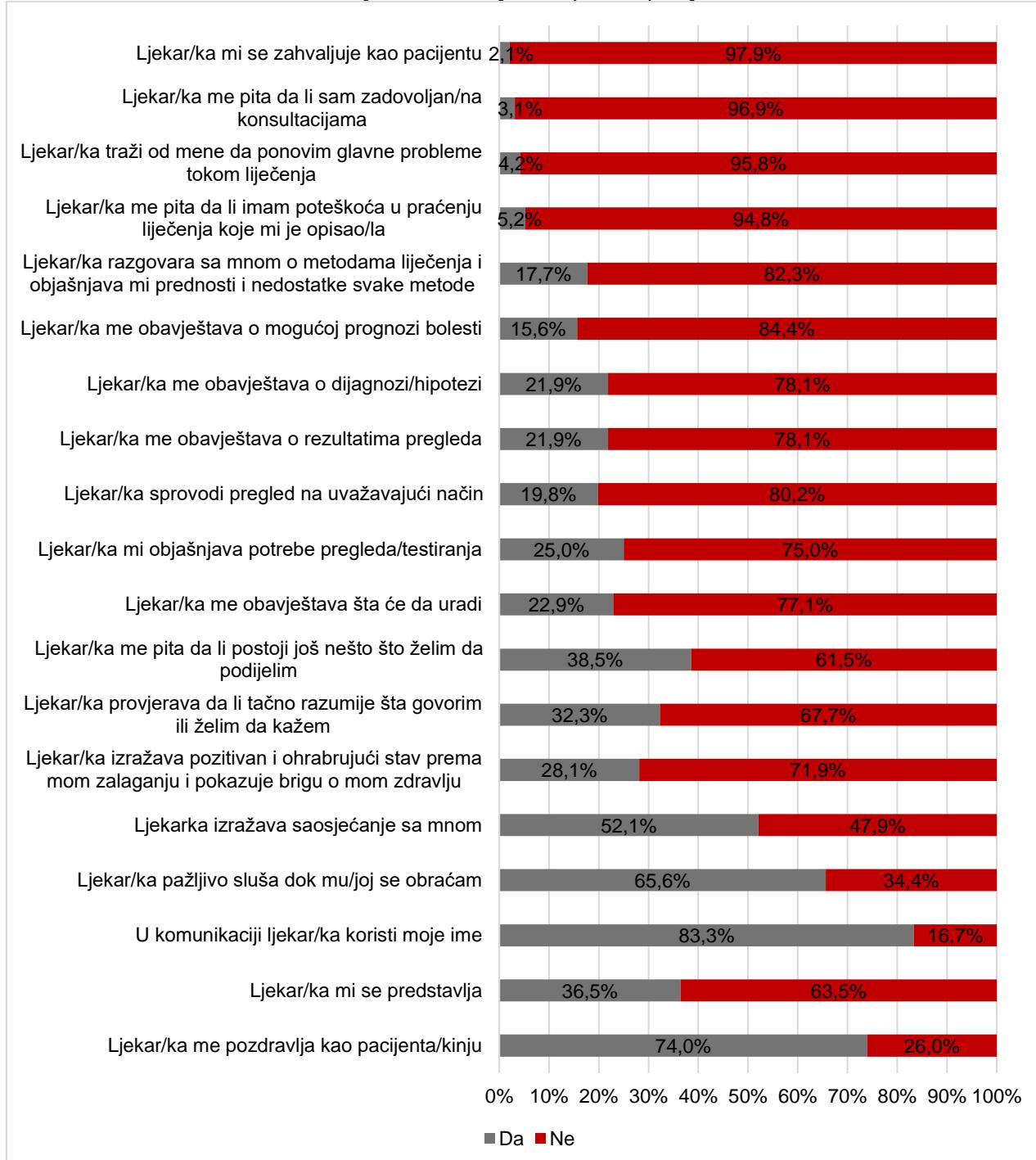
Međusobno nepovjerenje

Rezultati studije nedvosmisleno sugerisu da međusobno povjerenje i odnos između ljekara i pacijenta u crnogorskoj medicinskoj praksi ne predstavlja nikakav faktor u planu liječenja. Ljudska veza ne djeluje kao centralna u crnogorskoj medicinskoj praksi, a međuljudska komunikacija, saradnja i prilagodljivost izgleda da nijesu ključne vještine za medicinskog stručnjaka. Moralna načela koja se tiču principa ljudske i ljekarske dužnosti očigledno su zanemarena. Kodeks medicinske etike i deontologije očigledno nije podvrgnut nadzoru. Zakon o pravima pacijenata takođe ne djeluje da predstavlja obavezu za zdravstvene radnike i ljekare. Medicinsko usavršavanje je uzbudljivo limitirano i stvara diskriminatorna ponašanja i seksističke predrasude u praksi. Međutim, zdravstveni sistem nacije previše košta. Plaćanjem poreza finansiraju ga i pripadnici LGBTI zajednice, a izgleda da im služi premalo. Štaviše, naslućuju se ogromni rizici da LGBTI osobe ostanu i bez osnovne medicinske njegе, da bi izbjegli trpljenje homonegativnog okruženja.

Loše ili savršeno loše

