

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo

**PRIMERJALNA ANALIZA UDELEŽBE
MARGINALNIH SKUPIN PRI OBLIKOVANJU
NACIONALNE ZDRAVSTVENE POLITIKE NA
PRIMERU SLOVENIJE IN KANADE**

Mateja Zabukovec

Ljubljana, januar 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO

DIPLOMSKO DELO

**PRIMERJALNA ANALIZA UDELEŽBE MARGINALNIH SKUPIN
PRI OBLIKOVANJU NACIONALNE ZDRAVSTVENE POLITIKE
NA PRIMERU SLOVENIJE IN KANADE**

Kandidatka: Mateja Zabukovec
Vpisna številka: 04040078
Študijski program: Univerzitetni študijski program Upravljanje javnega sektorja, prva stopnja
Mentor: doc. dr. Mitja Durnik

Ljubljana, januar 2017

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA

Podpisana »Mateja Zabukovec«, študentka »Univerzitetnega programa Upravljanje javnega sektorja, prva stopnja«, z vpisno številko »04040078«, sem avtorica diplomskega dela z naslovom: »Primerjalna analiza udeležbe marginalnih skupin pri oblikovanju nacionalne zdravstvene politike na primeru Slovenije in Kanade«.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je priloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbela, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo, in sem to tudi jasno zapisala v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerimi so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS, št. 21/95), kršitev pa se sankcionira tudi z ukrepi po pravilih Univerze v Ljubljani in Fakultete za upravo;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Diplomsko delo je lektorirala: dr. Aleksandra Gačić

Ljubljana, 3.1.2017

Podpis avtorice:

POVZETEK

Zdravstvena politika je v literaturi opredeljena kot ena izmed javnih politik, ki so definirane kot politične odločitve ali uradna pravila obnašanja, omejena na nekem območju, ki ga vodi in nadzoruje pristojna državna avtoriteta. Pri javnih politikah so pomembni tudi oblikovalci le-teh. Ključni oblikovalci so državni, saj imajo t. i. monopol nad političnim odločanjem. V današnjem času ima kar nekaj držav, ki so demokratične ter bolj socialno in ekonomsko razvite, tudi nedržavne »deležnike« – interesne skupine, neparlamentarne politične stranke, informacijski sektor in seveda državljane. Zdravstvena politika je opredeljena kot eden izmed socialnih servisov države, ki je organizator, in tudi kot izvajalec zdravstvenih dejavnosti.

Za zdravstveno politiko v Sloveniji je značilno, da je z vidika politik v veliki meri zaprta za deležnike, ki bi hoteli vplivati na njeno oblikovanje in odločanje v samem javnopolitičnem procesu. Moj namen se ni bil ukvarjati s prevladujočimi akterji javno-politične arene, temveč z izzivom, ali lahko marginalne skupine kakor koli vplivajo na oblikovanje zdravstvene politike z namenom, da bi si zagotovile svoj vpliv pri izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev. Vemo, da se predvsem v času krize izdatki za zdravstvo zmanjšujejo in država posledično išče vedno nove možnosti varčevanja tudi na tem področju. Neizogibno se krčijo tudi pravice uporabnikov zdravstvenih storitev, posebej občutljive pa so v tem kontekstu marginalne skupine.

Ključne besede: zdravstvena politika, deležniki, oblikovanje javne politike, zdravstvo, zdravstvene storitve, marginalne skupine, romska problematika.

SUMMARY

COMPARATIVE ANALYSIS OF NATIONAL HEALTH POLICY AND PARTICIPATION OF MARGINAL GROUPS IN THE CASE OF SLOVENIA AND CANADA

Relevant literature defines health policy as one of the public policies, i.e. political decisions or official codes of conduct that apply to a certain territory headed and controlled by the competent national authority. That said, policy makers play an important role in public policies. They are categorised as national policy makers because they hold a monopoly of political decision-making. However, many democratic and socially as well as economically developed countries nowadays have non-governmental "stakeholders" – interest groups, non-parliamentary political parties, the information sector and, of course, citizens. Health policy is one of the state's social services which organises and provides health care activities.

The Slovene health policy is typically quite closed to the stakeholders who would want to shape it and take part in the public political process. Our goal was not to explore the predominant actors in the public political arena, but rather look at the challenge of marginal groups having any say at all in shaping the health policy and therefore helping improve the quality of health care services. It is a known fact that health care spending falls during crisis and that the state is always seeking ways to save money in this area as well. As a result, the rights of health care users are always negatively affected, which is particularly true for marginal groups.

Keywords: health policy, stakeholders, shaping public policy, health care, health care services, marginal groups, issues of the Roma population.

KAZALO

| | |
|---|------|
| IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA | III |
| POVZETEK..... | V |
| SUMMARY | VI |
| KAZALO..... | VII |
| KAZALO PONAZORITEV | VIII |
| KAZALO GRAFIKONOV | VIII |
| KAZALO SLIK | VIII |
| KAZALO TABEL..... | VIII |
| 1 UVOD | 1 |
| 2 POJMOVNIK | 4 |
| 3 OPREDELITEV ZDRAVSTVENE POLITIKE | 6 |
| 3.1 POJEM JAVNIH POLITIK..... | 6 |
| 3.1.1 ZVRSTI JAVNIH POLITIK | 7 |
| 3.2 ZDRAVSTVENA POLITIKA..... | 7 |
| 3.3 JAVNO-POLITIČNI PROCES IN CIKLUS..... | 8 |
| 3.4 PROBLEM DOSTOPA (VRATARJENJA) DO OBLIKOVANJA JAVNIH POLITIK ... | 10 |
| 3.5 POLITIČNA PARTICIPACIJA..... | 11 |
| 3.6 DVA PRISTOPA K OBLIKOVANJU JAVNIH POLITIK | 12 |
| 4 ROMI V SLOVENIJI | 15 |
| 4.1 ZGODOVINSKO OZADJE | 15 |
| 4.2 STATISTIČNI IN DEMOGRAFSKI PODATKI..... | 16 |
| 4.3 PRAVNA UREDITEV IN POLITIČNA PARTICIPACIJA ROMOV | 18 |
| 5 ROMI IN PROBLEMATIKA ZDRAVSTVA..... | 22 |
| 5.1 MOŽNOST DOSTOPA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV | 24 |
| 5.2 SREDSTVA, NAMENJENA REŠEVANJU ROMSKE PROBLEMATIKE | 25 |
| 5.3 PRIMER DOBRE PRAKSE | 26 |
| 5.3.1 SLOVENIJA..... | 26 |
| 5.3.2 KANADA..... | 27 |
| 5.4 MOŽNOSTI IZBOLJŠAV V SLOVENIJI..... | 28 |
| 6 PREVERITEV HIPOTEZ | 31 |
| 7 PRISPEVEK K STROKI..... | 32 |
| 8 ZAKLJUČEK | 33 |
| LITERATURA IN VIRI..... | 34 |

KAZALO PONAŽORITEV

KAZALO GRAFIKONOV

Grafikon 1: Delež poselitve Romov po območjih v Sloveniji (2010).....18

KAZALO SLIK

Slika 1: Lestev politične participacije11

Slika 2: Karta poselitve Romov in Sintov v Sloveniji (2013).....16

Slika 3: Število Romov po občinah v Republiki Sloveniji po zadnjem popisu leta 2002.....17

Slika 4: Občine z vsaj enim romskim svetnikom v Sloveniji leta 200320

Slika 5: Značilnosti zdravstvenega varstva Romov v Pomurju25

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pregled števila Romov po Delovnem poročilu iz leta 2010.....17

1 UVOD

V današnjem svetu se soočamo s številnimi problematikami različnih področij, kjer so udeležene različne skupine ljudi, ki so jim v večini primerov skupni najrazličnejši interesi. V svojem diplomskem delu sem soočila zdravstveno politiko v Sloveniji in Kanadi, s poudarkom na primerjavi metodologije udeležbe javnosti v oblikovanju javnih politik. Dejstvo je, da je Kanada v zadnjih letih oblikovala množico različnih pristopov, ki se ukvarjajo s tem, na kakšen način je možno marginalne skupine vpeljati v procese oblikovanja javnih politik in samega odločanja. Ne samo staroselsko vprašanje, tudi intenzivne migracije v državo so prisilile odločevalce, da so začeli razmišljati o novih pristopih reprezentacije javnosti. V slovenskem kontekstu so ciljne skupine obravnave osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ki pravzaprav niso združene v nobeno vplivno civilno skupino.

Diplomsko delo je sestavljeno iz razlage osnovnih pojmov, kot je opredelitev zdravstvene politike, kjer je treba razločiti tudi sam pojem »javna politika«. Kasneje sledijo še razlage same analize javnih politik, razlaga pojma zdravstvena politika, razlaga javno-političnega procesa in težav, ki se pojavljajo ob tem procesu. V zadnjem delu diplomskega dela sledi ključni, primerjalni del. Osredotočila sem se na marginalne skupine, na eni strani v Sloveniji, na drugi pa na pripadnike teh skupin v Kanadi. Z raziskovanjem področja udejstvovanja in vključevanja marginalnih skupin v javno politiko, v mojem primeru zdravstveno politiko, sem oblikovala tudi glavno in dve podhipotezi. Splošna oz. glavna hipoteza, ki je tudi osnovno vodilo skozi diplomsko delo, nam postavlja vprašanje odprtosti kanadske zdravstvene politike v primerjavi s slovensko. V podporo splošni hipotezi sem postavila še dve podhipotezi, in sicer z namenom ugotovitve dejanskega stanja – ali se dejavno vključevanje marginalnih skupin odraža tudi v kakovosti zdravstvenih storitev in nasploh daljši življenjski dobi Romov. Omenjene hipoteze sem skušala v nadaljevanju potrditi oziroma ovreči z razlago politične organiziranosti posamezne marginalne skupine in predstavivijo primerov dobrih praks na obeh straneh. Na koncu sem podala tudi svoje predloge za izboljšanje obstoječega stanja v Sloveniji.

Namen naloge je preveriti, kateri pristopi udeležbe marginalnih skupin v javnih politikah (še posebej zdravstveni politiki) iz kanadske prakse bi bili lahko relevantni za aplikacijo v Sloveniji. Ob tem velja vseeno poudariti, da na nekaterih področjih v Sloveniji obstajajo primeri dobrih praks udeležb javnosti v odločanju o pomembnih javnih zadevah.

Iz navedenega izhaja pravzaprav tudi cilj diplomskega dela – ponuditi nove ali izboljšane pristope udeležbe javnosti v javnih politikah, ki bi temeljili na prepoznavi neravnotežij moči med interesnimi akterji. Zdi se ključno, da je za uvajanje pozitivne diskriminacije v javnih politikah smiselno razmisliti o rekonstrukciji same javnopolitične arene.

Nova ali izboljšana metodologija participacije marginalnih skupin bi bila lahko dobrodošla za načrtovalce javnih politik v Sloveniji. Prav kanadska praksa kaže, da bi morale državne institucije nameniti več pozornosti kulturnim parametrom pri marginalnih skupinah.

Kanada je omenjeno uspela vzpostaviti tudi z rekonstrukcijo koncepta multikulturalizma in njegovo aplikacijo na polje javnih politik.

