

Romana Bešter, Mojca Medvešek, Janez Pirc

Položaj priseljencev na področju zdravja in zdravstvenega varstva v Sloveniji¹

Izvleček

Avtorji v prispevku obravnavajo položaj priseljencev v Sloveniji na področju zdravja in zdravstvenega varstva. Osredotočajo se predvsem na možnosti priseljencev glede dostopa do zdravstvenega varstva in enake obravnave v njem. Pri tem obravnavajo štiri vidike: pravico do zdravja in zdravstvenega varstva, dostop do zdravstvenega zavarovanja, informiranost priseljencev o njihovih pravicah in možnostih dostopa do zdravstvenega varstva ter jezikovne ovire. Ugotavljajo, ali se priseljenci pri dostopu do zdravstvenih storitev v Sloveniji soočajo z neenako obravnavo in ali je slovenska država sprejela kakšne ukrepe za odpravo ovir, zaradi katerih (lahko) prihaja do neenake obravnave. Na podlagi analizirane zakonodaje in političnih dokumentov ter podatkov različnih raziskav avtorji ugotavljajo, da je bil v Sloveniji v zadnjih letih zdravstveni vidik zaznan kot eden od pomembnih elementov integracije, zaznane so bile tudi težave in ovire, s katerimi se srečujejo priseljenci pri dostopu do zdravstvene oskrbe, primanjkuje pa konkretnih sistemskih ukrepov, ki bi v praksi pripomogli k odpravljanju ovir ter zagotavljanju enakih možnosti in enake obravnave priseljencev v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Ključne besede: priseljenci, zdravje, zdravstveno varstvo, integracija priseljencev, integracijska politika, Slovenija.

1 Prispevek je rezultat projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji* (J5-9351), ki ga je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

1 Uvod

Številne raziskave v svetu ugotavljajo, da obstajajo neenakosti med priseljenci in večinskim prebivalstvom na področju zdravja in zdravstvenega varstva, da so priseljenci izpostavljeni večjim tveganjem za zdravje in imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev. Namen tega prispevka je podati pregled položaja priseljencev na področju zdravja in zdravstvenega varstva v Sloveniji ter ugotoviti, ali tudi pri nas na tem področju obstajajo razlike med priseljenci in večinskim prebivalstvom.

Veliko je dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje priseljencev – od življenjskih navad, genetskih predispozicij, socialno-ekonomskega položaja, okolja, v katerem živijo, do delovnih pogojev, možnosti dostopa do zdravstvenih storitev itd. Nekatero raziskavo (Swerdlow 1991; Williams 1993; Razum in Twardella 2002; Lipson et al. 2003, 855; Cho et al. 2004; Abraido - Lanza et al. 2005; Lassetter in Callister 2009, 93) ugotavljajo, da so priseljenci v začetnem obdobju priselitve pogosto enako ali celo bolj zdravi kot večinsko prebivalstvo. Ta pojav se v literaturi označuje kot »učinek zdravega migranta«. Povezuje se z različnimi zdravstvenimi in družbenimi dejavniki, od procesov samoselekcije bolj zdravih priseljencev (za prostovoljno migracijo se odločajo praviloma mladi in zdravi posamezniki) do družbenogeografskih dejavnikov v državi izvora (priseljenci pogosto izvirajo iz delov sveta, kjer način življenja ne povzroča toliko kroničnih bolezni, ki so značilne za tako imenovani razviti svet) in ponekod tudi zdravstvenih zahtev migracijskih politik, ko države zavračajo priseljevanje bolnih priseljencev (Gushulak 2007, 1440). Raziskave zaznavajo relativno boljše zdravstveno stanje priseljencev ob prihodu v novo državo, in to tako na področju kroničnih bolezni in stanj kot tudi na področju rabe zdravstvenih storitev (npr. manj obiskov pri zdravnikih) (Baron - Epel in Kaplan 2001; Lipson et al. 2003, 855). Priseljenci naj bi v primerjavi z domačini tudi redkeje koristili bolniški dopust (Lipson et al. 2003, 855). Boljše zdravstveno stanje priseljencev se kaže skozi raziskave stopenj umrljivosti, pričakovane življenjske dobe, rojstev in tveganj obolevnosti (Lassetter in Callister 2009, 93). Poleg tega v raziskavah percepcij o lastnem zdravju novi priseljenci v primerjavi z ostalim prebivalstvom bolje (samo)ocenjujejo svoje zdravje (Gushulak 2007, 1439). Vendar pa številni raziskovalci opozarjajo na previdnost pri interpretaciji rezultatov, ki na prvi pogled kažejo pozitivno sliko glede zdravja (novih) priseljencev. Kazalniki, ki se uporabljajo za ocenjevanje zdravstvenega stanja priseljencev, marsikdaj ne odražajo realnega stanja. Razpoložljivi podatki o obolevnosti in umrljivosti, na primer, pogosto temeljijo na nenatančnih ocenah priseljske populacije, saj ne vključujejo priseljencev, ki so se vrnili nazaj v svoje izvirne države (Renzaho et al. 2016, 4; Weber et al. v Razum et al. 2002, 298). Prav tako v vzorec priseljencev običajno niso zajeti begunci in prosilci za mednarodno zaščito. Podatki o pogostosti obiskov

pri zdravniku ne razkrivajo, da mnogi priseljenci zaradi različnih razlogov (strah, nepoznavanje zdravstvenega sistema, neurejeno zdravstveno zavarovanje, nezmožnost plačila zdravstvenih storitev ipd.) ne obiščejo zdravnika vedno, ko bi ga potrebovali; priseljenci tudi pogosto ne morejo ali si ne upajo vzeti bolniškega dopusta (zaradi strahu pred izgubo službe, ker jim delodajalec ne dovoli ipd.), čeprav bi ga potrebovali (Woolfson 2007; Lipovec Čebren 2010). Poleg tega je treba upoštevati, da priseljenci niso homogena skupina in da pogosto obstajajo razlike v zdravstvenem stanju tudi med priseljenjskimi populacijami (Renzaho et al. 2016, 4) in znotraj njih (npr. po spolu, starosti, socialno-ekonomskem statusu (Ioannidi - Kapolou 2007)).

Ne glede na pozitivne ocene zdravstvenega stanja priseljencev v obdobju kmalu po priselitvi pa študije, ki proučujejo zdravstveno stanje priseljencev nekaj ali več let po priselitvi, ugotavljajo, da se le-to po določenem času prebivanja v novi državi poslabša in je pogosto slabše od zdravstvenega stanja večinskega prebivalstva (npr. Williams 1993, Renhazo et al. 2016). Razloge, zakaj se učinek zdravega migranta po določenem času prebivanja v novi državi porazgubi, raziskovalci povezujejo s kombinacijo vedenjskih in okoljskih sprememb (Gushulak 2007, 1440) ter izpostavljenostjo različnim stresnim življenjskim okoliščinam in dejavnikom tveganja, kot so revščina, diskriminacija, slabe bivanjske razmere, težki delovni pogoji, socialna izključenost, jezikovne ovire itd. (Acevedo - Garcia et al. 2010; Rechel et al. 2013), ki povečujejo zdravstveno ranljivost priseljencev in negativno vplivajo na njihovo zdravje. Nekatere raziskave (Mazur et al. 2003) ugotavljajo, da je proces integracije priseljencev v novem okolju povezan z negativnimi spremembami prehranskih navad, stopnje aktivnosti in rabe zdravstvenih storitev, kar vse pomeni večje tveganje za zdravje priseljencev. Razpoložljivi podatki kažejo, da priseljence nesorazmerno prizadenejo nenalezljive in nalezljive bolezni (Renhazo et al. 2016, 4). Priseljenci, zlasti priseljeni delavci, se v primerjavi z domačimi delavci pogosteje soočajo z duševnimi motnjami, kot sta anksioznost in depresija (Banal et al. 2010), pogostejše so tudi poškodbe pri delu (Sterud et al. 2018). Nekatere raziskave poročajo tudi o slabših samoocenah zdravja med priseljenci (Sterud et al. 2018), vendar je po podatkih OECD (OECD/EU 2018, 112–113) situacija glede tega med državami zelo različna.

Kakšno pa je stanje na področju zdravja in zdravstvenega varstva priseljencev v Sloveniji? MIPEX² je v letu 2014 Slovenijo na področju zdravja oziroma integracije priseljencev na področju zdravja uvrstil na sedemintrideseto, to je predzadnje mesto med vsemi proučevanimi državami (MIPEX 2014a). V pojasnilu k tej oceni je zapisano, da Slovenija ne naredi skoraj ničesar za vključevanje in usmerjanje priseljencev v zdravstvenem sistemu ali za reševanje katerihkoli posebnih zdravstvenih potreb priseljencev. Slovenija nima

2 Indeks, ki meri integracijske politike v osemintridesetih državah.

posebne zdravstvene politike, ki bi bila izrecno usmerjena na (nove) priseljence, niti področje zdravja oziroma zdravstva ni prioriteta v integracijski politiki (MIPEX 2014b). Namen tega prispevka je preveriti, ali se je v šestih letih od te ocene v Sloveniji na področju zdravstvene in integracijske politike kaj spremenilo. Ugotavljali bomo tudi, ali na podlagi obstoječih podatkov lahko govorimo o obstoju neenakosti med priseljenci in večinskim prebivalstvom, zlasti na področju dostopa do zdravstvenega varstva. Predvsem nas bo zanimalo, ali se priseljenci pri dostopu do zdravstvenih storitev soočajo z diskriminacijo in ali je slovenska država sprejela kakšne ukrepe, s katerimi bi odpravila ovire, zaradi katerih (lahko) prihaja do neenake obravnave priseljencev v slovenskem zdravstvenem sistemu. Diskriminacija je v Sloveniji zakonsko prepovedana, zato bi morala tudi integracijska politika težiti k temu, da se odpravijo vse neenakosti, ki nastajajo zaradi diskriminacije. V nadaljevanju prispevka bomo predstavili, kaj pomeni diskriminacija za priseljence na področju zdravstva oziroma kakšne učinke lahko ima na njihovo zdravje. Preverili bomo tudi, ali raziskave v Sloveniji zaznavajo pojave diskriminacije priseljencev na področju zdravstva. Osredotočili se bomo na prikaz položaja priseljencev na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji s poudarkom na možnostih dostopa do zdravstvenih storitev in enake obravnave ter predstavili podatke oziroma primerjave glede zdravstvenega stanja priseljencev in ostalih prebivalcev Slovenije. Empirične podatke bomo črpali zlasti iz raziskave, ki smo jo na Inštitutu za narodnostna vprašanja izvedli v okviru projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*, uporabili pa bomo tudi podatke Statističnega urada Republike Slovenije in Eurostata. Pri proučevanju določenih vidikov položaja priseljencev na področju zdravstva se bomo opirali še na nekatere druge raziskave, ki so bile izvedene v Sloveniji v preteklih letih.