Razlikovanje suštine u moralnim prednostima koje vide ljekari, s jedne strane, i kritike građana u smislu očekivanja da bi moralo biti (poštovanje zakona), s druge, definije stvarne moralne vrijednosti u zdravstvenom sistemu, ali i svršishodnost usvojenih zakona. Rezultati studije sugerisu da je moralna konstanta očekivanog iskustva, naspram stvarnih definicija i standarda (medicinske etike i medicinske deontologije) gotovo potpuno izgubljena. Iskustvo LGBTI zajednice u pristupu zdravstvenim uslugama jedino se može mjeriti između „lošeg“ i „savršeno lošeg“. To bi bio filozofski narativ opisa stvarnih problema sa kojima se zajednica susreće u pristupu crnogorskom zdravstvenom sektoru.

Ilustracija 7: Odnos ljekara prema pacijentima



Tužne posljedice

Gotovo apsolutna većina uzorka **96,9%** (93 od 96 anketiranih) izjasnili su se da se ljekar ne interesuje njihovim zadovoljstvom povodom pruženih konsultacija; **95,8%** (92 od 96 anketiranih) izjasnilo se da ljekar ne komunicira na način da traži od njih da ponove glavne probleme tokom liječenja; **94,8%** (91 od 96 anketiranih) izjavilo je da ih ljekar ne pita da li imaju poteškoća u liječenju koje im je opisao; a **97,9%** (94 od 96 anketiranih) izjavilo je da im se ljekar ne zahvaljuje kao pacijentu (Ilustracija 7).

Ilustracija 8: Izvodi iz kodeksa medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore koje LGBTI zajednica dominantno ne prepoznae u praksi