Za zdravstveno politiko v Sloveniji je značilno, da je z vidika analize politik v veliki meri zaprta za interesne akterje, ki bi hoteli vplivati na njeno oblikovanje in odločanje v samem javno-političnem procesu. Zanimivo je, da »vratar« (angl. gatekeeper) procesa ni prepoznan kot katera od institucij države, temveč v veliki meri stanovska organizacija zdravnikov – zdravniška zbornica (Zdravniška zbornica, 2016). Moj namen ni, da bi se ukvarjala s prevladujočimi akterji javno-politične arene, temveč z izzivom, ali lahko marginalne skupine kakor koli vplivajo na oblikovanje zdravstvene politike z namenom, da bi si zagotovile svoj vpliv na izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Znano je, da se predvsem v času krize izdatki za zdravstvo zmanjšujejo in država išče vedno nove možnosti varčevanja tudi na tem področju. Temu primerno in neizogibno se krčijo tudi pravice uporabnikov zdravstvenih storitev. Še posebej občutljive so v tem kontekstu marginalne skupine.

Bistvo problema udeležbe marginalnih skupin v procesih odločanja o javnih zadevah je po mojem mnenju v razmerjih moči med interesnimi akterji v javnopolitičnem procesu. Načrtovalci politik v mednarodnem prostoru veliko pozornosti namenjajo t. i. metodologiji udeležbe javnosti v oblikovanju politik (Durnik, 2008). Obstoječa razmerja moči med akterji se lahko rekonstruirajo tudi s pristopi, ki pomenijo neke vrste pozitivno diskriminacijo za ogrožene skupine v določeni skupnosti. Težava večine pristopov je v tem, da jih oblikujejo državne institucije, kjer je koncept javnopolitičnega prostora že vnaprej določena kategorija. Določene so procedure udeležbe, način komuniciranja med akterji, navadno pa so prisotna tudi stroga pravila obnašanja v javnih debatah. V takih razmerah je tudi nadzor konflikta med državnimi igralci in interesnimi skupinami navadno visok. Torej so predstavniki civilno-interesne sfere omejeni z možnostjo vplivanja. Druga možnost je, da se marginalne skupine in druge interesne skupine združujejo po načelu »od spodaj navzgor« in oblikujejo močnejša interesna omrežja, ki imajo posledično zmožnost, da porušijo obstoječa razmerja moči. Sundaram (1997) pa načrtovalcem javnih politik ponuja koncept udeležbe javnosti, ki ga definira kot pristop »znotraj« (angl. within). Pomeni, da se posamezne iniciative (pobude) in rešitve oblikujejo znotraj marginalizirane skupnosti. Torej v prvi vrsti strokovnjaki mislijo na opolnomočenje lokalnega prebivalstva skozi oblikovanje in odločanje o javnih politikah.

Smiselno se mi zdi definirati raziskovalno vprašanje – vodilo skozi diplomsko delo. Zanima me, na kakšen način marginalizirani posamezniki in skupine dojemajo status podrejenosti. Ne gre le za politično kategorijo, temveč tudi za določene psihološke konsekvence načina življenja posameznikov in skupin.

Glede na omenjeno sem oblikovala naslednjo glavno hipotezo:

Hg: Kanadska zdravstvena politika je bolj odprta za sodelovanje marginalnih skupin v primerjavi s slovensko.

V podporo splošni hipotezi sem postavila še naslednji podhipotezi:

Hp 1: Vpliv marginalnih skupin na oblikovanje nacionalne zdravstvene politike se zelo odraža v kakovosti zdravstvenih storitev za marginalne skupine.

Hp 2: Dejavnije vključevanje Romov v večinsko družbo bi ključno pripomoglo k daljši življenjski dobi Romov.

Uporabljen pristop je primerjalne narave. Če sledimo pojasnjevanju Ivanka (2007), pri komparativistiki težimo k temu, da najprej iščemo podobnosti med pojavi, šele nato poudarimo razlike. V kontekstu primerjalnega pristopa bom najprej soočila osnovne značilnosti zdravstvenih sistemov Slovenije in Kanade. Predmet primerjalne analize bodo tudi različni pristopi udeležbe javnosti v javnih politikah, ki so del procesa odločanja v obeh državah.

V osnovi izhajamo iz metodologije primerjalnih politik, s posebnim poudarkom na primerjalni analizi javnih politik. Le-to pomeni, da uporabljamo predvsem poseben pristop, ki ga številni avtorji pojmujejo le kot orodje analize v javnih politikah – javnopolitična omrežja. Gre za koncept, ki se nekako uporablja na vmesni ravni analize, v smislu povezovanja na mikro in makro ravni v analizi javnih politik.

V kontekstu analize politik omenjeno dogajanje postavljam v kontekst javno-političnega procesa kot faznega procesa javno-političnega odločanja in oblikovanja javnih politik. Zanimata me predvsem dve fazi procesa: oblikovanje dnevnega reda in oblikovanje rešitev ali oblikovanje politike. Izhajam predvsem iz interesno-skupinskega modela analize politik, ki predvideva, da je združevanje interesnih skupin ključno za rekonstrukcijo razmerij moči v javni sferi (Fink Hafner, 2007).

2 POJMOVNIK

– **Politična participacija**

Pojem politične participacije je opredeljen kot vključenost posameznika ali skupin v politični sistem na najrazličnejše načine. Ta vključenost so lahko volitve, lahko je neposredno sodelovanje pri političnih odločitvah, lahko je opravljanje neke politične funkcije. Če gledamo z najširšega stališča, menim, da je politična participacija na neki način vsakršno zanimanje ali pa nezanimanje za politiko.

– **Marginalne skupine in družbena izključenost oz. marginalizacija**

Z izrazom marginalne skupine označujemo skupine ljudi, ki so delno ali popolnoma izključeni s strani družbe ali države. Ta družbena izključenost ali marginalizacija je posledica različnih dejavnikov – rasa, etničnost, religija, jezik, kultura, stigme, spol, starost, bolezen, ekonomsko stanje (revščina) itd.

– **Javnopolitično omrežje**

Javnopolitično omrežje je v bistvu skupek vseh enot, ki so med seboj povezane z različnimi odnosi in interesi in delujejo v procesih oblikovanja ter izvajanja javnih politik. V grobem gre za odnose med državnimi in nedržavnimi akterji oz. odnose med državo in družbo.

– **Politics, policy, polity**

Pojem politika ima v literaturi več različnih pomenov. Zasledimo lahko vsaj tri različne, ki jih v našem slovenskem jeziku še vedno prevajamo kot »politika«. Prvi izraz predstavlja politiko kot boj za oblast (angl. politics), drugi predstavlja politične institucije (angl. polity), tretji pa javne politike (angl. policy), kamor uvrščamo tudi zdravstveno politiko, ki bo v diplomskem delu podrobneje predstavljena. Podrobno bom pojem javne politike in povezujoče termine opredelila v naslednjem poglavju.

– **Zdravstvena politika**

Zdravstvena politika je ena izmed javnih politik (angl. policy) in bi jo najlažje opisala kot nekakšen odgovor države na potrebe javnega zdravstva. Cilji zdravstvene politike so jasni – izboljšanje obstoječega zdravja ter dvig zdravstvene in življenjske ravni prebivalstva. Če pa pogledamo širše, lahko opazimo, da se zdravstvena politika prepleta še z drugimi javnimi politikami, saj prispeva tudi k socialnemu in ekonomskemu napredku ter družbenemu razvoju, če je seveda učinkovita, pravilno usmerjena in uspešna.

– **Skupnost**

S pojmom skupnost označujemo skupino ali skupine ljudi s podobnimi interesi, ki so tudi povod za združevanje. Interesi so lahko različni, prav tako poznamo tudi različne oblike skupnosti.

3 OPREDELITEV ZDRAVSTVENE POLITIKE

3.1 POJEM JAVNIH POLITIK

Izraz javna politika (angl. public policy) je ožji od izraza politika (angl. politics) in se uporablja za definiranje javnih zadev ali administriranje vlade (angl. government), le-ta je mišljena ne le kot izvršilna veja oblasti, ampak deluje tudi drugače (Dunn, 1994). Javne politike so izraz, ki v demokratičnih sistemih združuje usmerjenost k doseganju javnega dobrega in zasledovanje temeljnih družbenih vrednot. Dye (1995) je opredelil javno politiko na zelo enostaven način – da je to vse, kar se vlada odloči narediti ali pa ne.

Hecló, Heidenheimer in Adams (1990) so javno politiko opredelili kot odgovor na tri vprašanja:

- kako oblast (vlada v širšem smislu) deluje ali ne deluje;
- zakaj oblast deluje ali ne deluje;
- kakšni so učinki tega delovanja ali nedelovanja.

Dye (1995) je javno politiko opredelil na podoben način. Prej navedeni avtorji so jo razlagali skozi vprašanja, Dye pa skozi odgovore na vprašanja. Začel je z opisom javne politike, nadaljeval z razlago vzrokov, kjer se je spraševal, zakaj vlada sploh deluje oziroma ne deluje in zakaj je tako. Nazadnje je razložil še zadnjo točko – učinke in posledice. Vprašal se je, kako javne politike vplivajo oziroma ne vplivajo na nas in kaj bi se zgodilo, če tega ne bi bilo (Dye, 1995).

Izraz javna politika se je v slovenskem jeziku izostril šele z oblikovanjem demokratičnega političnega sistema. Doslednejše pojmovanje in razlikovanje med politikami kot upravljanje določenih družbenih podsistemov in reševanje družbenih težav ter politiko kot vladanje – boj za oblast so prinesle šele demokratične volitve. V slovenskem prostoru imamo še vedno težave z razločevanjem treh pomenov pojma politika, saj se v angleškem jeziku za naš prevod »politika« uporabljajo trije različni izrazi: »policy« (javne politike), »polity« (politične ustanove) in »politics« (politika kot boj za oblast) (Fink Hafner, 2007).

Pojem javne politike torej najprej služi za opis posameznih področij delovanja oblasti v širšem smislu (Hogwood & Gunn, 1984). Posredovanje javnih politik se nanaša predvsem na to, kako težave (angl. problems) in problemske vsebine (angl. issues) opredeliti in oblikovati ter na kakšen način so uvrščene na javnopolitični dnevni red (Parsons, 1999).

Izraz javne politike je možno razumeti tudi kot neke umetne tvorbe, ustvarjene z namenom, da bi v okviru problemskega okolja (angl. issue area) ustrezale reševanju dane težave (Hogwood & Gunn, 1984), za katero je pristojna takratna demokratično izvoljena oblast. V tem kontekstu je torej javna politika načrtno delovanje enega ali več igralcev z namenom reševanja nastalih težav, kot pravi Anderson (2005).

Procesi odločanja se najpogosteje odvijajo v predpisanih formalnih okvirjih, kjer igralci delujejo na osnovi posebnih pravnih dogovorov, in pravilih, zato je treba poznati tudi

značilnosti njihovih medsebojnih odnosov (med samimi odločevalci in tudi med zainteresiranimi igralci, ki prihajajo iz civilne družbe), ne samo njihovih vlog.

3.1.1 ZVRSTI JAVNIH POLITIK

Javne politike se med seboj precej razlikujejo, zato jih lahko delimo na različne skupine. Najpogosteje jih delimo glede na tri razločevalne lastnosti oz. nominalne kategorije, in sicer glede na področje, ki ga zajemajo (energetska, kmetijska, zdravstvena itd.). Tukaj je treba poudariti, da se javne politike v realnem svetu tudi prepletajo, kar je lahko pozitivno, saj delujejo v isto smer. Po drugi strani lahko pride tudi do izključevanja, če se med seboj »motijo«. Naslednja imenska kategorija so ciljne skupine, kamor štejemo družbene skupine, kjer si država prizadeva z vpletanjem pomagati pri reševanju relevantnih težav. Kot zadnja kategorija je v literaturi naveden institucionalni okvir. Vemo, da je vsaka javna politika oblikovana z namenom ustanovitve politično odločevalskih ustanov, in sicer v določenih področnih političnih enotah. Glede na oblikovalca in politično opredeljeno področje lahko govorimo o različnih ravneh – občinski, regionalni, nacionalni, deželni, zvezni in skupni evropski politiki (Fink Hafner, 2007).