2 Diskriminacija

Diskriminacija je neenako obravnavanje, ki nima upravičenega razloga: ljudje so obravnavani slabše od drugih le zaradi določene osebne okoliščine (npr. spol, starost, rasa, etnično poreklo, invalidnost, spolna usmerjenost, versko prepričanje itd.). Sporno ravnanje jih ovira ali prikrajšuje za različne pravice in vsakodnevne priložnosti. Ima lahko tako naravo dejanj (odločitev ipd.) kot opustitev (neukrepanje, spregleda se nekoga glede ugodnosti itd.) (*Zagovornik načela enakosti 2020*).

Raziskave kažejo, da obstaja neposredna povezava med doživljanjem diskriminacije in negativnimi zdravstvenimi rezultati (Pascoe in Smart Richman 2009). Diskriminacija ima negativne učinke tako na duševno kot fizično zdravje, poleg tega pa posamezniki, ki doživljajo diskriminacijo, pogosteje prevzemajo nezdrave življenjske navade in ne prakticirajo zdravega življenjskega sloga (Pascoe in Smart Richman 2009). Diskriminacija se lahko dogaja na različnih področjih življenja (zaposlitev, izobraževanje, stanovanjsko področje, socialno varstvo itd.), le-ta pa se med sabo prepletajo in skupaj učinkujejo na zdravstveno stanje posameznika. V tem poglavju se bomo osredotočili na diskriminacijo na področju zdravstva.

Kot opozarja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2010, 7), je diskriminacija lahko individualna ali institucionalna. Individualna diskriminacija je običajno »aktivna« ali »zavestna«. Gre za to, da oseba nepravilno obravnava drugo osebo zaradi določene njene osebne okoliščine. Institucionalna diskriminacija pa je pogosto »pasivna« ali »posredna«; ne gre za rezultat načrtnega delovanja posameznikov, temveč je diskriminacija vgrajena v samo strukturo institucij, ki zaradi tega, ker so bile v osnovi oblikovane za eno skupino, drugim skupinam ne omogočajo enakopravne obravnave. Na primer, ko predhodno homogena družba zaradi priseljevanja postane večkulturna, je skorajda neizogibno, da njene institucije ne bodo optimalne za priseljence. Do institucionalne diskriminacije tako lahko pride, ne da bi jo kdo načrtoval ali se je sploh zavedal. Vendar pa o institucionalni diskriminaciji lahko govorimo kot »posredni« ali »pasivni« samo toliko časa, dokler njen obstoj ni ozaveščen. Če niso sprejeti nikakršni ukrepi za njeno odpravo, ko je njen obstoj zaznan, tudi ta diskriminacija postane »aktivna« in »zavestna« (WHO 2010, 7). Za njeno odpravo je treba v institucije uvesti določene spremembe za izboljšanje tako dostopnosti kot kakovosti storitev za nove skupine, pri čemer je treba upoštevati posebne potrebe teh skupin (WHO 2010, 17).

V Sloveniji je diskriminacija pri zdravstveni obravnavi prepovedana z *Zakonom o pacientovih pravicah* (ZPacP): »Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.« (7. člen ZPacP) Kljub temu raziskave (Bofulin in Bešter 2010, 297–299; Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016, 17; Lipovec Čebtron 2010; Lenarčič et al. 2018, 121) zaznavajo, da so priseljenci v zdravstvu pogosto diskriminirani oziroma deležni neenake (manj kakovostne) obravnave. Raziskovalci v okviru projekta *Skupaj za zdravje*³ so med razlogi za to izpostavili predvsem nepoznavanje in neinformiranost zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah ranljivih oseb ter kulturne in (zlasti med priseljenci tudi) jezikovne nesporazume (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron

3 Več o projektu glej na: <https://www.nijz.si/sl/skupaj-za-zdravje>.

2016, 17). Po mnenju raziskovalcev je takšno stanje posledica »odsotnosti sistemskih ukrepov in programov, preko katerih bi bili zdravstveni delavci deležni ustreznega usposabljanja za obravnavo različnih etničnih skupin, obenem pa bi imeli dostop do kakovostne podpore (v obliki strokovnega tolmačenja in medkulturnega mediatorstva)« (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016, 21).

V okviru omenjenega projekta sta bila leta 2016 prevedena in za slovenski kontekst prilagojena standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in pripadajoče orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov na podlagi tega standarda. Omenjeni standard z orodjem za samoocenjevanje omogoča zdravstvenim ustanovam, da ocenijo, v kolikšni meri same zagotavljajo enakost ranljivim skupinam v zdravstvenih storitvah, ki jih izvajajo, in ugotovijo, na katerih področjih zagotavljanja enakosti obravnave bi morale uvesti določene izboljšave (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebtron 2016). Na tak način se lahko odpravlja institucionalna diskriminacija.

Preden se lotimo podrobnejšega pregleda nekaterih ovir, ki v slovenskem zdravstvenem sistemu onemogočajo ali otežujejo enakopravno obravnavo priseljencev, si pogledjmo rezultate spletne ankete, ki smo jo izvedli med priseljenci v okviru projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*.⁴ Anketirance smo vprašali, ali čutijo, da pripadajo etnični oziroma narodni skupnosti, ki je v Sloveniji diskriminirana. 16,7 % od 203 respondentov je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno, 70 % jih je menilo, da ne, 13,3 % anketirancev pa je odgovorilo, da ne vedo. Zastavili smo jim tudi vprašanje glede konkretnih izkušenj z diskriminacijo na področju zdravstva v Sloveniji. Na vprašanje smo dobili 201 odgovor, od tega je 24,8 % respondentov odgovorilo, da so se že soočili z neenako (oziroma slabšo) obravnavo pri zdravniku zaradi svoje narodne pripadnosti; 14,4 % respondentov se je s tem srečalo redko, 10,4 % pa se jih je s tem soočalo pogosto. Med priseljenci iz držav naslednic Socialistične federativne republike Jugoslavije je delež tistih, ki so se soočili z neenako obravnavo, večji (28,8 %) kot med priseljenci iz ostalih držav (17,3 %). Prav tako je ta delež večji med ženskami (29,3 %) kot med moškimi (19,6 %).

4 V anketi so sodelovali priseljenci, starejši od 18 let, ki načrtujejo dolgotrajnejše bivanje v Sloveniji oziroma živijo v Sloveniji več kot eno leto. Spletne anketo so izpolnile 204 osebe. Med njimi je bilo 45,6 % moških in 54,4 % žensk. Skoraj polovica (48 %) vseh anketiranih spada v starostno skupino od 31 do 43 let. Le 11,8 % je mlajših od 31 let. Anketiranci živijo v 42 slovenskih občinah, pri čemer daleč največji delež (52 %) živi v ljubljanski občini. Med anketiranci močno prevladujejo visoko izobraženi (kar 84,8 % ima dokončano višjo oziroma visoko šolo, fakulteto ali več). Priseljenci, ki so sodelovali v anketi, prihajajo iz 42 različnih držav s celega sveta, prevladujejo pa tisti, ki so se priselili iz držav nekdanje Jugoslavije (skupaj 62,7 %). Približno četrtnina anketiranih je prišla v Slovenijo zaradi izobraževanja/študija, četrtnina zaradi dela/zaposlitve in četrtnina zaradi združitve družine.

3 Dostop priseljencev do zdravstvenega varstva

Raziskave ugotavljajo, da je dostop priseljencev do zdravstvenega varstva v Evropi pogosto omejen že na formalnopravni ravni, saj priseljencem niso zagotovljene enake pravice kot domačemu prebivalstvu. Pa tudi tam, kjer formalne možnosti in pravice za priseljence na papirju obstajajo, je v praksi njihov dostop do zdravstvenih storitev pogosto oviran (Betancourt et al. 2003; Rechel et al. 2013, 1239; Baeten et al. 2018, 31; Lipovec Čebtron 2017). V tem delu bomo ugotavljali, ali in kako so v slovenski zakonodaji in političnih dokumentih urejene in zagotovljene pravice priseljencev do zdravja in zdravstvenega varstva v Sloveniji ter kako se te pravice uresničujejo v praksi.

3.1 Pravica do zdravja in zdravstvenega varstva

Zdravje je pravica, ki je zagotovljena v več mednarodnih aktih, katerih podpisnica je tudi Slovenija. Tako je v 12. členu *Mednarodnega pakta o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah* zapisano, da ima »vsakdo /.../ pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja«. *Evropska socialna listina* v svojem 13. členu zagotavlja vsakomur, ki je brez zadostnih sredstev, pravico do socialne in zdravstvene pomoči. *Konvencija o otrokovih pravicah* pa v 24. členu zagotavlja pravico do zdravja in zdravstvenega varstva otrok in narekuje državam podpisnicam tudi sprejetje konkretnih ukrepov za popolno uresničevanje te pravice: »Države pogodbenice priznavajo otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice si bodo prizadevale zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva. /.../«

V *Ustavi Republike Slovenije* je z 51. členom zagotovljena pravica vsakogar do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)* v 1. členu zdravstveno varstvo opredeljuje kot:

/.../ sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

V *ZZVZZ* je tudi zapisano, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje ter da nihče ne sme ogroziti zdravja drugih. Prav tako je zapisano, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega

varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi (2. člen ZZVZZ).

Pred desetimi leti smo v raziskavi *Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji* ugotavljali, da takratna slovenska *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013* (ReNPZV) ni posebej omenjala priseljencev, niti ni predvidevala ukrepov, ki bi bili specifično usmerjeni v izboljšanje položaja ali dostopa te skupine prebivalstva do storitev zdravstvenega varstva v Sloveniji (Bofulin in Bešter 2010, 278). Ob tem smo predlagali, da bi v prihodnosti ob kreiranju zdravstvene in integracijske politike veljalo razmisliti o tem, da so tudi priseljenci v Sloveniji potencialno ranljiva skupina z vidika zdravja in da je smiselno razmišljati o potencialnih posebnih ukrepih kot odzivu na njihove posebne potrebe (Bofulin in Bešter 2010, 278).