Član 4	<ul style="list-style-type: none"> • Obaveza ljekara je da svoju profesionalnu aktivnost obavlja savjesno, po pravilima medicinske struke i sa potrebnom pažnjom, u skladu sa načelima medicinske etike i deontologije i načelima čovečnosti.
Član 6	<ul style="list-style-type: none"> • Ljekar je dužan da poštuje prava, slobode, autonomiju i ljudsko dostojanstvo svakog pacijenta, kao i da se u svom radu vodi principima dobroćinstva, nanošenja najmanje štete i principima pravičnosti.
Član 9	<ul style="list-style-type: none"> • Odlike ljekara moraju da se zasnivaju isključivo na postupcima koji bolesniku olakšavaju trpljenje i ostvaruju zdravlje, poštujući pri tom prava, slobode, autonomiju i dostojanstvo svakog pacijenta. Profesionalni odnos ljekara prema pacijentu ne smije biti uslovjen bilo kojim neetičkim razlogom.
Član 10	<ul style="list-style-type: none"> • Ljekar je prilikom prijema pacijenta u zdravstvenu ustanovu dužan da se pobrine da pacijent bude obaviješten o postupcima, medicinskim i tehničkim mogućnostima za njegovo liječenje.
Član 12	<ul style="list-style-type: none"> • Ljekar sprovodi dijagnostiku i medicinski tretman nad pacijentom, u načelu, samo uz njegov pristanak, koji može biti dat u pisanoj formi ili usmeno. (...) Pacijent treba da bude uključen u proces donošenja odluka (...).
Član 14	<ul style="list-style-type: none"> • Međusobni odnosi ljekar - pacijent moraju da se zasnivaju na uzajamnom povjerenju i odgovornosti, tako da pacijent aktivno učestvuje u svom liječenju. Dužnost ljekara je da pacijenta obavijesti o njegovim pravima i obvezama, kao i da se zalaže za poštovanje prava svih pacijenata.
Član 16	<ul style="list-style-type: none"> • Pravo pacijenta je da sazna istinu od ljekara o svom zdravstvenom stanju, da dobije adekvatne i pravovremene informacije o predviđenom ispitivanju, liječenju i očekivanim rezultatima medicinskog tretmana.
Član 18	<ul style="list-style-type: none"> • Ako potrebe liječenja pacijenta prevazilaze mogućnosti, znanja i vještine ljekara, on će se postarati da ga uputi na liječenje drugom ljekaru, odnosno zdravstvenoj ustanovi, koja takve uslove može ostvariti.
Član 23	<ul style="list-style-type: none"> • Ljekar treba da utiče na razvoj zdravstvenog vaspitanja i zdravstvene kulture stanovništva, djelujući na svom radnom mjestu i u javnom životu. Ljekar učestvuje u planiranju i sprovođenju mjera za poboljšanje zdravlja, prevenciju bolesti, kao i u suzbijanju zaostalosti, praznovjerja i nadriljekarstva.
Član 24	<ul style="list-style-type: none"> • Obaveza ljekara je da se kontinuirano stručno usavršava, primjenjuje dijagnostičke i terapijske procedure savremene medicine. Moralna i profesionalna dužnost ljekara je da održava nivo znanja i vještina neophodan za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite.
Član 33	<ul style="list-style-type: none"> • Sve što je ljekar saznao o pacijentu obavljajući svoj posao smatra se profesionalnom ljekarskom tajnom. Podaci o pacijentu mogu biti saopšteni samo na način na koji je anonimnost pacijenta obezbijeđena
Član 60	<ul style="list-style-type: none"> • Odredbe Etičkog kodeksa obavezujuće su za sve članove Komore. Za povrede odredbi Etičkog kodeksa predviđena je disciplinska odgovornost. Član Komore koji povrijedi Etički kodeks vrši povredu profesionalne dužnosti ili ugleda člana Komore zbog koje podliježe utvrđivanju disciplinske odgovornosti u skladu sa zakonom i aktima Komore.

Etika u praksi

Prema nalazima studije možda bi se moglo reći da se praktična primjena vještina u crnogorskoj medicinskoj profesiji svodi na pozdravljanje pacijenta (74% ispitanika se izjasnilo afirmativno), slušanje dok se pacijent obraća ljekaru (65,5% ispitanika se izjasnilo afirmativno) i izgovaranju pacijentovog imena (83,3% ispitanika se izjasnilo afirmativno). Međutim, čini se da bi i takav ugao gledanja izgledao previše ambiciozan. Velika većina uzorka, **63,5%** (61 od 96 anketiranih) izjavilo je da im se ljekar uopšte ne predstavlja, dok je približno polovina ispitanika, **47,9%** (46 od 96 anketiranih) saopštilo da ljekar ne izražava saosjećanje prema njima kao pacijentima (Ilustracija 7).

Medicinski paternalizam

Međutim, jedno je jasno. Rezultati studije nedvosmisleno sugerisu da savremeni medicinski koncept o zajedničkom donošenju odluka ne postoji u praksi. Naprotiv, medicinski paternalizam koji podržavaju utilitarne etičke teorije glavna je odlika pokazanog pristupa u studiji. Ovakvi pristupi nijesu usklađeni sa aktuelnim stavovima humaniziranog i demokratizovanog društva našeg doba i civilizacije, i potpuno su suprostavljeni narativima zdravstvenih i nacionalnih vlasti. Nalazi studije jasno sugerisu da autonomne etičke teorije savremene medicinske etike nemaju uporište u crnogorskoj medicinskoj praksi.

Umjesto zaključka

Zaboravljena misija

Rezultati jasno upućuju na neusklađenosti u zdravstvenom sektoru u odnosu na potrebe ključnih javnih zdravstvenih usluga koje ne uvažavaju stvarne probleme. Rezultati sugeriju katastrofalno loše stanje u zdravstvenom sistemu i odsustvo međusektorskog pristupa. Stoga se prepostavlja da su modeli planiranja i upravljanja zdravstvenim sistemom proizvoljni, a sistem kao takav neintegrisan. Misija javnog zdravlja za LGBTI zajednicu je potpuno izgubljena.