Javne politike se nadalje razlikujejo tudi glede na učinke ali posledice. V sklopu te delitve v literaturi zasledimo štiri različne kategorije: urejevalne ali regulativne, s katerimi država kot glavni akter določa pravila vedenja in nadzora; razdelitvene ali distributivne v smislu razdeljevanja novih virov; prerazdelitvene ali redistributivne, s katerimi se spreminja razdelitev obstoječih virov; kot zadnja posledica javnih politik pa so ustanovne oziroma konstitucijske (angl. konstituent), s katerimi se vzpostavljajo nove ustanove ali pa reorganizirajo obstoječe (Fink Hafner, 2007).

Poleg omenjenih delitev se javne politike ločijo tudi glede na kakovost. To razlikovanje je v osnovi dvojno, saj razlikujemo med materialnimi in nematerialnimi javnimi politikami. Materialne politike vključujejo različne oblike in načine financiranja ter zagotavljanja materialnih dobrin, kamor so zajeti pozitivni in negativni transferji ter finančni, infrastrukturni in »stvarni« programi. Pod pojmom nematerialne politike se združujeta ponujanje določenih storitev in določanje pravil obnašanja ljudi v neki določeni področni politični enoti, kamor štejemo humane in socialne storitve, »stvarne« storitve in regulativno politiko (Fink Hafner, 2007).

3.2 ZDRAVSTVENA POLITIKA

Zdravstveno politiko lahko najenostavneje opredelimo kot odgovor družbe na potrebe javnega zdravja, zdravstvene potrebe prebivalstva in tudi odraz materialnih možnosti družbe za zagotavljanje zdravstvene varnosti družbe. Zdravstvena politika kot taka je skupek akcij, programov, sistemov ukrepov, priporočil in usmeritvenih ciljev za uresničevanje zdravstvenega varstva. Končni cilj učinkovite zdravstvene politike je jasen – izboljšanje obstoječega zdravja ter dvig zdravstvene in življenjske ravni prebivalstva. Če pogledamo bolj na splošno, zdravstvena politika prispeva tudi k socialnemu in

ekonomskemu napredku ter družbenemu razvoju, če je seveda učinkovita, pravilno usmerjena in uspešna (Kustec Lipicer, 2012).

Za zdravstveno politiko kot del splošne družbene politike in njeno izvajanje je treba (Strojin, 1998):

- opredeliti, zagotoviti in pripraviti določen sistem, ki najprej vključuje programe in ustrezne ukrepe, kasneje pa organizacijo samega zdravstvenega sistema;
- zagotoviti ustrezne pogoje za čim boljše delovanje zdravstvenega sistema;
- ustrezno porazdeliti zdravstvene zmogljivosti v državi;
- zagotoviti optimalno dostopnost zdravstvenih storitev in cen;
- ustrezno stimulatивно nagradjevati zaposlene v zdravstvu;
- zagotoviti nadvse funkcionalno zdravstveno dejavnost ne glede na razmere;
- potrebno je dejavno sodelovanje vseh dejavnikov.

Zdravstvena politika je ena izmed javnih politik in kot taka del politične arene. Področje zdravstvene politike je eno izmed bolj problematičnih, saj se nenehno pojavljajo vprašanja o racionalnem izvajanju te politike. Ovira se nam postavlja že na začetku, saj moramo najprej pravilno definirati težavo. Treba je namreč razumeti, da biti zdrav ni enako kot imeti dobro zdravstveno politiko. Oboje je seveda zelo pomembno. Naše zdravstveno stanje je namreč odvisno od določenih dejavnikov, na katere zdravstvo nima vpliva – naših življenjskih navad in okolja, v katerem živimo. Vemo, da je v današnjem času marsikje še vedno velika težava sam dostop do zdravstvenih storitev, za kar pa je v številnih primerih krivo neurejeno zdravstveno zavarovanje, ki je osnovni pogoj za koriščenje zdravstvenih storitev. Eden izmed vzrokov za to težavo je tudi plačljivost zdravstvenih storitev. Skupine ljudi, kjer se največkrat pojavlja ta težava, so skupine t. i. »družbenega dna« – brezposelni, begunci in druge marginalne skupine. V državah razvitega sveta so bile na področju zdravstva v ta namen uvedene številne reforme, ki so se posvečale reševanju dveh poglavitnih težav – nadzorovanju stroškov in povečevanju oz. širjenju dostopa do zdravstvenih storitev. V državah razvitega sveta so bile na področju zdravstva v ta namen uvedene številne reforme, ki so se posvečale reševanju dveh osrednjih težav: nadzorovanju stroškov in povečevanju oz. širjenju dostopa do zdravstvenih storitev. Ena izmed najrazvitejših alternativnih zdravstvenih politik, po kateri se zgledujejo številne države, je kanadska (Fink Hafner, 2007).

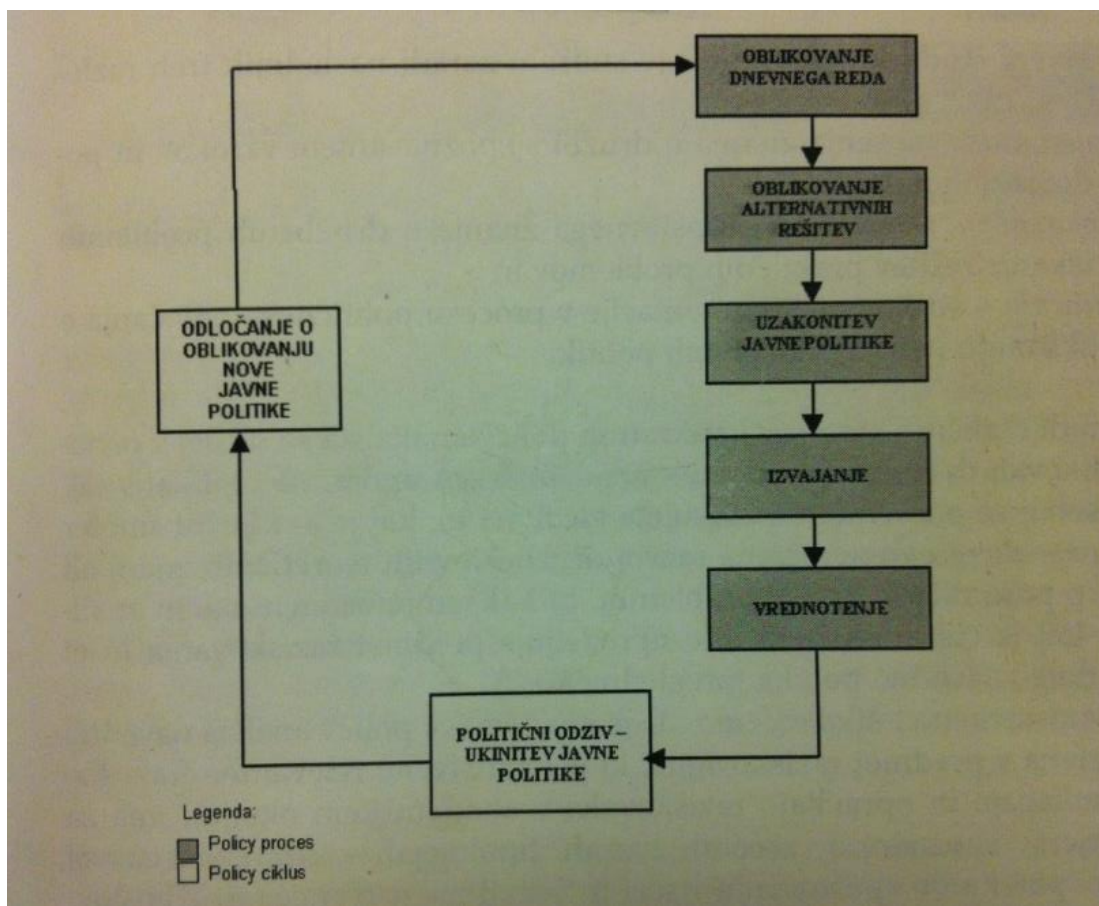
3.3 JAVNO-POLITIČNI PROCES IN CIKLUS

Javnopolitični proces je mogoče razdeliti na pet različnih faz, ki jim sledijo posamezni analitični postopki. Da se neki javnopolitični proces začne, potrebujemo neko relevantno in upravičeno težavo, kar sproži oblikovanje dnevnega reda (angl. Agenda setting). Prva faza je tudi eden izmed ključnih trenutkov v procesu, kjer lahko zasledimo koncept »vratarjenja«, saj ni nujno, da se vedno vključujejo tudi marginalne skupine, čeprav se težava nanaša nanje oz. njihovo delovanje. Naslednja faza, ki sledi, je predlaganje in preizkušanje možne rešitve. Z drugimi besedami jo lahko opišemo kot oblikovanje oz. formulacijo javne politike. Navadno v tej fazi lahko zasledimo javne debate ob predpostavki, da so bili akterji, ki želijo sooblikovati javno politiko, prej sprejeti naprej v

prvi fazi. V tretji fazi sprejemanja se na račun priporočil in izbire najustreznejše rešitve javno politiko potrdi tudi z zakonom – legalizacija. V trenutku, ko se neka javna politika sprejme, se začne njeno izvajanje – implementacija, kar je predzadnja faza. Javnopolitični proces se navadno zaključi s fazo, kjer se izvedena javna politika oceni oz. vrednoti – evalvacija (Kustec Lipicer, 2006).

Podan opis procesa oblikovanja javnih politik je med drugim tudi najcelovitejši in med najbolj enostavnimi. Vizualno ga lahko predstavimo s procesualnim modelom. Na Sliki 1 sta razumljivo razdeljena tudi pojma javnopolitični proces in javnopolitični cikel.

Slika 1: Javnopolitični proces in cikel



Vir: Fink Hafner (2007, str. 19)

V začetni fazi definiranja težave in oblikovanja dnevnega reda so javnopolitična omrežja večinoma še slabo izoblikovana in nestabilna, saj so v teh fazah proučevanja še v razvoju. Nesmiselno bi bilo pričakovati, da bo javnopolitično omrežje v naslednjih fazah oblikovanja in implementacije javne politike že jasno in da bodo odnosi med igralci že popolnoma vzpostavljeni. Treba se je zavedati, da ta koncept ni neprožen, saj proučuje odnose med posameznimi igralci in se posledično v vsaki fazi procesa dopolnjuje in spreminja (Fink Hafner, 2007).