Deset let kasneje lahko zapišemo, da slovenska integracijska politika še vedno ne vsebuje nobenih konkretnih ukrepov, ki bi se nanašali na zdravje priseljencev ali njihovo zdravstveno oskrbo. Napredek je le v tem, da je v novi *Strategiji Vlade Republike Slovenije na področju migracij* (2019, 37) zdravstvo (zdravstveno zavarovanje, zdravstveno varstvo) omenjeno kot eno od področij kompleksnega procesa integracije. V strategiji je tudi prepoznano, da se zdravstvene ustanove in druge javne službe pri stiku s priseljenci spopadajo s težavami zaradi jezikovnih ovir in nepoznavanja kulturnih razlik, zaradi česar je predlagano, da bi bilo treba v katalog delovnih mest za javni sektor uvesti delovno mesto kulturni mediator, da bi navedene javne službe lahko zaposlovale ustrezen kader. Poleg tega *Strategija Vlade RS na področju migracij* (2019, 45) predlaga, da bi morali po zgledu drugih držav:

/.../ razmisliti o možnosti vzpostavitve mreže prevajalcev, ki bi bili javnim ustanovam na voljo za prevajanje preko telefona, ali poiskati druge ustrezne oblike zagotavljanja prevajanja.

Vsem zaposlenim v različnih službah, ki pri svojem delu prihajajo v stik z migranti (upravne enote, centri za socialno delo, vzgojno-varstveni zavodi in druge izobraževalne institucije, zdravstveni domovi, bolnišnice itd.), bi bilo treba zagotoviti usposabljanja na področju razvijanja medkulturnih kompetenc, pridobiti pa bi morali tudi posebna znanja (identifikacija ranljivih, prepoznavna različnih simptomov, žrtve nasilja, mučenja, trgovine z ljudmi ipd.).

Opazimo lahko, da *Strategija Vlade RS na področju migracij* k problematiki pristopa zgolj z vidika odpravljanja težav, s katerimi se soočajo zdravstvene (in druge) institucije pri stikih s priseljenci, ne omenja pa vidika samih priseljencev. Predvideni ukrepi so sicer tudi v korist priseljske populacije, ne naslavlja pa vseh njenih potreb in ne predvidevajo odpravljanja ovir z namenom omogočiti priseljencem, da lahko v okviru zdravstvenega sistema

delujejo kot enakopravni subjekti z enakimi možnostmi kot ostali prebivalci Slovenije.

V *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025* »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25 2016, 62) so priseljenci prepoznani kot ena od ranljivih skupin prebivalstva, katerih specifične potrebe bo treba upoštevati pri določanju meril za mrežo javne zdravstvene službe, da se odpravijo ugotovljene neenakosti v zdravju in kakovosti obravnave med posameznimi skupinami prebivalstva.

Konkretnih ukrepov, ki bi na sistemski ravni priporočila, zapisana v zgoraj omenjenih strategiji in resoluciji, prevajali v prakso, v Sloveniji (še) ni. Leta 2017 je bilo za zdravstvene delavce v šestih slovenskih mestih⁵ izvedenih dvanajst strokovnih usposabljanj z naslovom »*Pacient ne govori slovensko! Izziv za zdravstvene delavce v Sloveniji*«, vendar so ta usposabljanja potekala zgolj v okviru projekta *Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem*,⁶ in so se z iztekom projekta tudi zaključila.

3.2 Zdravstveno zavarovanje

Dostop do brezplačnih ali subvencioniranih storitev javnega zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji je odvisen od tega, ali je posameznik zavarovan v skladu z ZZVZZ. Priseljenci, ki so tuji državljani in ki imajo v Sloveniji urejen status tujca, so praviloma obvezno zdravstveno zavarovani kot zaposleni, samozaposleni, študenti, dijaki ali kot brezposelne osebe. Zavarovani so tudi njihovi družinski člani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno (20. člen ZZVZZ). V praksi so ožji družinski člani zavarovancev, ki so tujci, zavarovani tudi v primeru, če imajo v Sloveniji le dovoljenje za začasno prebivanje, in sicer za čas veljavnosti tega dovoljenja in če so izpolnjeni tudi vsi drugi pogoji za pridobitev te pravice (Bofulin in Bešter 2010, 277). Pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji imajo po *Zakonu o mednarodni zaščiti* (ZMZ-1) tudi osebe, ki jim je bila priznana mednarodna zaščita (98. člen ZMZ-1). Otroci, dijaki in študentje s priznano mednarodno zaščito, ki se redno šolajo in so mlajši od 26 let, pa so upravičeni do zdravstvenega varstva v celoti.

Tujci, ki imajo obvezno zdravstveno zavarovanje, imajo glede dostopa do zdravstvenega varstva enake pravice kot slovenski državljani. V primeru, če tujci nimajo samostojnega obveznega zdravstvenega zavarovanja in niso vključeni v družinska razmerja, pa je njihova pravica do zdravstvenega varstva

5 Ljubljana, Koper, Novo mesto, Celje, Kranj in Maribor (*Multilingual health* 2020).

6 Projekt je potekal od 2016 do 2018. Pri projektu so sodelovali Filozofska fakulteta, Medicinska fakulteta, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani ter Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije (*Multilingual health* 2020).

odvisna od njihovega tujskega statusa: če imajo v Sloveniji stalno prebivališče, si prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje lahko plačujejo sami; če nimajo stalnega prebivališča v Sloveniji, pa so upravičeni le do brezplačnega nujnega zdravljenja (7. člen ZZVZZ), ki obsega »neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega. Nujnost zdravljenja presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija v skladu s splošnim aktom Zavoda.« (25. člen ZZVZZ) Tujcem brez obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev le v primeru, če tako določa mednarodna pogodba (27. člen ZZVZZ).⁷ Sicer pa se osebe brez zdravstvenega zavarovanja za pomoč oziroma zdravstveno oskrbo lahko obrnejo le na tako imenovane *pro bono* ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ki delujejo v Ljubljani, Kopru, Kranju, Novi Gorici in Mariboru.

Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov zdravstvenih storitev.⁸ Zdravstvene storitve, ki so v celoti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so naštet v 23. členu ZZVZZ. Pri ostalih storitvah obvezno zdravstveno zavarovanje krije le določen odstotek vrednosti storitve, razliko do polne vrednosti pa morajo plačati zavarovanci iz lastnih sredstev oziroma jim jo krije zavarovalnica, če imajo sklenjeno prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ker je tveganje doplačil, ki jih pokriva dopolnilno zavarovanje, tako veliko in razširjeno, v resnici ne gre več za prostovoljno zavarovanje, temveč je v praksi za večino zavarovancev praktično obvezno, kar je zabeleženo tudi v *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025*. Obvezno zdravstveno zavarovanje je v Sloveniji progresivno, kar pomeni, da so prispevki odvisni od višine dohodka, premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja pa so približno enake za vse zavarovance in zato predstavljajo nesorazmerno večje breme za socialno šibkejšo prebivalstvo. Edini ponudnik obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je ZZZS dopolnilno zdravstveno zavarovanje pa izvajajo zavarovalnice. Pogoj za sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je, da ima posameznik obvezno zdravstveno zavarovanje, zato priseljenci, ki nimajo dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja, nimajo dostopa niti do dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (MIPEX 2014b, 8), s čimer je njihov dostop do zdravstvenih storitev močno omejen. Med priseljenci, ki nimajo dostopa do omenjenih zdravstvenih zavarovanj, so: prosilci za mednarodno zaščito; osebe z dovoljenjem za zadrževanje;

7 Slovenija ima sklenjene meddržavne sporazume o zdravstvenem oziroma socialnem zavarovanju z Avstralijo (od 1. 7. 2011), Bosno in Hercegovino (od 1. 7. 2008), Črno goro (od 1. 1. 2012), Severno Makedonijo (od 1. 4. 2001) in Srbijo (od 1. 11. 2010) (ZZZS).

8 Popolna pokritost je zagotovljena le za mladoletnike, redno vpisane študente, mlajše od 26 let, in za nekatere bolezni in stanja (MIPEX 2014b, 8).

osebe, prepoznane kot žrtve trgovine z ljudmi in žrtve nezakonitega zaposlovanja; sezonski delavci, ki niso v delovnem razmerju; osebe z dovoljenjem za začasno prebivanje, ki niso zaposlene ali zavarovane kot družinski člani (Pistotnik 2019, 74). Vendar med tistimi, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja, niso le osebe, ki formalno nimajo možnosti za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje. Po podatkih ZZZS je tudi med osebami, ki imajo legalno možnost oziroma obveznost urediti si obvezno zdravstveno zavarovanje, kar nekaj takih, ki si v daljšem časovnem obdobju zavarovanja ne uredijo. Po poročanju ZZZS so med temi »začasno« nezavarovanimi osebami osebe, ki si statusa ne želijo urediti, socialno ogrožene osebe in drugi⁹ (ZZZS 2014, 36). Kot opozarja Rajgelj (2012, 45), so nevarnosti začasne nezavarovanosti zaradi zadrževanja pravic izpostavljene tudi kategorije delovno aktivnega prebivalstva (in njihovi družinski člani), ki niso v klasičnem delovnem razmerju pri določenem delodajalcu, temveč se preživljajo kot samozaposleni ali opravljajo delo na civilnopравnih podlagah (npr. avtorska ali podjetna pogodba).¹⁰ V skladu z 78.a členom ZZZS se namreč določenim zavarovanim osebam in njihovim družinskim članom zadržijo pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, če nimajo poravnanih obveznosti do ZZZS (78.a člen ZZZS).

V okviru projekta *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje*, ki ga je v obdobju 2009–2014 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), je bila opravljena kvalitativna raziskava v različnih krajih Slovenije, v kateri so raziskovalci ugotavljali, kateri deli prebivalstva so v Sloveniji najbolj zdravstveno marginalizirani, s katerimi ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega varstva se najpogosteje soočajo in na kakšen način te ovire odpraviti (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebren 2016, 16). Med najpogostejšimi ovirami pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva so zaznali tudi težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje, v predlogih sistemskih ukrepov za premostitev zaznanih ovir pa so med drugim predlagali:

/.../ zagotovitev enakega dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja za migrante: nekatere skupine priseljencev (osebe, ki imajo dovoljenje za začasno bivanje ali potrdilo o prijavi prebivanja in ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po 15. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju) nimajo dostopa do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tudi posebno zaščitene kategorije oseb (na primer žrtve nasilja, žrtve trgovine z

9 Na primer ob gospodarski krizi po letu 2008 je bilo med začasno nezavarovanimi precejšnje število oseb, ki so po izgubi zaposlitve čakale na priznanje novega statusa, saj je bila vključitev v zavarovanje vezana na dokončanje postopkov (npr. priznanje pravice do nadomestila za brezposelnost, do pokojnine itd.) (ZZZS 2014, 36).