Fundamentalna tenzija

Ova situacija ilustruje fundamentalnu tenziju između naglaska crnogorskog društva na vrijednostima i evropskim integracijama s jedne, i neodgovornosti profesije za dobrobit zajednice s druge strane. Time se negira mandat crnogorskog Ustava koji garantuje socijalnu pravdu (član 1), zabranu diskriminacije (član 8), potvrđene i objavljene međunarodne ugovore i vrijednosti (član 9), jednakost pred zakonom (član 17), dostojanstvo ličnosti (član 27), privatnost i zaštitu podataka o ličnosti (članovi 40 i 43) i zdravstvenu zaštitu (član 69). Drugim riječima, rezultati studije sugeriju da aktuelna crnogorska medicinska profesija ozbiljno narušava opšte blagostanje. Zdravstvene vlasti ne preuzimaju odgovornost i ne vide izazove sa kojima se suočava crnogorski zdravstveni sektor. Rezultati studije upućuju da postoji ozbiljan raskol u sistemu između medicine, javnog zdravlja i opšteg blagostanja. Sve to na teretu džepa građana, dok su faktori rizika o poštovanju dostojanstva i ljudskih prava ljudi ogromni.

Suština javnog zdravlja

Prema nalazima Instituta za medicinu Sjedinjenih Američkih Država (IOM), suština javnog zdravlja predstavlja organizovane napore zajednice na sprječavanju bolesti i unaprjeđenju zdravlja, dok misija javnog zdravlja podrazumijeva zadovoljavanje interesa društva za stvaranjem uslova u kojima ljudi mogu da budu zdravi (Levin & Hanson 2020: 1). S tim u vezi, američki profesori, Bruce Lubotsky Levin i Ardis Hanson, definišu tri suštinske funkcije javnog zdravlja, i to: (1) procjenu, (2) razvoj politike i (3) osiguranje kvaliteta (Levin & Hanson 2020: 2). Ove funkcije prati deset ključnih javnih zdravstvenih usluga Službe za javno zdravlje SAD-a, i to (Levin & Hanson 2020:2; cf. Kojičić, 2021a):

- ◆ Pratiti zdravstveno stanje kako biste identifikovali zdravstvene probleme zajednice.
- ◆ Dijagnostikovati i istražiti identifikovane zdravstvene probleme i zdravstvene opasnosti u zajednici.
- ◆ Informisati, obrazovati i osnažiti ljudi o zdravstvenim pitanjima.
- ◆ Mobilisati partnerstva u zajednici radi identifikacije i rješavanja zdravstvenih problema.
- ◆ Razviti politike i planove koji podržavaju napore u oblasti zdravlja pojedinaca i zajednice.
- ◆ Sprovoditi zakone i propise koji štite zdravlje i garantuju bezbjednost.
- ◆ Povezati ljudi sa potrebnim ličnim zdravstvenim uslugama i osigurati pružanje zdravstvene zaštite.
- ◆ Obezbijediti kompetentnu radnu snagu za javno zdravlje i ličnu zdravstvenu zaštitu.
- ◆ Procijeniti efikasnost, pristupačnost i kvalitet lične zdravstvene zaštite i zdravstvene zaštite stanovništva.
- ◆ Istraživati za nova saznanja i inovativna rješenja za zdravstvene probleme.

Suština zdravlja u Crnoj Gori

Kada primijenimo nalaze IOM-a na položaj crnogorske LGBTI zajednice u pristupu zdravstvenim uslugama, onda je lako zaključiti da zdravlje i pristup zdravstvenim uslugama ne predstavljaju napore zdravstvenih vlasti da spriječe bolesti i unaprijede zdravlje. Ne zadovoljavaju se i ne stvaraju uslovi da LGBTI osobe budu zdrave, te je misija javnog zdravlja izgubljena...