Grdešić (1995) na nekoliko drugačen način razlaga faze javnopolitičnega procesa, in sicer z dejavnostmi, ki se pojavljajo glede na težavo. Kot že prej omenjeno, poznamo pet osnovnih faz. Začne se z iniciativo, nadaljuje z alternativo, odločanjem, realizacijo in konča z vrednotenjem. Na začetku oz. v prvi fazi se pojavijo vprašanja, kot npr. kaj je javnopolitična težava, zakaj je neka javnopolitična težava javna težava, na kakšen način se pojavi na dnevnem redu, kjer se odloča. V fazi alternative se moramo vprašati, kako je oblikovana neka alternativa za reševanje težave in kdo sodeluje pri oblikovanju politike. Pri tretji fazi odločanja, ki je v nekaterih primerih zelo kompleksna, se sprašujemo o primernosti in selekciji ponujenih rešitev in katera merila je treba pri tem izpolnjevati. Naslednja vprašanja so povezana z odločitvami, kdo odloča, kakšna je vsebina odločitve, kakšni so postopki odločanja. Pri realizaciji se posvečamo vprašanju, ki so že povezana s končno odločitvijo, in sicer kdo sodeluje pri izvajanju, kako je neka javna politika vpeljana in kakšni so njeni učinki ter kakšen je njen učinek na splošno dejavnost. V zadnji fazi vrednotenja se srečamo z vprašanji merjenja učinka sprejete odločitve, kdo ga ocenjuje in konec koncev tudi, ali obstajajo zahteve po zamenjavi ali zaključku javnopolitičnega procesa.

Pal, 1987 (Gulson, 2010) je mnenja, da opredeljevanje procesa oblikovanja in izvajanja javnih politik izvira iz njegove kompleksnosti, ki je opredeljena z naslednjimi lastnostmi:

- »faznost« procesa: s tem je opredeljeno dejstvo, da posamezne faze in podfaze procesa oblikovanja in izvajanja javnih politik večinoma prehajajo, se dopolnjujejo in navezujejo druga na drugo oz. se v nekaterih primerih pojavljajo spontano;
- narava procesa: v okviru te značilnosti se pojavljajo številni konflikti, saj za bistvene razloge za oblikovanje in izvajanje javnih politik lahko določimo tri glavna vodila, ki poganjajo proces – interese, vrednote in prepričanja;
- javnopolitični igralci: sem štejemo državne igralce, interesna združenja, informacijski sektor in državljane ter njihove medsebojne odnose.

3.4 PROBLEM DOSTOPA (VRATARJENJA) DO OBLIKOVANJA JAVNIH POLITIK

Angleški izraz »gatekeeping« oz. slovensko »vratarjenje« označuje trenutek, ko neka oseba ali organizacija bdi nad sprejemanjem odločitev, odločanjem in drugimi javnopolitičnimi procesi. V večini primerov je treba za vstop oz. možnost do oblikovanja javnih politik pridobiti določeno dovoljenje ključnih predstavnikov, ki so večinoma močni igralci javnih politik.¹

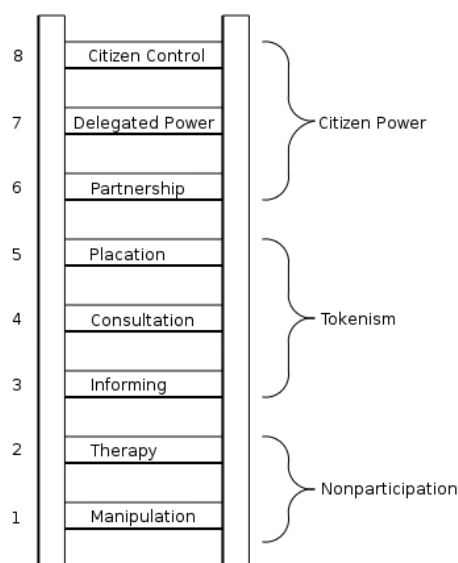
¹ Po drugi strani se z načelom »gatekeepinga« srečamo tudi na področju pravic do zdravstvenih storitev, saj so razdelane na primarno, sekundarno in terciarno raven. Konkretno se »gatekeeping« pojavlja na primarni ravni na način vstopanja v sistem zdravstvenega varstva in z odločanjem osebnih zdravnikov glede zdravljenja, napotovanja k specialistom ali na nadaljnjo bolnišnično obravnavo, predpisovanja zdravil, prenašanja pooblastil za zdravljenje na druge zdravnike in skrbi za medicinsko dokumentacijo (Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2009).

Koncept »vrtarjenja« je predvsem povezan s priložnostmi vstopanja, v našem primeru marginalnih skupin, v neki javnopolitični proces. Pri udeležbi javnosti imajo pomembno vlogo tudi koncepti moči oz. udeležbo javnosti povezujemo in proučujemo skupaj z njimi. Razlike v odzivih javnosti lahko predstavimo v dveh kontekstih. Prvi je predstavljen kot odziv javnosti »od spodaj«, na neki način bodisi ustvarjen bodisi zahtevan javnopolitični proces, kjer so strategije vplivanja v obliki peticij in pisem kratkoročne. Drugi kontekst je opisan kot udeležba javnosti na t. i. vabljenih zborovanjih, kjer so udeleženci prisotni v nekem javnem prostoru na račun vabila. Tukaj so tudi postopki vnaprej določeni in po mojem mnenju je to primer, kjer so lahko marginalne skupine najbolj polno in dejavno vključene (Durnik, 2008).

3.5 POLITIČNA PARTICIPACIJA

S pojmom politična participacija opredeljujemo vključenost bodisi posameznika bodisi skupin v politični sistem. Ta vključenost oz. udejstvovanje je lahko različno – lahko so to volitve, lahko je neposredno sodelovanje pri oblikovanju in sprejemanju političnih odločitev ali celo opravljanje neke politične funkcije. Če gledamo z najširšega vidika, menim, da je politična participacija v bistvu vsakršno zanimanje ali nezanimanje za politiko.

Slika 1: Lestev politične participacije



Vir: Arnstein (2006)

Nekateri avtorji so podobno opredelili politično participacijo, saj je Rush (1992) mnenja, da je politična participacija vključenost posameznika ali skupin v politični sistem na različnih ravneh dejavnosti, ki segajo od popolnega nezanimanja pa vse do zasedanja politične funkcije. Spet drugi so mnenja, da je politična participacija lahko definirana ožje, kot »drža« državljanov, kjer je cilj vplivati na politični proces (Axford, 1997). Isti avtor je

podal še eno razlago, kjer je politična participacija lahko enačena s številnimi legalnimi ali celo nelegalnimi dejanji posameznikov ali skupin. Della Porta (2003) je pojem politične participacije označila kot zelo različna ravnanja, od volitev do dejavnega sodelovanja v neki politični stranki pa vse do razpravljanja o politiki ali celo ustvarjanja organiziranega pritiska (npr. stavke, protesti) (Marsden, 2008).

Pri definiciji politične participacije lahko dodamo še malo drugačno razlago Arnsteinove (1969), ki je opisala osem različnih tipov participacije in ustvarila nekakšno »lestev politične participacije« (Marsden, 2008).

»Lestev« politične participacije ponazarja dejstvo, da obstajajo različne stopnje participacije. Prva in druga stopnja predstavljata manipulacijo in terapijo in sta primer neparticipacije oz. politične nemoči. Namen prvih dveh stopenj ni zagotavljanje sodelovanja, ampak je zagotovilo nosilcem oblasti, da na tak način »izobražuje« in vodi državljanke. Naslednje stopnje predstavljajo navidezno participacijo, ki ima precej simbolno vlogo. Na teh stopnjah gre predvsem za informiranje in posvetovanje. Na teh stopnjah udeleženci sicer imajo možnost, da »slišijo« in »so slišani«, vendar nimajo zagotovila niti moči, da bo njihovo mnenje dejansko upoštevano. Najvišje stopnje na lestvi predstavljajo politično participacijo oz. moč, kjer skozi partnerstvo in delegirane pristojnosti pride do najvišje stopnje – nadzora s strani državljanov oz. prevzema vodenja (Della Porta, 2003).

3.6 DVA PRISTOPA K OBLIKOVANJU JAVNIH POLITIK

V literaturi se pojavljata dva glavna pristopa proučevanja implementacije javnih politik. Prvi je »od vrha navzdol« (angl. top-down), drugi pa obraten, »od spodaj navzgor« (angl. bottom-up). Ta dva pristopa se med seboj razlikujeta po štirih glavnih značilnostih. Začetna točka proučevanja pri pristopu od zgoraj navzdol se začne pri (centralnih) vladnih odločitvah, pri drugem pa se najprej vzpostavi neka lokalna struktura za implementacijo oz. javno politično omrežje. Javnopolitični igralci se pri pristopu od spodaj navzgor pojavljajo hkrati – istočasno vladni in zasebni sektor, na drugi strani pa se od zgoraj navzdol najprej pojavijo igralci vladnega, šele nato igralci zasebnega sektorja. Merila za vrednotenje so pri pristopu od zgoraj navzdol jasno določena, potekajo sočasno z oceno doseganja formalnega doseganja ciljev. Pri pristopu od spodaj navzgor merila za vrednotenje niso jasno določena, tukaj je zajeto vse, na kar se analitik osredotoči in je kakor koli povezano z javnopolitično tematiko oz. težavo. Tudi pri zadnji lastnosti – namenu proučevanja – se pojavljajo razlike pri pristopih. Pri pristopu »top-down« je osrednji namen proučevanja način, kako neki javnopolitični igralec sploh vodi sistem za dosego vnaprej načrtovanih javnopolitičnih rezultatov, na drugi strani, pri pristopu od spodaj navzgor, pa so te interakcije med številnimi in raznovrstnimi javnopolitičnimi igralci v omrežju, zgolj strateške (Lajh, 2006).

Oba opisana pristopa imata torej neke specifične značilnosti. Pristop k implementaciji javnih politik od zgoraj navzdol se torej osredotoča bolj na učinkovitost prej določenih vladnih programov ter na zmožnosti izvoljenih in izbranih igralcev za vodenje, usmerjanje in omejevanje izvajalcev javne politike in ciljnih skupin. Pri tem pristopu so zahtevani

podrobna analiza formalno sprejetih ciljev, prepoznava in spremljanje relevantnih kazalnikov izvajanja, hkrati pa tudi analiza vseh zunanjih dejavnikov, ki kakor koli vplivajo na samo izvajanje. Pri drugem pristopu, od spodaj navzgor, je osredotočenost manjša pri sami implementaciji formalno sprejetih odločitev. Večji poudarek je namreč na strateškem delovanju javnopolitičnih igralcev, ki so kakor koli vpeti v določeno javnopolitično težavo. Ta pristop se v grobem ukvarja predvsem z razumevanjem interakcije med javnopolitičnimi igralci na določenem javnopolitičnem področju (Lajh, 2006).

Za področje zdravstvene politike v Sloveniji je nasploh zelo značilno, da je z vidika analize javnih politik precej zaprta za posamezne interesne akterje v smislu sodelovanja ali kakršnega koli vplivanja v javnopolitičnem procesu. Zanimivo je, da vstopanja na to področje ne onemogoča katera od državnih institucij, temveč večinoma zdravniška zbornica, ki ima zelo velik vpliv na oblikovanje zdravstvene politike. V diplomskem delu sem poudarila enega izmed interesnih akterjev, ki pa imajo zaradi svojih značilnosti še posebej oteženo možnost sodelovanja in oblikovanja javnih politik. Zaradi vseh svojstvenih značilnosti, ki jih imajo, jih »pesti« marginalnost oziroma družbena izključenost.

Z izrazom »marginalen«, »marginalnost«, »marginalne skupine« opredeljujemo skupino ljudi, ki se na neki način razlikujejo od preostale družbe. Bodisi se razlikujejo zaradi njihove osebne, intelektualne, socialne, kulturne, ekonomske, statusne posebnosti bodisi zaradi svojega značaja ali načina in pogojev za življenje. Zaradi takšnih in drugačnih značilnosti, ki odstopajo od večine, so velikokrat odrinjeni na rob družbe ali celo izključeni iz nje (Žgavc, 2011).