10 Osebe, ki delo opravljajo na civilnopравnih podlagah, niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če se zavarujejo same in same plačujejo prispevke.

ljudmi) nimajo polnega dostopa do zdravstvenih storitev. Potrebno bi bilo udejanjiti univerzalen princip, ki bo vse osebe, ki *živijo* v Sloveniji, v dostopu do obveznega zdravstvenega zavarovanja izenačil z ostalimi državljani; družinskim članom oseb z dovoljenjem za začasno bivanje bi bilo potrebno pri urejanju dovoljenja za prvo prebivanje v Sloveniji zagotoviti upoštevanje obstoja zdravstvenega zavarovanja po zaposlenem družinskem članu. (Farkaš Lainščak in Lipovec Čebren 2016, 19)

Podatkov o tem, koliko priseljencev v Sloveniji nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, nimamo. V anketi, izvedeni leta 2016 med 564 zdravstvenimi delavci v Sloveniji, so raziskovalci ugotovili, da se kar 62 % zdravstvenih delavcev pri obravnavi tujejezičnih uporabnikov srečuje s težavami zaradi neurejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja teh oseb, 58 % pa (tudi) zaradi odsotnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja teh oseb (Pistotnik 2019, 69). Iz tega lahko sklepamo, da kljub sistemu, ki teži k univerzalni pokritosti prebivalstva z zdravstvenim zavarovanjem, v državi prebiva kar zajetno število oseb, ki vseeno ostajajo nezavarovane.

V anketi s priseljenci, ki smo jo izvedli na Inštitutu za narodnostna vprašanja v okviru projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*, sta dva od 204 anketirancev izjavila, da nimata nikakršnega zdravstvenega zavarovanja. Dobrih 16 % anketirancev se je v času prebivanja v Sloveniji soočilo z oviranim dostopom do zdravstvene storitve zaradi neurejenega zdravstvenega zavarovanja. Poleg teh je 10,9 % anketiranih poročalo o tem, da so v Sloveniji že iskali zdravstveno pomoč v ambulanti za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, 11,8 % anketiranih pa je imelo težave pri urejanju zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Med razlogi za težave so omenjali predvsem pomanjkanje informacij in dolge postopke za prijavo/spremembo različnih statusov, od katerih je bila odvisna njihova pravica do vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje. V anketi pa se je pokazalo tudi, da dobršen del anketirancev ne razume, kaj je obvezno, kaj dopolnilno in kaj dodatno (nadstandardno) zdravstveno zavarovanje.

3.3 Informiranost o pravicah in možnostih dostopa do zdravstvenega varstva

Nezadostna in neustrezna informiranost priseljencev o njihovih možnostih in pravicah ter o delovanju zdravstvenega sistema je eden od pogostih dejavnikov, ki ovirajo dostop priseljencev do zdravstvenih storitev v državi priselitve. Priseljenci pogosto ne razumejo jezika, v katerem so informacije o zdravstvenem sistemu na voljo. Če prihajajo iz držav, kjer je zdravstveni sistem zelo

drugačen, so lahko tudi njihove predstave o odnosu in storitvah, ki jih lahko pričakujejo od zdravstvenih delavcev v državi priselitve, močno v neskladju z realnim stanjem. Prav tako imajo lahko precej nerealno predstavo o tem, kakšno vedenje se pričakuje od njih kot uporabnikov zdravstvenih storitev (WHO 2010, 19). Neinformiranost priseljencev na področju zdravstva ovira njihov dostop do (ustrezne) zdravstvene oskrbe in preventivnih ukrepov za varovanje zdravja. Včasih se zaradi nepoznavanja in nerazumevanja zdravstvenega sistema priseljenci raje izogibajo obiska pri zdravniku, čeprav bi ga potrebovali. To pa ima lahko dolgoročne negativne posledice za njihovo zdravje.

V Sloveniji so raziskave o položaju priseljencev ugotovljale, da je neinformiranost oziroma pomanjkljiva informiranost priseljencev o različnih vidikih življenja v slovenski družbi realen problem, ki ovira njihovo uspešno vključevanje v slovensko družbo (Kejžar in Medved 2010). O neustrezni informiranosti priseljencev o slovenskem zdravstvenem sistemu so poročale tako raziskave, opravljene med samimi priseljenci (Bofulin in Bešter 2010; Lipovec Čebren 2010; Lenarčič et al. 2018, 123), kot tudi raziskave, opravljene med zdravstvenimi delavci (Pistotnik 2019, 69–70). Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije je spoznavanje načina delovanja in uporabe zdravstvenega sistema pomembna komponenta akulturacije, integracijski programi za priseljence pa predstavljajo primeren kontekst za iniciative, ki povečujejo zdravstveno pismenost (WHO 2010, 19).

V okviru slovenske integracijske politike so vsebine o seznanjanju priseljencev z delovanjem slovenskega zdravstvenega sistema vključene v tečaj *Začetne integracije priseljencev* (ZIP). Gre za program učenja slovenščine, v katerega so integrirane vsebine z različnih področij življenja v Sloveniji, med drugim tudi s področja zdravja. Program obsega začetni (60 ur) in nadaljevalni modul (120 ur). V začetnem modulu naj bi se udeleženci v skladu s predvidenimi cilji programa na področju zdravja seznanili z varovanjem osebnega zdravja in s sistemom zdravstvenega (kot tudi pokojninskega in invalidskega) zavarovanja v Sloveniji ter spoznali poti in ustanove za urejanje svojega položaja (ZIP 2011, 13). V nadaljevalnem modulu pa je predvideno, da udeleženci po koncu tečaja: razumejo pomen varovanja osebnega zdravja in zdravja svojih bližnjih; razumejo pomen higijene za človekovo zdravje; vedo, kako ravnati v primeru bolezni (svoje ali bližnjih); se zavedajo pomena preventive; so seznanjeni s sistemom zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Sloveniji ter poznajo poti in ustanove za urejanje svojega položaja in položaja bližnjih; poznajo tudi tveganja za zdravje in varnost na delovnem mestu (ZIP 2011, 15). Tečaji ZIP potekajo od leta 2012 dalje. Problem teh tečajev je v tem, da so v skladu z *Uredbo o načinih in obsegu zagotavljanja programov pomoči pri vključevanju tujcev, ki niso državljani Evropske*

unije, brezplačno na voljo le nekaterim¹¹ državljanom tretjih držav, priseljencem iz držav članic Evropske unije pa ne. Na ta problem neenake obravnave in neupoštevanja dejanskih potreb priseljencev v Sloveniji že vrsto let opozarjajo tako nevladne kot raziskovalne organizacije, pa tudi *Zagovornik načela enakosti* (Sedmak et al. 2019), vendar do sprememb za zdaj ni prišlo.¹² Z vidika pridobivanja temeljitejših informacij o zdravstvenem sistemu v Sloveniji je problematično tudi to, da je priseljencem v začetnem obdobju priselitve na voljo le krajši, to je 60-urni modul z okrnjeno vsebino, obsežnejšega, to je 120-urnega nadaljevalnega modula pa se (brezplačno) lahko udeležijo priseljenci šele po tem, ko znaša seštevek obdobja veljavnosti njihovih preteklih in sedanjih dovoljenj za začasno prebivanje v Sloveniji neprekinjeno najmanj 24 mesecev (4. člen *Uredbe* o načinih in obsegu zagotavljanja programov pomoči pri vključevanju tujcev, ki niso državljani Evropske unije) ali če pridobijo dovoljenje za stalno prebivanje v Sloveniji, na kar pa morajo praviloma čakati pet let (*ZTuj-2*, 32. člen, 4. točka). Izjema pri tem so priseljenci, ki v Sloveniji prebivajo na podlagi dovoljenja za prebivanje družinskega člana ali na podlagi dovoljenja za prebivanje zaradi združitve družine (4. člen *Uredbe* o načinih in obsegu zagotavljanja programov pomoči pri vključevanju tujcev, ki niso državljani Evropske unije).

Osnovne informacije o slovenskem zdravstvenem sistemu so priseljencem na voljo tudi v obliki knjižice in zloženke *Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante*, ki sta nastali v okviru projekta *CARE*¹³ in sta na voljo v več jezikih: slovenščini, angleščini, tigrájščini, ruščini, paštjuju, farsiju in arabščini. Prav tako je nekaj osnovnih informacij o zdravstvenih pravicah beguncev, priseljencev in drugih oseb, ki nimajo državljanstva Slovenije, na voljo v *Večjezičnih priročnikih za lažje sporazumevanje v zdravstvu*.¹⁴ Priročniki so sicer napisani v več jezikih (angleščina, arabščina, francoščina, ruščina, mandarinščina, farsi in albanščina), a del z informacijami o možnostih dostopa do slovenskega zdravstvenega sistema je na voljo samo v slovenščini.

Nekaj informacij o pravicah do zdravstvenega varstva, ki so namenjene zlasti prosilcem za azil in osebam s priznanim statusom begunca ali s priznano

11 Neupravičeni do brezplačne udeležbe tega tečaja so na primer državljani tretjih držav, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za začasno prebivanje, ki je izdano z veljavnostjo krajšo od enega leta.

12 Kot ugotavljajo raziskovalci z Inštituta za družboslovne študije ZRS Koper, je večina integracijskih ukrepov/programov za migrante v Sloveniji namenjena državljanom tretjih držav, saj je njihovo financiranje vezano na evropska sredstva sklada AMIF, ki so namenjena izključno financiranju ukrepov za integracijo državljanov tretjih držav. Posebnih finančnih sredstev, ki bi bila namenjena tudi vključevanju državljanov EU, v slovenskem proračunu ni na voljo (Sedmak et al. 2019, 73).

13 Več o projektu *CARE* glej na <https://www.nijz.si/sl/projekt-care>.

14 Priročniki so nastali v okviru projekta *Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem* (*Multilingual health* 2020).

subsidiarno zaščito, je na voljo na spletnih straneh NIJZ (2018). Spletni portal infotujci.si, kjer so sicer zbrane različne informacije za pomoč priseljencem pri vključevanju v slovensko družbo, pa z vidika informacij o zdravstvenem sistemu in dostopu priseljencev do zdravstvenega varstva v Sloveniji ni preveč uporaben. Informacije na portalu so skope, povezave na nekatere druge spletne strani, kjer naj bi uporabnik našel več informacij, pa ne delujejo.