- ◆ Ne priznaje se i ne prati zdravstveno stanje LGBTI zajednice;

- ◆ Ne priznaje se manjinski stres, ne definišu socijalne determinante i ne prikupljaju relevantni podaci;
- ◆ Ne identifikuju se zdravstvene nejednakosti i problemi i opasnosti po zajednicu;
- ◆ Ne informiše se, ne obrazuje i ne osnažuje zajednica o posljedicama manjinskog stresa;
- ◆ Ne mobilije se zajednica i ne stvaraju partnerstva da se radi na rješavanju stvarnih problema i smanjivanju posljedica;
- ◆ Ne razvijaju se politike i planovi koji podržavaju stvarne probleme i zahtjeve;
- ◆ Ne sprovode se zakoni i propisi koji štite zdravlje i garantuju bezbjednost zajednice, uključujući (nepostojeće) protokole za postupanje;
- ◆ Ne povezuje se zajednica sa potrebnim zdravstvenim uslugama i ne obezbjeđuje odgovarajući kvalitet kompetentne radne snage i zdravstvene zaštite;
- ◆ Ne istražuje se i ne uspostavljaju inovativna rješenja za zdravstvene probleme zajednice.

Literatura

- Banerjee, S. C., Walters, C. B., Staley, J. M., Alexander, K., & Parker, P. A. (2018). Knowledge, Beliefs, and Communication Behavior of Oncology Health-care Providers (HCPs) regarding Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Patient Health care. *Journal of health communication*, 23(4), 329–339.
- Béland, D., Howlett, M., & Mukherjee, I. (2018) Instrument constituencies and public policy-making: an introduction, *Policy and Society*, 37(1), 1-13.
- Bešić, M. (2020). *Obrasci i stepen diskriminacije u Crnoj Gori 2020*. Podgorica: Centar za demokratiju i ljudska prava – CEDEM.
- Black, K., Guest, D., Bagnol, B., Braaten, Y., & Laven, A. (2019). Gender, health and smallholder farming. In Walton M. (Ed.), *One Planet, One Health*, Australia: Sydney University Press, 105–126.
- Blosnich, J.R., Hanmer, J., Yu, L., Matthews, D.D., & Kavalieratos, D. (2016). Health care use, health behaviors, and medical conditions among individuals in same-sex and opposite-sex partnerships: A cross-sectional observational analysis of the medical expenditures panel survey (meps), 2003–2011. *Medical care*, 54(6), 547–554.
- Case, P., Austin, S. B., Hunter, D. J., Manson, J. E., Malspeis, S., Willett, W. C., & Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of women's health* (2002), 13(9), 1033–1047.
- Cheng, L. F., & Yang, H. C. (2015). Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Medical education*, 49(3), 321-331.
- Coggon, J., Syrett, K. and Viens, A.M. (2017). *Public Health Law: Ethics, Governance, and Regulation*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *American journal of public health*, 97(11), 2048–2055.
- Dodge, B., Friedman, M. R., & Schick, V. (2016). Bisexuality, Male. In Abbie E. Goldberg (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies* (pp. 135-140). SAGE Publications.
- Feinstein, B. A. (2016). Anxiety. In Abbie E. Goldberg (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies* (pp. 87-91). SAGE Publications.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shui, C., & Bryan, A. E. B. (2017). Chronic Health Conditions and Key Health Indicators Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older US Adults, 2013-2014. *American journal of public health*, 107(8), 1332–1338.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., & Barkan, S. E. (2012). Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: disparities in prevalence and risk. *American journal of public health*, 102(1), e16–e21.
- Frost, D.M., Lehavot, K., Meyer, I.H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 1–8.
- Gostin L. O., Monahan J. T., Kaldor J., DeBartolo M., Friedman E. A., Gottschalk K., Kim S. C., Alwan A., Binagwaho A., Burci G. L., Cabal L., DeLand,K., Evans T. G., Goosby E., Hossain S., Koh H., Ooms G., Roses Periago M., Uprimny R., & Yamin A. E. (2019). The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *Lancet (London, England)*, 393(10183), 1857–1910.
- Herek, G. M. (2010). Intimate relationships and parenthood in same-sex couples: An introduction [*Intime Beziehungen und Elternschaft bei gleichgeschlechtlichen Paaren. Eine Einführung*]. *Zeitschrift für Familienforschung/Journal of Family Research*, 22 (Special Issue 7), 11-21.
- Herek, G.M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Jalali, S., & Sauer, L. M. (2015). Improving care for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 66(4), 417-423.
- Kamen, C., Palesh, O., Gerry, A. A., Andrykowski, M. A., Heckler, C., Mohile, S., Morrow, G. R., Bowen, D., & Mustian, K. (2014). Disparities in Health Risk Behavior and Psychological Distress Among Gay Versus Heterosexual Male Cancer Survivors. *LGBT health*, 1(2), 86–92.
- Kojičić, J. (2024). *Odbrana pravde: Zdravstveni, socijalni i ekološki faktori*. Logo Vox, Podgorica: Crna Gora
- Kojičić, J. (2023a). Istraživanje profesora Jovana Kojičića: Zdravstveni sistem zarobljen, korupcija normalna pojava. *Nezavisni list Vijesti*, 30. avgust 2023, 10-11.
- Kojičić, J. (2023b). *Iluzioni sistem: Ljudska prava i mentalno zdravlje*. LGBT Forum Progres, Podgorica: Crna Gora.