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2016) z izrazom »marginalen« označuje nekaj, kar je postranskega, nepomembnega, obrobnega.

Vsem pripadnikom marginalnih skupnosti je skupno eno – družbena izključenost (angl. social exclusion/social marginalization). Družbena izključenost ali celo diskriminacija je lahko posledica različnih lastnosti posameznikov: rasa, etničnost, religija, jezik, kultura, stigme, spol, starost, bolezen, ekonomsko stanje (revščina) itd.

Definicija družbene izključenosti je torej koncept, ki označuje nesprejemanje posameznika ali skupine s strani družbe. Koncept zajema tudi postopno ali trajno onemogočanje ali odtujitev osnovnega sodelovanja v normalnih in tudi normativno predpisanih dejavnostih družbe, v kateri ti posamezniki živijo. V grobem lahko rečemo, da družbena izključenost človeku jemlje njegove temeljne pravice (Zavratnik Zimc, 2000).

V boju proti družbeni izključenosti lahko poudarimo dva glavna parametra – dejavno politiko države in participacijo marginalnih skupin. Eden izmed najpomembnejših akterjev v boju proti izključenosti je država, saj je njen pomen tudi zagotavljanje socialne države, enakosti, oblikovanje primerne zakonodaje in omogočanje participacije ogroženih posameznikov ali skupin (Zavratnik Zimic, 2000).

V nadaljevanju diplomskega dela sem podrobneje predstavila romsko skupnost, ki na splošno velja za eno izmed številčnejših marginalnih skupnosti v Sloveniji. Najprej sem podrobneje raziskala njihovo zgodovinsko ozadje, nato nekaj statističnih in demografskih podatkov, njihovo pravno ureditev in ne nazadnje njihovo politično udejstvovanje – politično participacijo.

4 ROMI V SLOVENIJI

4.1 ZGODOVINSKO OZADJE

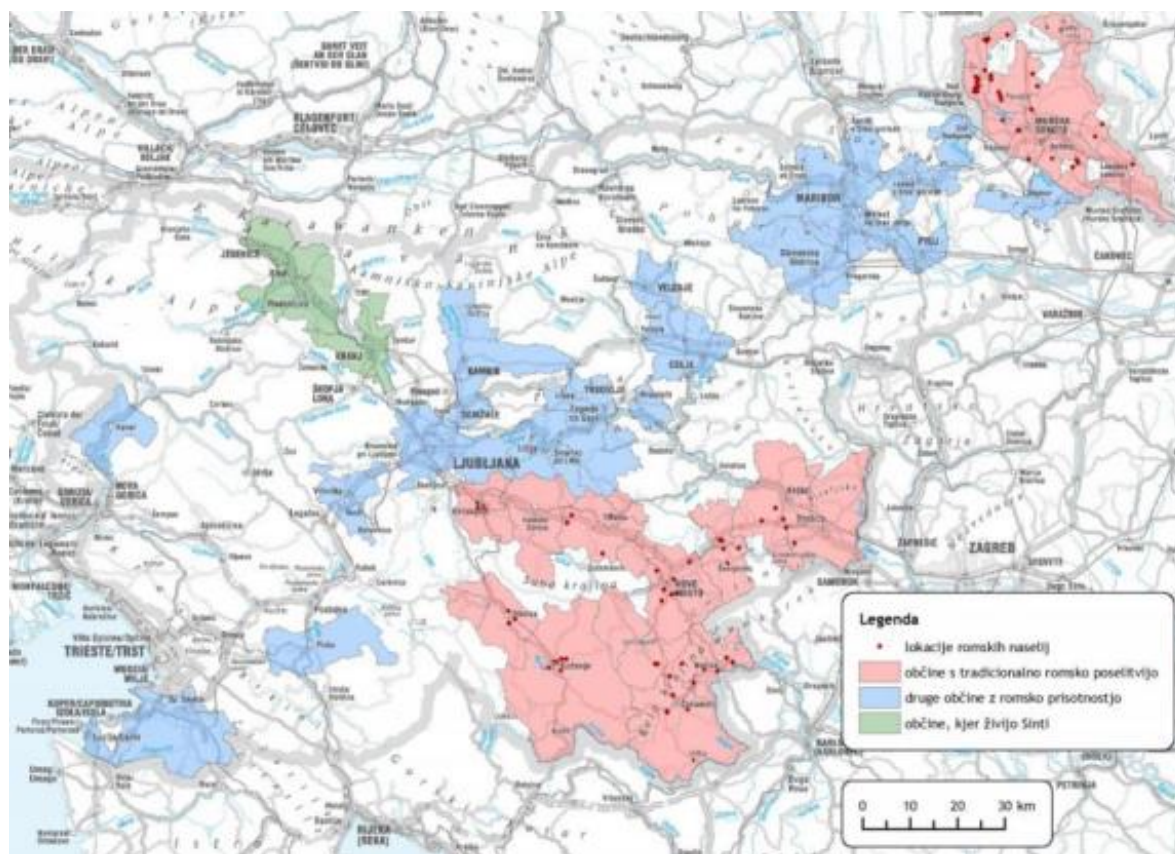
Romi so posebna etnična skupina. O njihovem natančnem zgodovinskem ozadju vemo precej malo. Njihov izvor po nekaterih virih sega v 10. stoletje na indijski podkontinent, če sodimo po jezikovnih in genetskih značilnostih. Zaradi različnih vzrokov, dostikrat na žalost preganjanja in nesprejemanja s strani drugih prebivalcev, so se bili prisiljeni preseljevati. Živijo praktično po vsem svetu, njihovo število pa je ocenjeno na 8 do 10 milijonov (Gibanje za pravičnost in razvoj, 2016).

Na ozemlju današnje Slovenije so viri omenjali Rome že v 14. stoletju. Dokaz, da so bili poseljeni po našem ozemlju, najdemo tudi v matičnih knjigah iz 17. stoletja. Naseljevanje Romov po ozemlju Slovenije je potekalo nekako v treh večjih valovih oziroma smereh. Z madžarske strani so k nam prišli predniki današnjih Romov v Prekmurju, prek hrvaškega ozemlja so k nam prišli predniki dolenskih Romov in tistih, ki so naseljeni v Beli krajini in ne nazadnje so s severne avstrijske strani prišle še manjše skupine Sintov, ki se imajo za posebno etnično skupino Romov. Na večinoma vseh naštetih področjih so se naselja Romov ohranila do današnjega časa. Načeloma ohranjajo svojo kulturo in jezik, predvsem dolenski in prekmurski Romi, le pripadniki Sintov so se precej bolj asimilirali v večinsko družbo (Urad za narodnosti, 2016).

Zanimiv je tudi izvor besede Cigan oziroma Rom. Besedo cigan lahko interpretiramo na več različnih načinov, saj se pojavlja v več evropskih jezikih. Nekateri jezikoslovci so mnenja, da sama beseda cigan izhaja iz grške besede »atsinganos«, kar pomeni nedotakljivi. Izpeljanka te besede se pojavi tudi drugje – v Bolgariji (Tsigan), Italiji (Zingari), Nemčiji (Zigeuner) in Sloveniji (Cigan) (Klopčič, 2010).

V današnjem času je bolj v uporabi beseda Rom. Beseda cigan naj bi imela po nekaterih mnenjih negativen prizvok. Oznaka Rom je v rabi vse od prvega romskega kongresa 8. aprila 1971, ki je potekal v Londonu. 8. april je tudi svetovni dan Romov (Obreza, 2003).

Slika 2: Karta poselitve Romov in Sintov v Sloveniji (2013)



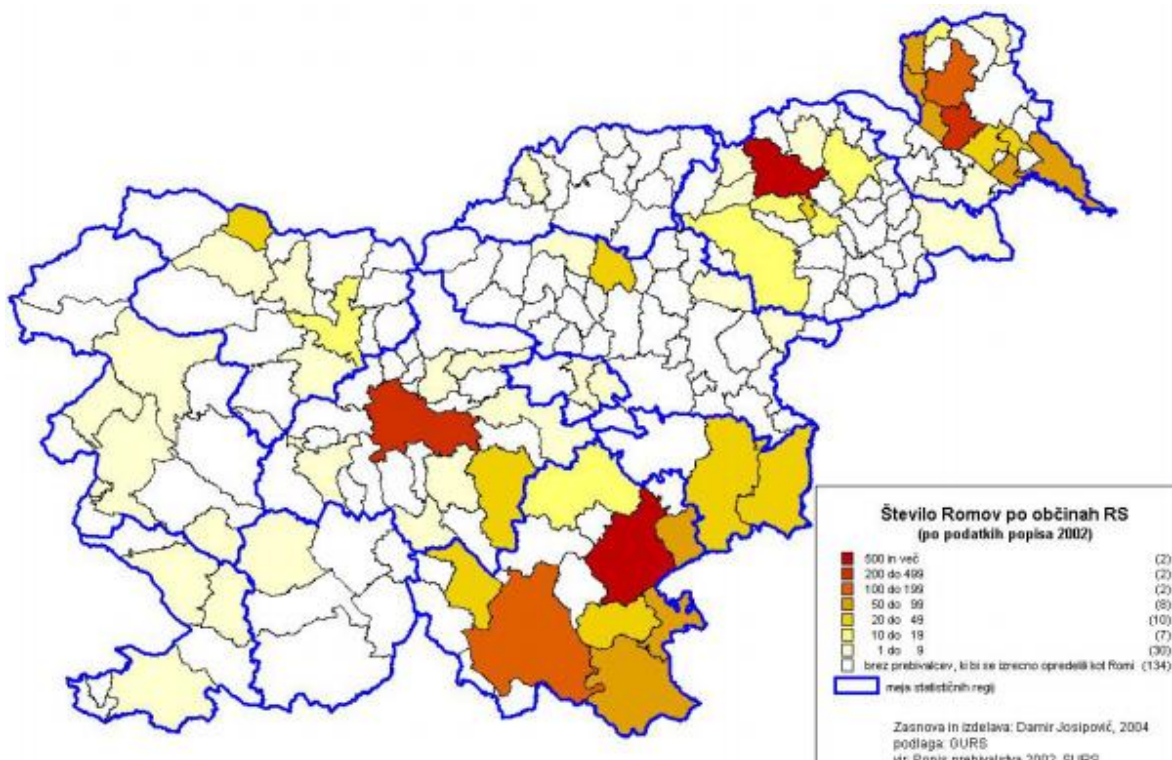
Vir: Geodetski inštitut Slovenije (2013)

Na Sliki 2 vidimo natančnejšo poselitev Romov in Sintov po Sloveniji. Severozahod Slovenije zaznamujejo poselitve Sintov (zeleno obarvano), nato pa poselitve Romov sledijo še v dveh pasovih. Z rdečo barvo so obarvana območja v Sloveniji, kjer so Romi že tradicionalno poseljeni, na tem območju so s posameznimi rdečimi pikami označene tudi posamezne lokacije večjih romskih naselij. Tretji pas, ki je obarvan z modro, označuje druge občine, kjer so prisotni Romi, ampak redkeje.

4.2 STATISTIČNI IN DEMOGRAFSKI PODATKI

Natančno število Romov, ki bivajo v Republiki Sloveniji, ni znano. Ob zaenkrat najbolj natančnem popisu leta 2002 se je za Rome opredelilo 3246 posameznikov, kar predstavlja 0,17 % prebivalstva. Število Romov zelo narašča, na kar kaže tudi podatek popisa iz leta 1991, ko se je za Rome opredelilo 2259 posameznikov, kar je 30 % manj kot leta 2002. Iz teh podatkov lahko upravičeno sklepamo, da je ta številka danes krepko višja. Po nekaterih mnenjih različnih institucij, ki delujejo z romsko populacijo, v Sloveniji živi med 7000 in 10.000 Romov (Statistični urad Republike Slovenije, 2002). Največ jih živi v Prekmurju, na Dolenjskem, v Beli krajini in Posavju. Kot primerjavo s preostalo Evropo lahko navedemo okvirno število Romov, ki se giblje med 10 in 15 milijoni (Klopčič, 2010).