V anketi s priseljenci, ki smo jo opravili v okviru projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*, je 27 % od 178 respondentov odgovorilo, da so se v Sloveniji že srečali s problemom, ko informacije o zdravstvenem sistemu niso bile dostopne v njim razumljivem jeziku. Tudi pri vprašanju odprtega tipa, kjer smo anketirancem ponudili možnost, da sami izpostavijo katerikoli problem, izziv ali oviro, s katerimi se srečujejo pri dostopu do zdravstvenih storitev oziroma v procesu zdravljenja v Sloveniji, jih je kar nekaj izpostavilo problem preslabe informiranosti in nerazumevanja slovenskega zdravstvenega sistema in sistema zdravstvenega zavarovanja.

3.4 Jezikovne ovire

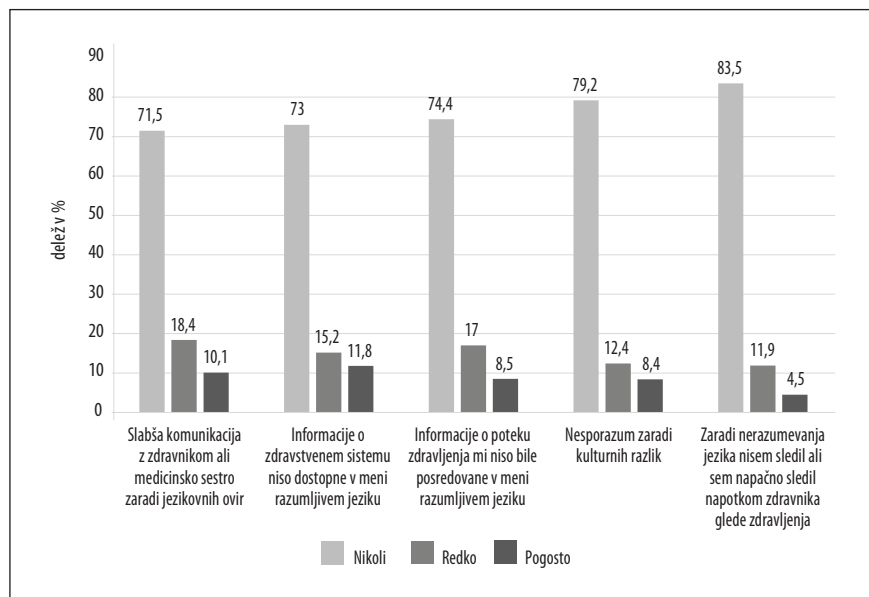
Kot je že bilo omenjeno, je nerazumevanje slovenskega jezika ena od glavnih ovir, ki priseljencem otežujejo dostop do informacij o slovenskem zdravstvenem sistemu ter o njihovih pravicah in možnostih dostopa do zdravstvenega varstva. Težave zaradi jezikovnih ovir pa se pojavljajo tudi pri sami zdravstveni obravnavi, saj zaradi jezikovnih nesporazumov lahko prihaja do napačnih diagnoz, napačnega zdravljenja, napačnega razumevanja navodil zdravnika ipd., vse to pa predstavlja tveganje za zdravje pacientov.

Težave, s katerimi se zaradi jezikovnih ovir srečujejo tako priseljenci kot zdravstveni delavci, so bile v Sloveniji že dokumentirane (glej npr. Bofulin in Bešter 2010; Prosen et al. 2018, 80; Pokorn in Lipovec Čebren 2019). Zaradi zaznanih težav in potreb so sodelavci v projektu *Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem* pripravili večjezične priročnike za lažje sporazumevanje v zdravstvu, ki smo jih omenili že zgoraj. Priročniki so namenjeni tako zdravstvenim delavcem kot priseljencem.

Anketirance v anketi s priseljenci, izvedeni leta 2019 pri projektu *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*, smo vprašali, ali so se pri obisku zdravnika v Sloveniji kdaj soočili z različnimi težavami zaradi nerazumevanja slovenskega jezika. Od 179 respondentov se jih je 28,5 % že soočilo s slabšo komunikacijo z zdravnikom ali medicinsko sestro zaradi jezikovnih ovir. Približno tretjina od teh pogosto, slabi dve tretjini pa redko. 27 % od 178 priseljencev se je že znašlo v situaciji, ko informacije o zdravstvenem sistemu niso bile dostopne v njim razumljivem jeziku. 25,5 % respondentov je poročalo o tem, da jim informacije o poteku zdravljenja niso

bile posredovane v njim razumljivem jeziku. 20,8 % od 178 priseljencev se je pri zdravniku že soočilo z nesporazumi zaradi kulturnih razlik. 16,4 % od 176 anketirancev pa zaradi nerazumevanja jezika ni sledilo ali je napačno sledilo napotkom zdravnika glede zdravljenja.

Graf 1: Težave, s katerimi se soočajo priseljenci v zdravstvenem sistemu zaradi jezikovnih ovir (N = 204)



Vir: Medvešek et al. 2019.

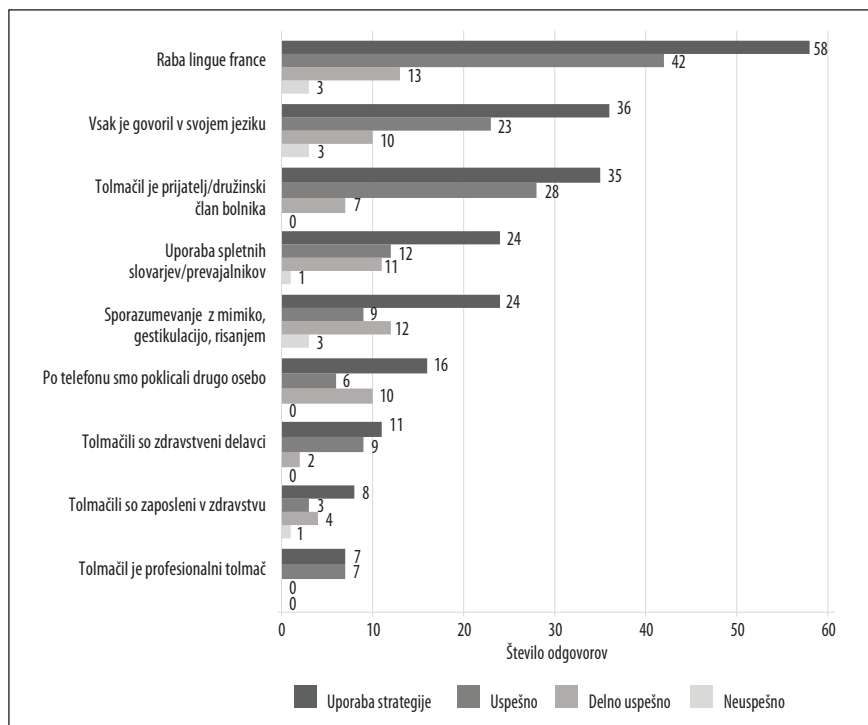
Zaznane težave priseljencev, ki izhajajo iz jezikovnih preprek, lahko predstavljajo resno oviro za njihovo zdravje, po drugi strani pa lahko pomenijo tudi finančno breme za državo in/ali zdravstvene institucije. V primeru neustreznih in pomanjkljivih diagnoz ter posledično napačnega zdravljenja se lahko povečajo stroški zdravstvene oskrbe zaradi večkratnih in prepogostih obiskov pri zdravniku, daljših ležalnih dob in podvajanj preiskav, v skrajnem primeru pa lahko pride tudi do tožb, visokih sodnih stroškov in izplačila odškodnin (Pokorn 2019, 44). Rezultati naše ankete na prvi pogled dajejo vtis, da se večina priseljencev sicer ne srečuje z opisanimi težavami, vendar je treba izpostaviti dejstvo, da je vzorec, ki ga je zajela anketa, močno pristranski z vidika izobrazbene strukture. V vzorcu je namreč kar 84,8 % višje ali visoko izobraženih, kar seveda ni reprezentativno za celotno populacijo priseljencev v Sloveniji, v kateri je bilo leta 2018 le 12,7 % posameznikov z višjo ali visoko izobrazbo, prevladujejo priseljenci z dokončano srednješolsko izobrazbo (teh je 54,8 %), 32,5 % pa je priseljencev z dokončano osnovno šolo ali manj (SURS

2018). Izobrazba je eden od ključnih elementov, ki se upoštevajo pri obravnavi socialno-ekonomskega položaja posameznika ali posameznih družbenih skupin, socialno-ekonomski položaj pa je eden od bistvenih dejavnikov, od katerih je odvisen položaj posameznikov ali družbenih skupin na področju zdravja in zdravstvenega varstva (Smith Nielsen et al. 2013). Dober socialno-ekonomski status običajno pomeni tudi boljši zdravstveni položaj, ne glede na priseljski status posameznikov ali skupin. Če analiziramo rezultate naše spletne ankete po izobrazbi, se izkaže, da so o težavah, ki so bile predstavljene zgoraj (graf 1), poročali praviloma ali v veliki večini prav anketiranci z nižjimi stopnjami izobrazbe. Predvidevamo torej lahko, da se v celotni priseljski populaciji v Sloveniji omenjene težave pojavljajo precej pogosteje, kot to prikazujejo rezultati naše spletne ankete.

Ker v Sloveniji ne obstajajo sistemske rešitve za odpravljanje težav, ki nastajajo zaradi jezikovnih razlik, smo priseljence v anketi povprašali, katere strategije uporabljajo pri zdravniku za premagovanje jezikovnih ovir. Prosili smo jih tudi, naj ocenijo uspešnost uporabljenih strategij. Pri tem smo naše vprašanje prilagodili vprašanju, ki so ga raziskovalci v okviru druge raziskave zastavili slovenskim zdravstvenim delavcem (glej Pokorn 2019, 36), da bi tako dobili vpogled še z druge strani. Pri odgovoru na vprašanje so imeli anketiranci možnost izbirati med naslednjimi strategijami:

- a) Govorili smo drug (svetovni) jezik.
- b) Pomagal sem si s spletnimi slovarji in/ali spletnim prevajalnikom.
- c) Tolmačili (prevajali) so drugi zdravstveni delavci, ki govorijo moj jezik.
- d) Tolmačili (prevajali) so drugi zaposleni v zdravstvu (nezdravstveni delavci).
- e) Tolmačil (prevajal) je moj prijatelj ali družinski član, ki me je spremljal pri zdravniku.
- f) Jaz sem govoril v svojem jeziku, zdravnik pa slovensko.
- g) Poklicali smo profesionalnega tolmača (prevajalca).
- h) Poskušal sem se sporazumevati z mimiko, gestikulacijo, risanjem.
- i) Po telefonu smo poklicali drugo osebo.
- j) Drugo.