- Kojičić, J. (2022). *Teatar pravde: Istina iza stvarnosti*. LGBT Forum Progres, Podgorica: Crna Gora.
- Kojičić, J. (2021a). *Igra moći i morala: Zdravstvena politika i disfunkcije u zajednici*. Sindikat doktora medicine Crne Gore Fakultet za državne i evropske studije. Podgorica: FDES.
- Kojičić, J. (2021b). *Zdravlje, ali (Ne) za sve: Zdravstvena politika 2003-2021*. Fakultet za državne i evropske studije i Sindikat doktora medicine Crne Gore. Podgorica, FDES: Crna Gora.
- Kojičić, J., & Barac, J. (2023). Društvena sila: Istraživanje kulturnog heteroseksizma i individualnih seksualnih predrasuda. LGBT Socijalni Centar, Podgorica: Crna Gora.
- Kojičić J., i Krstić I. (2020). Strategija za prevenciju i zaštitu od diskriminacije 2020-2025: Smernice za mere i aktivnosti. Dosije Studio, Beograd.
- Layland, E. K., Maggs, J. L., Kipke, M. D., & Bray, B. C. (2022). Intersecting racism and homonegativism among sexual minority men of color: Latent class analysis of multidimensional stigma with subgroup differences in health and sociostructural burdens. *Social science & medicine* (1982), 293, 114602.
- Levin, B.L. and Hanson A. (2020). Population-Based Behavioral Health. In Levin, B.L. and A. Hanson (eds). *Foundations of Behavioral Health*. Springer Nature Switzerland AG, 1-15.
- Malhotra C., & Do Y. K. (2017). Public health expenditure and health system responsiveness for low-income individuals: results from 63 countries. *Health policy and planning*, 32(3), 314–319.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644–653.
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., 2nd, Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 5(1), 1–12.
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). Oxford University Press.
- Pachankis, J. E., & Lick, D. J. (2018). Sexual minority stigma and health. In B. Major, J. F. Dovidio, & B. G. Link (Eds.), *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health* (pp. 477–497). Oxford University Press.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 367–385.
- Porche, D.J. (2019). *Health Policy: Application for Nurses and Other Healthcare Professionals*. Second Edition. Jones & Bartlett Learning.
- Ray, T. N., & Parkhill, M. R. (2021). Heteronormativity, Disgust Sensitivity, and Hostile Attitudes toward Gay Men: Potential Mechanisms to Maintain Social Hierarchies. *Sex roles*, 84(1-2), 49–60.
- Rice, C. E., Fish, J. N., Russell, S. T., & Lanza, S. T. (2021). Sexual Minority-related Discrimination across the Life Course: Findings from a National Sample of Adults in the United States. *Journal of homosexuality*, 68(2), 252–268.
- Rifkin S. B. (2018). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ global health*, 3(Suppl 3), e001188.
- Ross, M. H., & Setchell, J. (2019). People who identify as LGBTIQ+ can experience assumptions, discomfort, some discrimination, and a lack of knowledge while attending physiotherapy: a survey. *Journal of physiotherapy*, 65(2), 99–105.
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21624.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4.
- World Health Organization (1997). *Health for All in the 21st Century*. Policy draft for review by WHO's Regional Committees. Geneva, World Health Organization, 1-35.

Zakoni

Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list CG", br. 3/2016, 39/2016, 2/2017, 44/2018, 24/2019 - dr. zakoni, 82/2020 i 8/2021).