Slika 3: Število Romov po občinah v Republiki Sloveniji po zadnjem popisu leta 2002



Vir: Statistični urad Republike Slovenije (2002)

Po natančnejšem popisu leta 2002 sem raziskovala, ali je bil narejen še kakšen uraden popis, vendar ga nisem našla. Bilo pa je narejeno kar nekaj raziskav in opravljenih več anket. V delovnem poročilu, ki je bilo ustvarjeno leta 2010, je bilo predstavljenih nekaj konkretnjših podatkov glede števila Romov glede na šest območij v Sloveniji: Prekmurje, Posavje, Dolenjska, Bela krajina, Kočevska in druga območja, kjer živijo Romi.

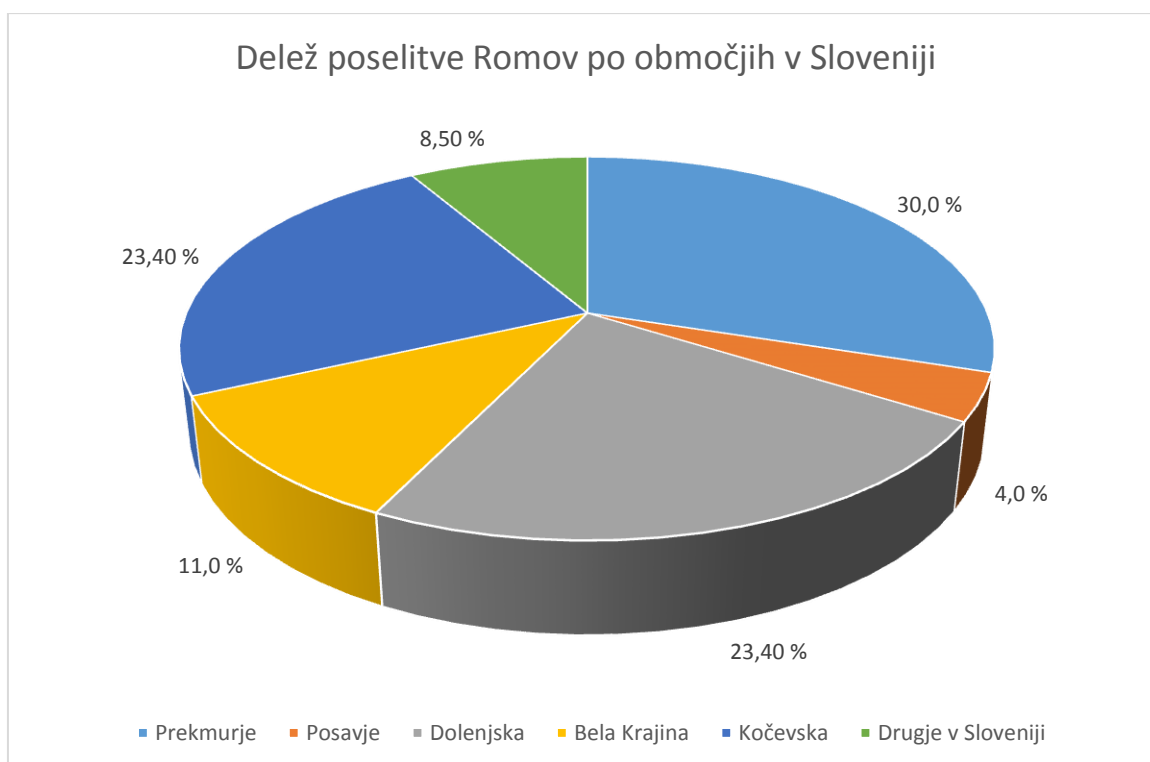
Tabela 1: Pregled števila Romov po Delovnem poročilu iz leta 2010

| Območje | Število naselij | Delež (v %) | Število prebivalcev | Delež (v %) |
|---------------------------|-----------------|--------------|---------------------|--------------|
| Prekmurje | 38 | 30,0 % | 2928 | 35 % |
| Posavje | 5 | 4,0 % | 364 | 4,30 % |
| Dolenjska | 30 | 23,40 % | 1618 | 19 % |
| Bela krajina | 14 | 11,0 % | 932 | 11 % |
| Kočevska | 30 | 23,40 % | 528 | 6,20 % |
| Drugje v Sloveniji | 11 | 8,50 % | 2100 | 24,70 % |
| Skupaj | 128 | 100 % | 8470 | 100 % |

Vir: Zupančič (2010)

Za boljšo predstavitev sem glede na izbrane podatke pripravila še grafikon.

Grafikon 1: Delež poselitve Romov po območjih v Sloveniji (2010)



Vir: Zupančič (2010)

Iz pripravljenega grafikona in podatkov iz Tabele 1 lahko razberemo, da prekmurski Romi predstavljajo skoraj tretjino vseh Romov v Sloveniji. Na območju dolenske in kočevske regije pa jih biva skoraj polovica. Iz Tabele 1 lahko razberemo tudi to, da Romi v Prekmurju živijo precej bolj strnjeno kot recimo na Kočevskem, kjer velja izjemno razpršena poselitev.

4.3 PРАВNA UREDITEV IN POLITIČNA PARTICIPACIJA ROMOV

Pravna osnova za urejanje romske etnične skupnosti v Republiki Sloveniji je zapisana v naši Ustavi, natančneje v 65. členu, ki se glasi: »Položaj in posebne pravice romske skupnosti, ki živi v Sloveniji, ureja zakon.« S tem so bili postavljeni tudi temeljni zaščitni ukrepi. Sprejem Zakona o romski skupnosti v Republiki Sloveniji (ZRomS-1) leta 2007 pa je prinesel še več doslednosti. Posebne pravice romske skupnosti zagotavljajo še področni zakoni: Zakon o lokalni samoupravi, Zakon o lokalnih volitvah, Zakon o evidenci volilne pravice, Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja, Zakon o osnovni šoli, Zakon o vrtcih, Zakon o medijih, Zakon o uresničevanju javnega interesa za kulturo, Zakon o knjižničarstvu, Zakon o spodbujanju skladnega regionalnega razvoja, Zakon o Radioteleviziji Slovenije, Zakon o financiranju občin, Zakon o varstvu kulturne dediščine, Zakon o javnem interesu v mladinskem sektorju, Zakon o Slovenski tiskovni agenciji in Kazenski zakonik Republike Slovenije (Urad za narodnosti, 2016).

V Sloveniji so romske skupnosti dejavno vključene v upravljanje javnih zadev na lokalni ravni in smo ena izmed redkih evropskih držav, ki se ukvarjamo s to težavo in imamo vsaj delno urejena določena področja. Pripadniki romske skupnosti imajo povečini slovensko državljanstvo, kar jim nudi splošno volilno pravico, poleg tega pa imajo v dvajsetih občinah, kjer so Romi registrirani kot avtohtona skupnost, še posebno volilno pravico. Posebna volilna pravica jim omogoča, da sami volijo in izvolijo svojega svetnika s posebnih list romskih volilnih upravičencev.

Politična participacija Romov na lokalni ravni v Sloveniji ima svoje pravne temelje v Zakonu o lokalni samoupravi, ki je bil sprejet leta 1993 (REDUPRE, 2011–2012).

Organizacija romske skupnosti in njihova participacija sta opredeljeni na več ravneh – na nacionalni in lokalni ravni, preko kulturnih združenj, kamor spada Zveza Romov Slovenije, in različnih romskih društev ter v evropski romski uniji.

Na nacionalni ravni je treba poudariti Svet romske skupnosti, pred sprejetjem zakona pa je delovala že Zveza Romov Slovenije. Svet romske skupnosti je bil ustanovljen zaradi potrebe po ustanovitvi osebe javnega prava, ki bi lahko delovala kot koordinacijsko telo, posledično pa sodelovala tudi na politični ravni. Svet romske skupnosti Republike Slovenije je bil ustanovljen na podlagi Zakona o romski skupnosti v Sloveniji, dodeljena mu je bila vloga predstavljanja interesa romskih skupnosti v Sloveniji v razmerju do državnih organov. Ustanovitev Sveta romske skupnosti ima pomembno vlogo, saj omogoča sodelovanje predstavnikov romske skupnosti pri vseh vprašanjih, ki zadevajo Rome in je enakovreden sogovornik državnih organov. Svet romske skupnosti sestavlja 14 predstavnikov Zveze Romov Slovenije in sedem romskih svetnikov v občinskih svetih. Na podlagi zakona ima Svet številne naloge, ki zadevajo kakršna koli vprašanja, ki zadevajo Rome. Še pomembnejša se mi zdi vloga Sveta v smislu dajanja predlogov, pobud in mnenj v zadevah iz svoje pristojnosti, in sicer Državnemu zboru Republike Slovenije, Državnemu svetu Republike Slovenije, vladi, nosilcem javnih pooblastil in organom samoupravne lokalne skupnosti. Kadar se sprejemajo ali izdajajo predpisi in drugi splošni pravni akti, ki se kakor koli nanašajo na položaj romske skupnosti, morajo vsi omenjeni organi prej pridobiti mnenje Sveta romske skupnosti (REDUPRE, 2011–2012).

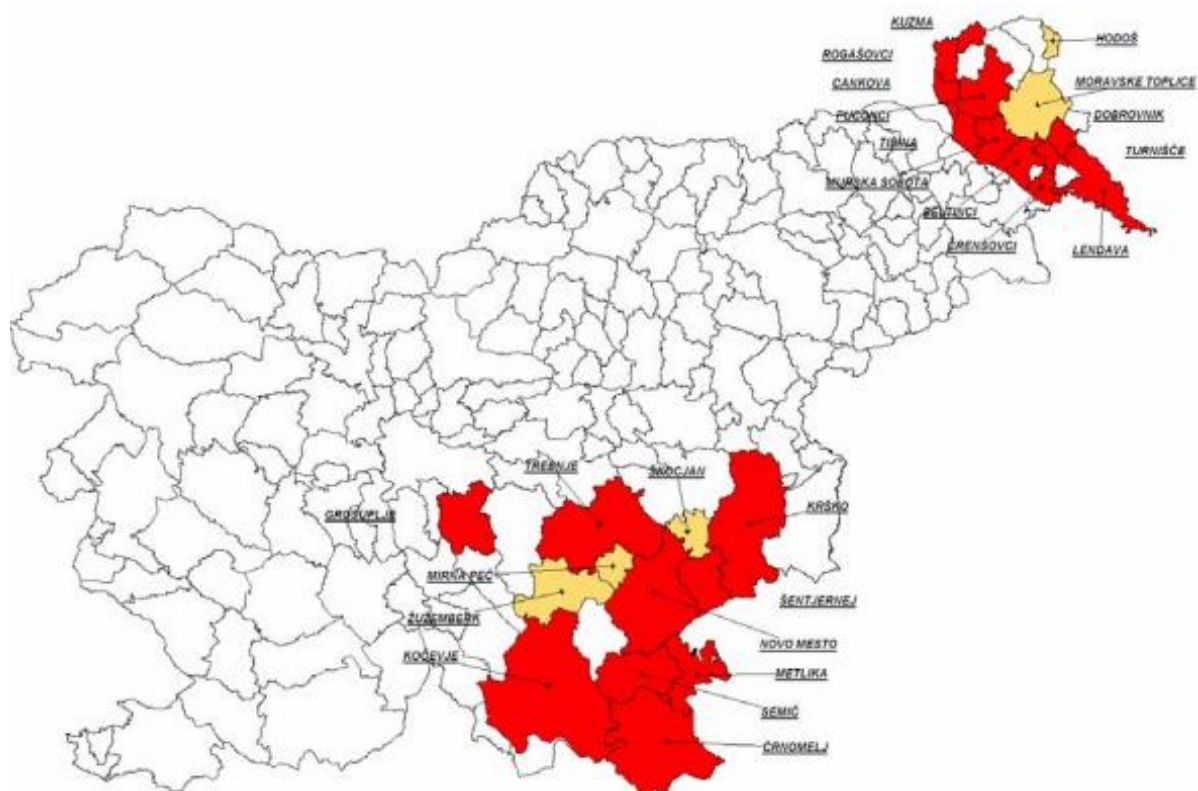
Natančnejše naloge Sveta romske skupnosti so podrobneje opisane v Zakonu o Romih, in sicer v 10. členu: obravnavajo vsa vprašanja, ki se nanašajo na interese, položaj ali pravice romske skupnosti; dajejo predloge in pobude pristojnim organom; spodbujajo dejavnosti za ohranjanje romskega jezika in kulture; spodbujajo in organizirajo kulturne, informativne, založniške in druge dejavnosti, ki so pomembne za razvoj romske skupnosti; razvijajo in ohranjajo stike z romskimi organizacijami v drugih državah (ZRomS-1, 2016).