Graf 2: Uporabljene strategije priseljencev za premagovanje jezikovnih ovir in njihova uspešnost



Vir: Medvešek et al. 2019.

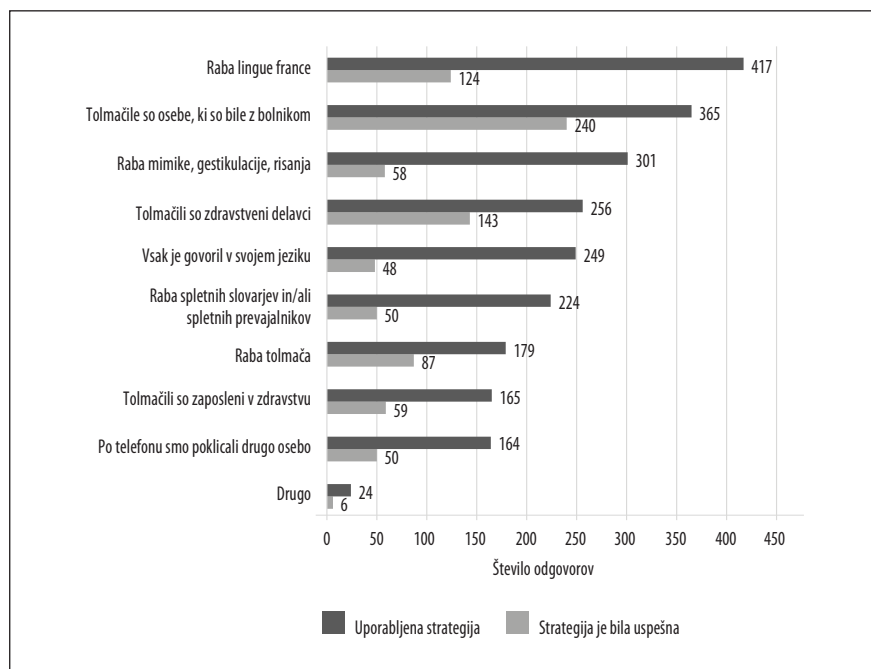
Priseljenci, ki ne razumejo in/ali ne govorijo slovenskega jezika, so pri zdravniku največkrat uporabili enega od svetovnih jezikov. Na tak način je z zdravniki komuniciralo 58 od 178 (32,6 %) anketirancev. Naslednja najpogosteje uporabljena strategija je bila, da sta tako pacient kot zdravnik govorila vsak v svojem jeziku. To strategijo je uporabilo 36 (20,1 %) anketirancev. 35 (19,9 %) anketirancev je s sabo k zdravniku vzelo prijatelja ali družinskega člana, da je opravljal vlogo tolmača. Naslednji dve najpogosteje (čeprav precej redkeje od prejšnjih) uporabljeni strategiji sta bili raba spletnih slovarjev in prevajalnikov ter sporazumevanje z mimiko, gestikulacijo in risanjem. Vsako od omenjenih strategij je uporabilo 24 (13,7 %) anketirancev. Strategije, v katerih so pri komunikaciji med zdravnikom in tujejezičnim pacientom pomagale oziroma tolmačile druge osebe, so bile redkeje uporabljene. Razloge za to verjetno lahko iščemo tudi – ali predvsem – v nedostopnosti tolmačev in ne (nujno) v izbiri s strani pacientov.

Najuspešnejša med vsemi strategijami je bila po oceni naših anketirancev uporaba profesionalnih tolmačev. Ta je bila uspešna prav v vseh primerih, žal pa so jo imeli možnost koristiti le redki anketiranci in je bila med vsemi

strategijami najmanj uporabljena – le 7 anketirancev je poročalo o uporabi te strategije. Kot precej uspešna se je izkazala tudi strategija, ko so tolmačili drugi zdravstveni delavci. Uspešna je bila kar v 81,8 % primerov, vendar je bila tudi ta bolj redko uporabljena – uporabilo jo je 11 anketirancev. Kot tretjo najuspešnejšo strategijo so anketiranci ocenili strategijo, ko je vlogo tolmača opravljal prijatelj ali družinski član pacienta. Ta strategija, ki sicer med strokovnjaki s področja sporazumevanja v zdravstvu velja za zelo problematično oziroma neprimerno (glej Pokorn 2019, 41), se je izkazala za uspešno v 28 primerih (80 %). Najpogosteje uporabljena strategija – to je uporaba enega od svetovnih jezikov – je bila po uspešnosti uvrščena šele na četrto mesto.

Če primerjamo rezultate naše ankete s priseljenci (graf 2) in rezultate ankete z zdravstvenimi delavci (graf 3), lahko opazimo določene razlike glede pogostosti uporabe posameznih strategij, predvsem pa glede ocene uspešnosti teh strategij. Zdravstveni delavci so očitno precej bolj kritični glede uspešnosti uporabljenih strategij kot priseljenci. Seveda je treba upoštevati, da imamo pri priseljenih prej manjši vzorec respondentov, verjetno pa se tudi predstave o tem, kakšen naj bi bil optimalen potek in izid obiska pri zdravniku, med priseljenci (kot pacienti) in zdravniki razlikujejo.

Graf 3: Uporabljene strategije zdravstvenih delavcev za premagovanje jezikovnih ovir in njihova uspešnost



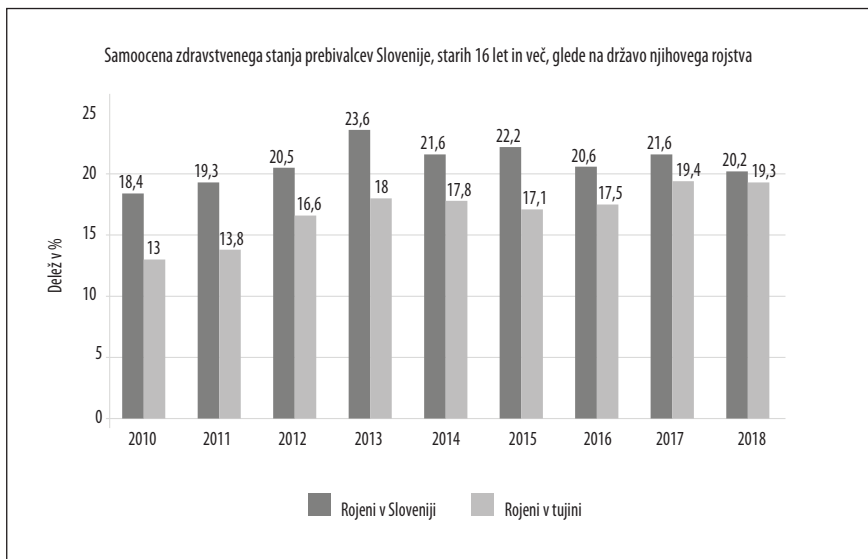
4 Zdravstveno stanje priseljencev

Za konec si pogledjmo še nekaj podatkov o zdravstvenem stanju priseljencev in morebitnih razlikah med priseljenci in ostalimi prebivalci Slovenije. Zaradi pomanjkanja kvantitativnih epidemioloških podatkov celovite in zanesljive slike o zdravstvenem stanju priseljencev ni mogoče podati. Poskušali bomo predstaviti le delček te slike na podlagi raziskav, ki temeljijo na samooceni zdravstvenega stanja priseljencev. Uporabili bomo podatke dveh statističnih raziskav, ki se v Sloveniji periodično izvajata od leta 2005 (*European Union survey on income and living conditions* – EU-SILC) oziroma 2007 (*European Health Interview Survey* – EHIS). V okviru Eurostata se vsakih nekaj let izvaja *Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu* (EHIS), ki vključuje tudi podatke o državi rojstva anketirancev. Za Slovenijo podatke v okviru te raziskave zbira NIJZ, dostopni pa so prek Eurostatovega portala. Zadnja takšna raziskava je bila v Sloveniji opravljena leta 2019, vendar rezultati še niso objavljeni. Na Eurostatu so dostopni podatki iz prejšnje raziskave, ki jo je NIJZ v Sloveniji opravil leta 2014. Določeni podatki o zdravju priseljencev se zbirajo tudi letno v okviru Eurostatove raziskave *Anketa o življenjskih pogojih* (EU-SILC). Raziskava je mednarodna, podatke zanjo pa v Sloveniji zbira Statistični urad Republike Slovenije (SURS). Obe omenjeni raziskavi potekata na vzorcu celotnega prebivalstva Slovenije, vključujeta pa vprašanje o državi rojstva ter tako omogočata primerjavo med osebami, ki so bile rojene v Sloveniji, in tistimi, ki so se v Slovenijo priselile.

Poglejmo si najprej, kako prebivalci Slovenije, priseljeni in nepriseljeni, sami ocenjujejo svoje zdravstveno stanje. V grafu 4 so prikazane samoocene zdravja rojenih v Sloveniji in rojenih v tujini po posameznih letih od 2010 do 2018. Iz slike je razvidno, da rojeni v tujini, torej priseljenci, konstantno ocenjujejo svoje zdravstveno stanje slabše kot tisti, ki so bili rojeni v Sloveniji, vendar pa se v zadnjih letih razlika med obema skupinama zmanjšuje.

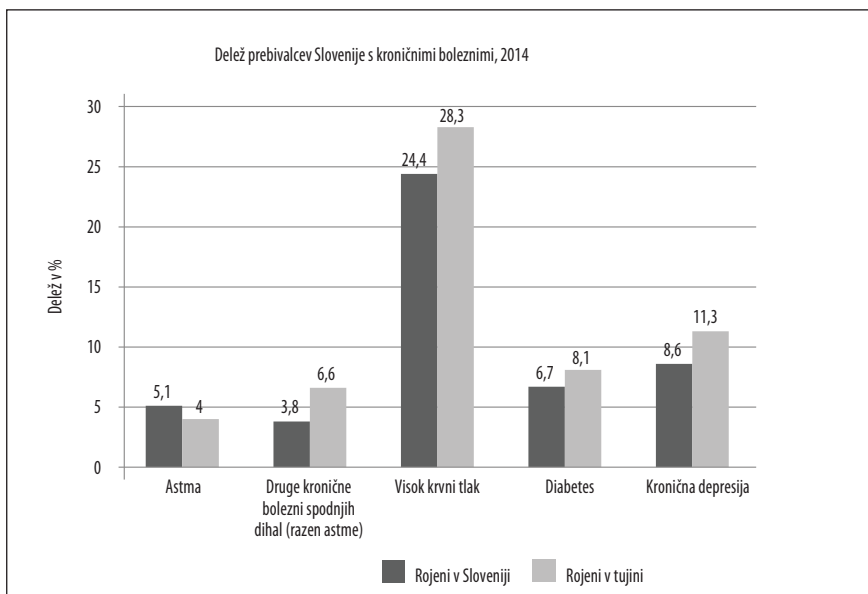
Razlike med priseljenci in nepriseljenci so opazne tudi pri poročanju o kroničnih boleznih, kot so astma in druge kronične bolezni spodnjih dihal, visok krvni tlak, diabetes in kronična depresija. Razen pri astmi so pri vseh drugih omenjenih boleznih deleži priseljencev, ki trpijo za temi boleznimi, večji od deležev prebivalcev, ki so bili rojeni v Sloveniji (graf 5).