Zakon o pravima pacijenata ("Sl. list CG", br. 40/2010 i 40/2011 - dr. zakon).

Nacionalni dokumenti

Ministarstvo zdravlja (2023). Strategija razvoja zdravstva za period od 2023-2027 sa Akcionim planom za period 2023-2024. godinu. Vlada Crne Gore, Podgorica. Dostupno na, <https://www.gov.me/clanak/strategija-razvoja-zdravstva-za-period-od-2023-2027>

Ministarstvo ljudskih i manjinskih prava (2022). Strategija za zaštitu lica sa invaliditetom od diskriminacije i promociju jednakosti za period 2022-2027 sa Akcionim planom za sprovođenje strategije za 2022-2023. godinu. Vlada Crne Gore, Podgorica. Dostupno na,

<https://www.gov.me/dokumenta/e9659c4e-e7f6-41f2-ab98-0fd115b80601>

Ministarstvo održivog razvoja i turizma (2016). Nacionalna strategija održivog razvoja do 2030. godine (NSOR). Vlada Crne Gore, Podgorica. Dostupno na,
<https://www.gov.me/dokumenta/67dc487e-097d-41d2-8fd5-7827a19a1f5a>

Web stranice i dokumenti

Centar za monitoring i istraživanje CeMI (2017). Sistem zdravstvene zaštite i prava pacijenata u Crnoj Gori – Osvajanje povjerenja građana. CeMI: Podgorica, 11. Jul. 2017. Dostupno na,
<https://cem.org.me/storage/uploads/0RQr7B2SnBNLW1v626EF9QVup6pgCpYV14ChXU4S.pdf>

Ljekarska komora Crne Gore (2019). Kodeks medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore. Podgorica, mart 2019. godine. Dostupno na,
https://lekarskakomora.me/dokument/kodeks_medicinske_etike_i_deontologije.pdf

Sindikat doktora medicine Crne Gore – SDMCG (2018). FOS intervju nakon istraživanja koje je uzdrmalo zdravstvo: „Politička i sistemska korupcija najpogubnija po društvo“. Podgorica, 23. oktobar 2018. Dostupno na,
<https://www.sindikatdoktora.me/fos-intervju-nakon-istrazivanja-koje-je-uzdrmalo-zdravstvo-politicka-i-sistemska-korupcija-najpogubnija-po-drustvo/>

State Department (2023). Montenegro: 2023 Country Reports on Human Rights Practices.
<https://www.state.gov/reports/2023-country-reports-on-human-rights-practices/montenegro/>

World Health Organization (2024a). Health equity – Overview. Health topics. Dostupno na,
https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1

World Health Organization (2024b). Health equity – Data and evidence. Health topics. Dostupno na,
https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_2

World Health Organization (2018). Health inequities and their causes. Facts in pictures, 22 February 2018. Dostupno na,
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

Ilustracije

Ilustracija 1: U Vašoj komunikaciji sa izabranim ljekarima i zdravstvenim osobljem, da li ste se suočili sa diskriminacijom na osnovu vašeg rodnog identiteta ili seksualne orientacije?.....	6
Ilustracija 2: Da li se susrećete sa seksističkim diskursima i predrasudama po osnovu rodnog identiteta ili seksualne orientacije dok primete zdravstvene usluge?	7
Ilustracija 3: Da li mislite da su zdravstvene usluge koje dobijate istog kvaliteta i prirode kao i one koje dobijaju heteroseksualne osobe?.....	8
Ilustracija 4: Da li ste saopštili svoj rojni identitet ili seksualnu orientaciju izabranom ljekaru, tj. da li ste autovani?	11
Ilustracija 5: Da li brinete da će se suočiti sa diskriminacijom zbog svog rodnog identiteta ili seksualne orientacije kada se prijavite u zdravstvenu ustanovu, ako bi zdravstveni radnici i izabrani ljekari saznali za iste?.....	12
Ilustracija 6: U kojoj mjeri se slažete sa sljedećim izjavama u vezi znanja i prakse Vašeg izabranog ljekara u odnosu na rojni identitet ili seksualnu orientaciju	14
Ilustracija 7: Odnos ljekara prema pacijentima	17
Ilustracija 8: Izvodi iz kodeksa medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore koje LGBTI zajednica dominantno ne prepoznaće u praksi	18