Na lokalni ravni je bila pot do predstavnštva v občinskem svetu precej težja. Leta 1998 je romski aktivist vložil kandidaturo, vendar takratni statut Mestne občine Novo mesto ni omogočal izvolitve romskega predstavnika v občinski svet, zato se je pritožil na ustavno sodišče. Odločili so, da sta statut in člen v Zakonu o lokalni samoupravi v neskladju z ustavo in naložili zakonodajalcu, da mora imeti romska skupnost omogočeno to posebno

pravico. Državni zbor je kasneje na podlagi te odločbe ustavnega sodišča dvajsetim slovenskim občinam naložil, da morajo zagotoviti romski skupnosti pravico do romskega predstavnika v občinskem svetu (REDUPRE, 2011–2012).

Participacija romske skupnosti na lokalni ravni je tako zagotovljena z romskimi svetniki v 20 občinah, določenih z Zakonom o lokalni samoupravi; z ustanovljenimi romskimi društvi, ki se združujejo v Zvezo Romov Slovenije, in tudi tistimi, ki v Zvezo Romov niso vključena; kot zadnje pa še s komisijami za romska vprašanja v občinah, določenih z Zakonom o lokalni samoupravi. Romska etnična skupnost, ki ima svojega predstavnika v lokalni samoupravi, ima možnost vplivanja na delovanje občine. Romski svetnik namreč zastopa skupnost in seznanja občinski svet s težavami, ki pestijo romsko skupnost. Na koncu je občinski svet tisti, ki sprejema ustrezne ukrepe. Romska skupnost v Sloveniji je dokaj dobro organizirana, saj se povezujejo v posamezna romska društva, ki so na lokalni ravni svojim svetnikom v veliko pomoč. Povezani so tudi preko foruma romskih svetnikov pri Zvezi Romov Slovenije. Zveza Romov kot krovna organizacija koordinira delo romskih svetnikov povsod, kjer na območju Slovenije živi romska skupnost (REDUPRE, 2011–2012).

Slika 4: Občine z vsaj enim romskim svetnikom v Sloveniji leta 2003



Vir: Josipovič (2009, str. 233)

Različne razprave na temo političnega položaja Romov kažejo, da lahko državni organi in lokalne skupnosti še veliko naredijo za izboljšanje položaja romske skupnosti. Položaj Romov v Sloveniji se v zadnjih letih sicer izboljšuje, na kar kažejo tudi področni zakoni, ki

urejajo posebno zaščito za pripadnike teh skupnosti. Predvsem je tukaj pomembno poudariti sprejetje krovnega in ključnega Zakona o romski skupnosti. Slovenija ima v primerjavi s tujino na tem področju urejanja vprašanj romske skupnosti solidno urejene zadeve, saj so na primer v Srbiji in Makedoniji Romi še vedno prisiljeni ustanavljati politične stranke za svoje politično ozaveščanje in uresničevanje politične participacije. V Sloveniji pa lahko kot zgledno poudarimo območje Murske Sobote, kjer sta področji politične participacije in izobraževanja za pripadnike romskih skupnosti dobro urejeni že več let. Razmere na območju Dolenjske, Posavja, Bele krajine, kjer živi preostanek romskih skupnosti v Sloveniji, pa so precej slabše, saj manjka medsebojnega sodelovanja med Romi, lokalnimi oblastmi in državo nasploh. Romi so zaradi teh težav potisnjeni na rob družbe in brez možnosti dejavnega sodelovanja pri reševanju svojih težav, poleg tega se srečujejo še s primeri sovražnega govora politikov in drugo diskriminacijo. Kar se tiče participacije Romov v javnem življenju, ne moremo mimo kulturnega združenja, kamor spadajo Zveza Romov Slovenije in številna romska društva. Večino kulturnih projektov za Rome financira Ministrstvo za kulturo, medtem ko se tej podpora večina občin izogiba zaradi različnih pomislekov ali pa enostavno zaradi pomanjkanja sredstev. Nekatere občine romski skupnosti ne omogočajo niti primernih prostorskih možnosti za delovanje društev, kulturnih sekcij in drugih romskih organizacij (REDUPRE, 2011–2012).

Prej omenjena Zveza Romov Slovenije je osrednja organizacija romske skupnosti in ji je bil z odločbo Ministrstva za šolstvo in šport 9. avgusta 2005 podeljen tudi status društva, ki deluje v javnem interesu. Pri Zvezi Romov delujejo tudi trije forumi: politični, ženski in forum romskih svetnikov. Vse od ustanovitve dalje zveza dejavno sodeluje pri predstavljanju položaja Romov tako v Sloveniji kot tudi širše na mednarodni ravni. Na državni ravni tako sodeluje pri številnih dogovorih, ki zajemajo določeno strategijo v odnosu do Romov. Zelo pomembno vlogo je imela tudi pri sprejemanju same zakonodaje, ki se je nanašala predvsem na zagotovitev participacije Romov na lokalni ravni. Ne nazadnje pa je Zveza Romov Slovenije usmerjena v organiziranje Romov in ustanavljanje romskih društev. V tem sklopu je bilo ustanovljenih kar 24 romskih društev, ki delujejo v 17 občinah. Romska društva se ukvarjajo predvsem s prizadevanjem za ohranitev jezika, kulturne dediščine, narodnostne identitete in prireditev ter izboljšanjem položaja v okoljih, ker delujejo (REDUPRE, 2011–2012).

5 ROMI IN PROBLEMATIKA ZDRAVSTVA

V Sloveniji je problematika Romov med najbolj perečimi, na kar kaže pogosto obravnavanje, predvsem veliko tega zasledimo v najrazličnejših medijih. Slovenski parlament je sicer 30. marca 2007 izglasoval Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji, takšna ureditev pa je bila romski skupnosti obljubljena že precej časa pred tem. Slovenska ustava namreč v 65. členu pravi: »Položaj in posebne pravice romske skupnosti, ki živi v Sloveniji, ureja zakon«. Kljub temu členu se nam pojavlja kar nekaj vprašanj glede avtohtonosti oz. točne definicije, na kako široko skupnost se to nanaša. Precej podobno je tudi vprašanje narodnih skupnosti (madžarska, italijanska) v Sloveniji.

Pri romski etnični skupini nas zanima predvsem zagotavljanje dostopa do najpomembnejših družbenih dobrin, posledično pa stopnja in način integracije v večinsko družbo. Največkrat se tukaj posvečamo ključnim področjem – zaposlovanju, šolstvu, zdravstvu in pravici do različnih oblik socialne podpore (Zavratnik Zimic, 2000).

Na slab socialno-ekonomski položaj Romov je kazala tudi raziskava strukture virov preživljanja romske populacije (Winkler v Zavratnik Zimc, 1999).

Največ Romov živi od raznoraznih oblik državne pomoči, nekaj jih ima neorganizirano zaposlitev v obliki nabiranja surovin, nekaj se jih preživlja s priložnostnimi deli ali sezonsko zaposlitvijo, le majhen odstotek pa jih ima redno zaposlitev. Razlogi za brezposelnost Romov tičijo predvsem v izobrazbi. Skoraj polovica brezposelnih je namreč brez ustreznih strokovnih znanj oz. izobrazbe. Razloge za slabo izobrazbeno strukturo pa najdemo v načinu vključevanja romskih otrok v vrtce in šole, saj govorijo romski jezik, kar je problematično za sporazumevanje, dostikrat imajo kot člani marginalne etnične skupine odklonilen odnos, vključujejo jih v osnovne šole s prilagojenimi programi, kar pomeni še dodatno diskriminacijo, veliko težavo pa predstavlja tudi neredno obiskovanje pouka zaradi sezonskega dela, preselitev ipd. (Zavratnik Zimic, 2000).

Velika težava pri razumevanju Romov se pojavi že na začetku, pri razumevanju avtohtonosti. Zaradi zastarelega razumevanja in ozkoglednosti je Slovenija doživela hude kritike iz Evropske unije. V poročilu takratnega komisarja za človekove pravice Sveta Evrope o napredku Slovenije na področju uresničevanja priporočil Sveta Evrope za obdobje med letoma 2003 in 2005 lahko večkrat zasledimo ostre kritike slovenskih praks izključevanja prebivalstva zaradi avtohtonosti oz. neavtohtonosti. Poleg vsega pa ta atribut prebivalstva ni bil niti uradno definiran (Evropska komisija, Assessment of the progress, 2006).

Problematik Romov, kot zasledimo v literaturi, pa stoji tudi v njihovi opredelitvi, saj je romska etnična skupina oz. manjšina opisana kot družbena skupina v nastajanju, kar pomeni, da so oblikovanje institucionalne strukture, formalne in neformalne mreže, etnična identiteta in ne nazadnje notranja solidarnost šele v nastajanju. Rome zaradi njihove revščine uvrščamo med pripadnike najnižjih socialnih slojev, hkrati pa kot etnično manjšino na dno etnične strukture (Klinar v Zavratnik Zimc, 1991).