Graf 4: Samoocena zdravstvenega stanja prebivalcev Slovenije, starih 16 let in več, glede na državo njihovega rojstva (prikazani so deleži (v %) izmed celotnega števila oseb, ki so svoje zdravje ocenile kot »zelo dobro«)



Vir: Eurostat (EU-SILC) 2020a.

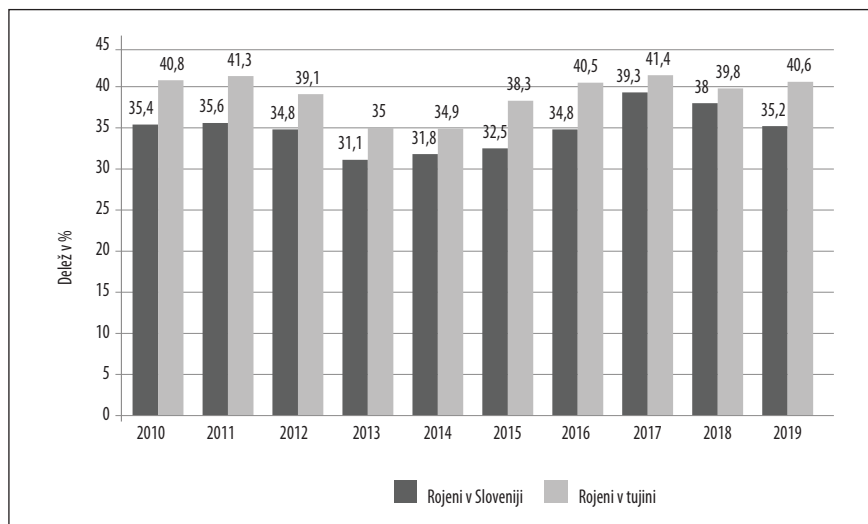
Graf 5: Delež prebivalcev Slovenije s kroničnimi boleznimi, po tipu bolezni in državi rojstva, 2014



Vir: Eurostat (EHIS).

V grafu 6 so prikazana razmerja med deleži priseljencev in deleži oseb, rojenih v Sloveniji, ki se soočajo z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenim problemom. Tudi tu so deleži med priseljenci večji kot med nepriseljenim prebivalstvom, in to v vseh letih poročanja.

Graf 6: Delež prebivalcev Slovenije z dolgotrajno boleznijo ali zdravstvenim problemom, glede na državo rojstva



Vir: Eurostat (EU-SILC) 2020b.

Na podlagi zgoraj predstavljenih podatkov lahko ugotovimo, da določene neenakosti na področju zdravja med priseljenci in nepriseljenci v Sloveniji vsekakor obstajajo. Neenakosti na področju zdravja med različnimi skupinami imajo lahko različne vzroke – lahko so na primer posledice razlik v starostni ali spolni strukturi posameznih skupin, lahko gre za razlike, ki so pogojene s socialno-ekonomskim statusom skupin, lahko pa so neenakosti tudi posledica diskriminacije in neenakega dostopa priseljencev do zdravstvenega varstva. Raziskovanje vzrokov za zaznane razlike presega namen in obseg tega prispevka, želeli smo le opozoriti, da razlike v zdravju med priseljenci in nepriseljenci obstajajo in da obstaja tudi potreba po nadaljnjem raziskovanju tega področja.

5 Zaključek

V prispevku smo obravnavali položaj priseljencev v Sloveniji na področju zdravja in zdravstvenega varstva, zlasti glede njihovih možnosti dostopa do zdravstvenega varstva in enake obravnave v njem. Želeli smo preveriti, ali je v Sloveniji od leta 2014, ko jo je MIPEX uvrstil na predzadnje mesto med osemintridesetimi državami glede integracije priseljencev na področju zdravja, prišlo do kakšnih sprememb na področju zdravstvene in integracijske politike.

Na podlagi analizirane zakonodaje in političnih dokumentov ter podatkov različnih raziskav, ki so bili predstavljeni v prispevku, lahko zapišemo, da je bil zdravstveni vidik integracije priseljencev v zadnjih letih v Sloveniji sicer zaznan kot eden od pomembnih elementov vključevanja in zagotavljanja enakopravnosti priseljencev v slovenski družbi, še vedno pa smo precej daleč od tega, da bi lahko govorili o enakih možnostih in enaki obravnavi priseljencev.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 je priseljence prepoznala kot eno od ranljivih skupin prebivalstva, katerih specifične potrebe bo treba upoštevati pri določanju meril za mrežo javne zdravstvene službe, da se odpravijo ugotovljene neenakosti v zdravju in kakovosti obravnave med posameznimi skupinami prebivalstva. Podatkov o konkretnih ukrepih, ki bi bili izvedeni v ta namen, nismo zasledili.

Nova Strategija Vlade Republike Slovenije na področju migracij iz leta 2019 je prepoznala področje zdravstva kot eno od področij kompleksnega procesa integracije. Zaznala je tudi težave, s katerimi se spopadajo zdravstvene ustanove in druge javne službe pri stiku s priseljenci zaradi jezikovnih ovir in nepoznavanja kulturnih razlik, ter v ta namen predlagala uvedbo kulturnih mediatorjev in vzpostavitve mreže prevajalcev, ki bi bili javnim ustanovam na voljo za prevajanje prek telefona. V navedeni strategiji je izražena tudi namera, da bi bilo treba vsem zaposlenim v različnih službah, ki pri svojem delu prihajajo v stik s priseljenci, zagotoviti usposabljanja na področju razvijanja medkulturnih kompetenc in pridobivanja posebnih znanj za identifikacijo ranljivih, prepoznavo različnih simptomov, žrtev nasilja, mučenja, trgovine z ljudmi ipd. Tudi na tem področju konkretnih izvedbenih ukrepov na sistemski ravni še ni zaslediti.

Situacija na področju dostopa in enakopravne(jše) obravnave priseljencev v slovenskem zdravstvenem sistemu se je od leta 2014 delno izboljšala zaradi določenih aktivnosti, izvedenih v okviru posameznih projektov, vendar pa te aktivnosti niso prerasle v trajne sistemske rešitve. Tako je bilo v letu 2017 izvedenih nekaj strokovnih usposabljanj za opolnomočenje zdravstvenih delavcev pri obravnavi tujejezičnih pacientov. Pripravljeni so bili večjezični priručniki za lažje sporazumevanje v zdravstvu, ki so izšli v različnih jezikih. Oblikovane so bile knjižice in zloženke *Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante*, ki so prav tako na voljo v več jezikih. Oblikovan je bil tudi

predmetnik za izobraževanje tolmačev na področju zdravstva, vendar zaradi finančnih razlogov ti izobraževalni programi niso zaživali (Pokorn 2019, 43).

Eden redkih obstoječih sistemskih ukrepov slovenske integracijske politike je seznanjanje priseljencev z delovanjem slovenskega zdravstvenega sistema v okviru tečajev ZIP. Problem teh tečajev pa je v tem, da so brezplačno na voljo le (nekaterim) državljanom tretjih držav, priseljencem iz držav članic Evropske unije pa ne. Kljub večkratnemu javnemu opozarjanju na omenjeni problem neenake obravnave do sprememb za zdaj ni prišlo. Poleg neenakega dostopa različnih skupin priseljencev do omenjenih tečajev je problem tudi v tem, da so tečaji (zlasti širši nadaljevalni modul) mnogim priseljencem na voljo (pre)pozno, šele po enem letu bivanja v Sloveniji.

Rezultati spletne ankete, ki smo jo izvedli v okviru projekta *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji*, so razkrili ali potrdili obstoj nekaterih ovir, s katerimi se priseljenci soočajo pri dostopu do zdravstvene oskrbe v Sloveniji. Analiza podatkov je nakazala obstoj potencialnih razlik v zdravju in dostopu do zdravstvenih storitev med posameznimi skupinami priseljencev glede na njihov socialno-ekonomski položaj, zaznane so bile tudi razlike po spolu in državah izvora, vendar zaradi premajhnega vzorca anketiranih teh domnev ne moremo potrditi. Se pa na podlagi tega kažejo potrebe po dodatnem raziskovanju. Tudi dejstvo, da širše statistične raziskave razkrivajo obstoj neenakosti na področju zdravja med priseljenci in nepriseljenci v Sloveniji, kliče k nadaljnjim raziskavam za odkrivanje vzrokov zaznanih neenakosti in k pripravi ukrepov za odpravljanje teh neenakosti oziroma za zagotavljanje enakega dostopa in enake obravnave priseljencev pri zdravstveni oskrbi.

Literatura in viri

- Abraido - Lanza, A. F., Chao, M. T. in Florenz, K. R., 2005. Do Healthy Behavior Decline with Greater Acculturation? Implications for the Latino Mortality Paradox. *Social Sciences in Medicine* 61, 1243–1255.
- Acevedo - Garcia, D., Bates, L. M., Osypuk, T. L. in McArdle, N., 2010. The Effect of Immigrant Generation and Duration on Self-Rated Health among US Adults 2003–2007. *Social Science in Medicine* 71 (6), 1161–1172.
- Banal, R., Thappa, J., Shah, H. U., Hussain, A., Chowhan, A., Kaur, H. et al., 2010. Psychiatric Morbidity in Adult Kashmiri Migrants Living in a Migrant Camp at Jammu. *Indian Journal of Psychiatry* 52 (2), 154–158.
- Baron - Epel, O. in Kaplan, G., 2001. Self-Reported Health Status of Immigrants from the Former Soviet Union in Israel. *Israel Medical Association Journal* 3, 940–946.
- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. in Coster, S., 2018. Inequalities in Access to Healthcare. *A Study of National Policies. European Social Policy Network (ESPN)*, European Commission, Brussels.
- Betancourt, J., Green, A. R., Carrillo, E. J. in Ananeh - Firemong, O., 2003. Defining Cultural Competence: A practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports* 118, 293–302.
- Bofulin, M. in Bešter, R., 2010. Enako zdravstvo za vse? Priseljenci v slovenskem zdravstvenem sistemu. V M. Medvešek in R. Bešter (ur.) *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana, 270–311.
- Cho Y., Frisbie, W. P., Hummer, R. A. in Rogers, R. G., 2004. Nativity, Duration of Residence and the Health of Hispanic Adults in the United States. *International Migration Review* 38 (1), 184–197.
- Evropska socialna listina* – spremenjena, 1999. http://www.svetevrope.si/sl/dokumenti_in_publikacije/konvencije/163/index.html (dostop 24. 8. 2020).
- Eurostat (EHIS), 2020. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_cd1binlang=en (dostop 24. 8. 2020).
- Eurostat (EU-SILC), 2020a. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_23inlang=en (dostop 24. 8. 2020).
- Eurostat (EU-SILC), 2020b. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_23inlang=en (dostop 24. 8. 2020).
- Farkaš Lainščak, J. in Lipovec Čebren, U., 2016. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana.
- Gushulak, B., 2007. Commentary. Healthier on Arrival. Healthier on Arrival? Further Insight into the »Healthy Immigrant Effect«. *Canadian Medical Association* 176 (10), 1439–1440.
- Ioannidi - Kapolou, E., 2007. Health Barriers and Inequities for Migrants. V Y. Apostolopoulos in S. Sonmez (ur.) *Population Mobility and Infectious Disease*. Springer, N.Y., 41–54.

- Kejžar, B. in Medved, F., 2010. »Smo res dobrodošli?« Stiki in komunikacija med imigranti in pristojnimi državnimi institucijami. V M. Medvešek in R. Bešter (ur.) *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji* (Etničnost, 9). Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana, 92–142.
- Konvencija o otrokovih pravicah*, 1989. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZZ/Dokumenti/multilateralalaclovekovepraviceporocila-SLO-po-instrumentih-o-clovekovih-pravicah/73241a9c65/Konvencija-o-otrokovich-pravicah.pdf> (dostop 26. 8. 2020).
- Lassetter, J. H. in Callister, L. C., 2009. The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in Western Societies. *Journal of Transcultural Nursing* 20 (1), 93–104.
- Lenarčič, B., Sedmak, M. in Medarič, Z., 2018. Pregled literature, dobre prakse In študije primerov v Sloveniji. V G. Delli Zotti (ur.) *Stanje na področju spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk. Težave in primeri dobrih praks. Projekt integra: poročila za DS 3.1.1 in 3.1.2*. EUT Edizioni Università di Trieste, Trst, 116–125.
- Lipovec Čebren, U., 2010. Slepa pega evropskega zdravstva. V K. Medica, G. Lukič in M. Bufon (ur.) *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, Založba Annales, Koper, 57–81.
- Lipovec Čebren, U., 2017. »Ko nujno postane nenujno«: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva* 57 (1/2), 54–64.
- Lipson, J., Weinstein, H., Gladstone, E. in Sarnoff, R., 2003. Bosnian and Soviet Refugees' Experience With Health care. *Western Journal of Nursing Research* 25 (7), 854–871.
- Mazur, R. E., Marquis, G. S. in Jensen, H. H., 2003. Diet and Food Insufficiency among Hispanic Youths: Acculturation and Socioeconomic Factors in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Clinical Nutrition* 78 (6), 1120–1127.
- Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*. Uradni list RS 35 (1992 – MP), 9 (1992).
- Medvešek, M., Bešter, R. in Pirc, J., 2019. *Izzivi integracije priseljencev in razvoj integracijske politike v Sloveniji, DS4 – identifikacija percepcij priseljencev o integraciji*, zbornik: priseljenci. Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana.
- MIPEX – Migrant Integration Policy Index, 2014a. Health, <http://www.mipex.eu/health> (dostop 17. 7. 2020).
- MIPEX – Migrant Integration Policy Index, 2014b. *MIPEX Health Strand – Country Report Slovenia*, <http://www.mipex.eu/slovenia> (dostop 17. 7. 2020).
- Multilingual Health, 2020. <http://multilingualhealth.ff.uni-lj.si/Razpored%20usposabljanj1.pdf> dostop 31. 8. 2020).
- NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Zdravje beguncev in migrantov*. <https://www.nijz.si/sl/zdravje-beguncev-in-migrantov> (dostop 6. 8. 2020).
- OECD/EU, 2018. *Settling In 2018: Indicators of Immigrant Integration*. OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels. <https://doi.org/10.1787/9789264307216-en> (dostop 6. 8. 2020).

- Pascoe, E. in Smart Richman, L., 2009. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 135 (4), 531–554.
- Pistotnik, S., 2019. Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave. V N. K. Pokorn in U. Lipovec Čebtron, (ur.) *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, Ljubljana, 66–77.
- Pokorn, N. K., 2019. Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja. V N. K. Pokorn in U. Lipovec Čebtron (ur.) *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, Ljubljana, 30–47.
- Pokorn, N. K. in Lipovec Čebtron, U. (ur.), 2019. *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, Ljubljana.
- Prosen, M., Rebec, D., Bogataj, U., Medica, K., Ličen, S., Čelhar, J., Prosen, J. in Podobnik, M., 2018. Spolno in reproduktivno zdravje in družbene integracije: primer Slovenije. V G. Delli Zotti (ur.) *Stanje na področju spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk. Težave in primeri dobrih praks. Projekt integra: poročila za DS 3.1.1 in 3.1.2*. EUT Edizioni Università di Trieste, Trst, 76–87.
- Rajgelj, B., 2012. Vpliv delovnopravnega, državljanskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju. *Zdravstveno varstvo* 51 (1), 43–52.
- Razum, O. in Twardella, D., 2002. Towards an Explanation for a Paradoxically Low Mortality among Recent Immigrants. *Tropical Medicine and International Health* 7 (1), 4–10.
- Razum, O., Zeeb, H., Akgün, H. S. in Yilmaz, S., 2002. Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect? *Tropical Medicine and International Health* 7 (1), 4–10.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. in McKee, M., 2013. Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe. *The Lancet* 381, 1235–1245.
- Renzaho, A., Polonsky, M., Mellor, D. in Cyril, S., 2016. Addressing Migration-Related Social and Health Inequalities in Australia: Call for Research Funding Priorities to Recognise the Needs of Migrant Populations. *Australian Health Review* 40 (1), 3–10.
- ReNPZV – *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Uradni list RS 72 (2008) in 47 (2008).
- ReNPZV16–25 – *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Uradni list RS 25 (2016).
- Sedmak, M., Medarić, Z., Perković, K. in Zadel, M., 2019. *Raziskava o potrebah na področju integracije delavcev iz drugih držav članic EU v Sloveniji: končno poročilo*. Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Center za raziskovanje javnega mnenja, Koper.

- Smith Nielsen, S., Folmann Hempler, N. in Krasnik, A., 2013. Issues to Consider When Measuring and Applying Socioeconomic Position Quantitatively in Immigrant Health Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10, 6354–6365.
- Sterud, T., Tynes, T., Sivesind Mehlum, I., Veiersted, K. B., Bergbom, B., Airila, A., Johansson, B., Brendler - Lindqvist, M., Hviid, K. in Flyvholm, M. A., 2018. A Systematic Review of Working Conditions and Occupational Health Among Immigrants in Europe and Canada. *BMC Public Health* 18, 770.
- Strategija Vlade RS na področju migracij*, 2019. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MNZ/SOJ/STR17072019.pdf> (dostop 21. 7. 2020).
- SURS – Statistični urad Republike Slovenije, Registrski popis, 2018.
- SURS – Statistični urad Republike Slovenije, 2020. Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2018, <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8916> (dostop 21. 7. 2020).
- Swerdlow, A. J., 1991. Mortality and Cancer Incidence in Vietnamese Refugees in England and Wales: A Follow-Up Study. *International Journal of Epidemiology* 20, 13–19.
- Uredba o načinih in obsegu zagotavljanja programov pomoči pri vključevanju tujcev, ki niso državljani Evropske unije*. Uradni list RS 70 (2012) in 58 (2016).
- Ustava Republike Slovenije*. Uradni list RS 33 (1991-I), 42 (1997 – UZS68), 66 (2000 – UZ80), 24 (2003 – UZ3a), 47, 68, 69 (2004 – UZ14), 69 (2004 – UZ43), 69 (2004 – UZ50), 68 (2006 – UZ121), 140, 143, 47 (2013 – UZ148), 47 (2013 – UZ90,97,99) in 75 (2016 – UZ70a).
- WHO – World Health Organization, 2010. *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf (dostop 19. 8. 2020).
- Williams, R., 1993. Health and Length of Residence among South Asians in Glasgow: A Study Controlling for Age. *Journal of Public Health Medicine* 15, 52–60.
- Woolfson, C., 2007. Labour Standards and Migration in the New Europe: Post-Communist legacies and Perspectives. *European Journal of Industrial Relations* 13 (2), 199–218.
- Zagovornik načela enakosti*, 2020. <http://www.zagovornik.si/o-diskriminaciji/kaj-je-diskriminacija/> (dostop 20. 8. 2020).
- ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah*. Uradni list RS 15 (2008) in 55 (2017).
- ZTuj-2 – Zakon o tujcih*. Uradni list RS 1 (2018 – UPB), 9 (2018 – popr.) in 62 (2019 – odl. US).
- ZIP – Začetna integracija priseljencev*, 2011. Andragoški center Slovenije, Ljubljana, <https://arhiv.acs.si/programoteka/ZIP.pdf> (dostop 5. 8. 2020).
- ZMZ-1 – Zakon o mednarodni zaščiti*. Uradni list RS, št. 16 (2017 – UPB).
- ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Uradni list RS 72 (2006 – UPB), 114 (2006 – ZUTPG), 91 (2007), 76 (2008), 62 (2010 – ZUPJS), 87 (2011), 40 (2012 – ZUJF), 21 (2013 – ZUTD-A), 91 (2013), 99 (2013 – ZUPJS-C), 99 (2013 – ZSVarPre-C), 111 (2013 – ZMEPIZ-1), 95 (2014 – ZUJF-C), 47 (2015 – ZZSDT), 61 (2017 – ZUPŠ), 64 (2017 – ZZDej-K) in 36 (2019).

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2014. *Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2014 do 2019*. [https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/0bf5b8b117643a51c1257c470034803f/\\$-FILE/SRP%202014-2019%20-%20web.pdf](https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/0bf5b8b117643a51c1257c470034803f/$-FILE/SRP%202014-2019%20-%20web.pdf) (dostop 31. 7. 2020).

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/sporazumi (dostop 31. 7. 2020).