Po mojem mnenju se je Slovenija zelo trudila in se še vedno trudi urediti čim več težav, povezanih s problematiko na področju zdravja. Najpomembnejše naloge, s katerimi si je Slovenija prizadevala reševati zdravstveno problematiko, so bile na podlagi Programa ukrepov za pomoč Romom iz leta 1995:

- Ustanovljena je bila posebna projektna delovna skupina za izboljšanje zdravja za Rome, ki je pripravila posvet s predstavniki Zveze Romov Slovenije in zdravstvenih zavodov na terenu. Posvetili so se tudi spodbujanju zdrave prehrane med romskimi otroki.
- Center za nalezljive bolezni pri Inštitutu za varovanje zdravja RS je proučeval vidike dostopnosti zdravstvene službe, ki izvaja cepljenje iz leta 2000. Z analizo podatkov so ugotovili, da je delež cepljenih romskih otrok precej nižji, kot je slovensko povprečje.
- Pomursko društvo za boj proti raku je v okviru projekta Promocija zdravja v lokalni skupnosti leta 2005 poskusno izvedlo pet delavnic za spodbujanje zdravega načina življenja med romskim prebivalstvom (Pušča).
- V letu 2009 je Ministrstvo za zdravje sofinanciralo inovativni pristop krepitev zdravja v romski skupnosti, katerega nosilec je Pomursko društvo za boj proti raku.
- Institucije in službe, ki delujejo v okviru sistema zdravstvenega varstva (bolnišnice, zdravstveni domovi, patronažna služba) redno skrbijo za zdravstveno varstvo Romov.
- Rezultati raziskave »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih romske skupnosti« leta 2007 so potrdili predvidevanja o nekaterih značilnostih romske skupnosti: nizka izobrazbena struktura, visoka stopnja nezaposlenosti, slabo socialno-ekonomsko stanje, premajhna udeležba v preventivnih programih in prisotnost kroničnih bolezni prispevajo k neenakostim v zdravju Romov. Raziskava predstavlja osnovo za pripravo programov in projektov za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju.
- Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 2008 omogoča za socialno najbolj ogrožene posameznike in po njih zavarovane družinske člane, ki nimajo v celoti zagotovljenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova, in če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, da lahko od 1. Januarja 2009 uveljavljajo pravico do plačila razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavlja iz Proračuna RS.
- V letu 2008/2009 ministrstvo za zdravje preko razpisa Javne agencije za raziskovalno dejavnost sofinancira raziskavo »Ocena rabe zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk in otrok – prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju«. Rezultati raziskave bodo strokovna osnova za načrtovanje prilagojenih ukrepov za ciljni skupini romske populacije.

Ministrstvo za zdravje je s partnerji v letu 2008 organiziralo prvo nacionalno konferenco o zdravju Romov z naslovom »Zmanjševanje neenakosti v zdravju romske populacije«, ki je potekala v Radencih. V letu 2009 je v Novem mestu potekala druga nacionalna

konferenca z naslovom »Zdravje romskih žensk« (Komisija Vlade Republike Slovenije za zaščito romske skupnosti, 2009).

5.1 MOŽNOST DOSTOPA DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

Sistem javnega zdravstva v Republiki Sloveniji je tako kot vsem državljanom namenjen in dostopen tudi Romom. Večina težav pri dostopu do zdravstvenih storitev se pojavi že takoj na začetku, saj številni Romi te javne dobrine ne cenijo. Občine, kjer biva romska skupnost, so v svojih poročilih večkrat navedle, da se obnašajo nesprejemljivo in napadalno, velika težava pa je tudi njihova nezaposlenost, saj posledično v državno blagajno prispevajo zelo malo. Občina Škocjan je potrdila to problematiko pri koriščenju osnovnih zdravstvenih storitev, saj je njihov proračun že tako okleščen. V tej občini, natančneje v Dobruški vasi, namreč živi 320 Romov, nezaposlenost pa je 100-odstotna. Tudi občina Črnomelj navaja, da plačuje namesto Romov, in sicer osnovno zdravstveno zavarovanje je leta 2015 plačala 181 Romom (Regijska civilna iniciativa za reševanje romske problematike (RCI), 2016).

Pri zdravstvenem varstvu Romov so navedli tudi več težav, s katerimi se soočajo na območju Bele krajine: neredni odzivi na obvezna cepljenja otrok, dostikrat nimajo kartice zdravstvenega zavarovanja ali pa je le-ta poškodovana, pošta, s katero se obvešča o cepljenjih in sistematskih pregledih otrok, je zaradi pogostih selitev velikokrat zavrnjena, večinoma imajo tudi neurejeno dodatno zavarovanje oz. nimajo niti osnovnega, večina romske populacije je nepismena in se težko znajde v sistemih naročanja, specialisti jih zaradi njihovega odnosa in slabe higijene nasploh neradi naročajo, velikokrat so v čakalnicah agresivni, nestrpni in ne upoštevajo vrstnega reda (REDUPRE, 2011).

Romska problematika v zdravstvu pa ni enako močna po vsem območju Slovenije. Po mojem mnenju je občutno manjša težava v Pomurju. To je sicer predmet več stvari – boljša socializacija Romov, tudi sprejemanje okolice je boljše. Veliko več se tudi posvečajo težavam pri razumevanju, na kar kaže tudi izjemna zavzetost na tem področju, saj so v okviru projekta Sastipe v letu 2010 pripravili romski slovar osnovnih zdravstvenih izrazov (Sastipe, 2010).

Pripravili so tudi SWOT-analizo z naslovom zdravje Romov v Pomurju, kjer so v enotni tabeli predstavili prednosti in slabosti ter možne priložnosti in nevarnosti. S to analizo poskušajo izboljšati zdravstveno stanje romske populacije, saj imajo glede na nekatere raziskave kar v velikem odstotku težave z zdravjem – povišan holesterol, povišan krvni tlak, debelost, bolezni in okvare hrbtenice, bolezni pljuč, srca in ožilja. Dostop Romov do zdravstvenega varstva pa je tako kot pri vseh drugih državljanih Republike Slovenije pogojen z zdravstvenim zavarovanjem, saj si zdravstvene oskrbe zaradi svojih nizkih dohodkov, brezposelnosti, diskriminacije, revščine v večini primerov ne zmorejo kriti sami. V letu 2008 je bila sprejeta novela zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki omogoča socialno najbolj ogroženim posameznikom, ki nimajo v celoti zagotovljenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova in hkrati izpolnjujejo pogoje za pridobivanje denarne pomoči, da lahko od 1. januarja 2009 uveljavljajo pravico

do plačila razlike, ki manjka do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Ta pravica se zagotavlja iz proračuna Republike Slovenije (Sastipe, 2010).

Slika 5: Značilnosti zdravstvenega varstva Romov v Pomurju

| SWOT ANALIZA ZDRAVJE ROMOV V POMURJU | |
|---|--|
| PREDNOSTI | SLABOSTI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Večina Romov ima izbranega osebnega zdravnika • Samozdravljenje; domače/tradicionalno zdravljenje • Izrazita varnost in podpora, ki jo v romski skupnosti predstavlja družina (vzajemna pomoč znotraj sorodstva) • Bližina zdravstvenih storitev za večino romskih naselij in zaselkov • Izobraževalni programi za krepitev zdravja pri romski skupnosti | <ul style="list-style-type: none"> • Nezadostno razumevanje zdravstvenih izrazov/navodil • Nizka osebna odgovornost Romov dourejanja zdravstvenega zavarovanja • Strah pred zdravnikom • Prikrivanje bolezni • Uporaba tradicionalnega zdravljenja pri težje ozdravljivih boleznih oz. pri poslabšanju zdravstvenega stanja • Medicinska stroka se ne zaveda značilnosti romske kulture • Neprimerne bivalne razmere • Neodgovorni odnosi med zdravstvenimi delavci in pacienti Romi |
| PRILOŽNOSTI | NEVARNOSTI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enakopraven dostop do zdravstvenega zavarovanja • Zakonodaja (trenutno imajo prejemniki denarne socialne pomoči brezplačno dodatno zavarovanje) • Več Romov se izobrazi in zaposli v zdravstvenem sektorju • Dostopnost zdravstvenih storitev • Uveljavljanje lokalne zdrave, ekološko pridelane hrane • promoviranje zdravega življenjskega sloga | <ul style="list-style-type: none"> • Zakonodaja (ukinitev brezplačnega dodatnega zavarovanja iz naslova brezposelnosti) • Zdravstvena vzgoja (nestrpnost pri uporabi zdravstvenih storitev s strani Romov) • Bivanje na ogroženih območjih negativno vpliva na zdravje • Medicinska stroka se velikokrat ne zaveda specifik romske kulture (povezanih z zdravjem) |

Vir: Sastipe (2010)

Iz osnutka Strategije reševanja romske tematike v Mestni občini Novo mesto, za obdobje 2013–2020 pa lahko razberemo tudi glavne težave, s katerimi se vsakodnevno srečujejo zdravstveni delavci. Ugotovitve zdravstvenega doma so pokazale, da težave tičijo v tem, da se na preglede ne naročajo ali prihajajo brez ustreznih dokumentov, dostikrat izsiljujejo zdravniške preglede, terapije in zdravniška potrdila, svojim otrokom ne omogočijo obveznih cepljenj, ne izberejo si osebnega zdravnika, na ta račun pa obremenjujejo in izkoriščajo možnost dežurne službe (Sastipe, 2010).

5.2 SREDSTVA, NAMENJENA REŠEVANJU ROMSKE PROBLEMATIKE

Po mojem mnenju je naša država tista, ki bi morala na najrazličnejše načine usmerjati in tudi finančno podpirati občine, ki se soočajo z romsko problematiko. Ker pa je Republika Slovenija tudi del Evropske unije, nekaj sredstev prejeme že iz teh naslovov. Slovenija je torej v obdobju 2007–2013 iz Evropskega sklada za regionalni razvoj, Kohezijskega sklada in Evropskega socialnega sklada prejela 4,2 milijarde evrov, iz Sklada za razvoj podeželja

pa še dodatnih 900 milijonov evrov. Slovenija je za vključevanje prikrajšanih prebivalcev, med drugim Romov, namenila 5,9 % proračuna (41 milijonov evrov). V obdobju med leti 2014 in 2020 bo Slovenija prejela 3 milijarde evrov od Evropske unije, od tega 2,1 milijarde evrov iz Evropskega socialnega sklada (ESS) in Evropskega sklada za regionalni razvoj. Najmanj 29,3 % od skupnega zneska bo iz Evropskega socialnega sklada, od koder bo Slovenija namenila 20 % za spodbujanje socialnega vključevanja in boj proti revščini. Ta sredstva bi lahko Slovenija uporabila tudi za finančno pomoč pri reševanju romske problematike (Evropska komisija, 2016).

Glede na obširnost romske problematike me je zanimalo, katere občine so tiste, ki se ukvarjajo s tem vprašanje in na kakšen način rešujejo to težavo. Zanimalo me je, koliko finančnih sredstev namenjajo v ta namen občine, kjer je prisotna romska populacija. Bolj so seveda poudarjene tiste občine, ki jim je z zakonodajo naloženo, da morajo imeti romskega predstavnika.

5.3 PRIMER DOBRE PRAKSE

Raziskovala sem tudi določene primere dobre prakse na izbranem področju zdravstva ali nekem sorodnem oziroma primerljivem področju. Zanimivo se mi je zdelo, da se je v Sloveniji v zadnjih 15 letih kar precej spremenilo. Z namenom izboljšav je bilo pripravljenih kar nekaj projektov in danih kar nekaj finančnih sredstev, tudi iz Evropske unije.

5.3.1 SLOVENIJA

Primer dobre prakse na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji sta sprejem Strategije za krepitev zdravja in akcijski načrt za zmanjševanje neenakosti v zdravju v Pomurski regiji. Ta strategija je bila pripravljena v okviru dvostranskega sodelovanja med Zavodom za zdravstveno varstvo Murska Sobota in Flamskim inštitutom za krepitev zdravja. Glavni cilj tega strateškega načrta je izboljšanje zdravstvenega stanja regionalnega prebivalstva, posledično pa zmanjševanje razlik v zdravju med regijami in neenakosti v zdravju znotraj posamezne regije. Program za krepitev zdravja, ki je usmerjen na posameznika in predvsem na socialno ogrožene skupine prebivalstva, si prizadeva vplivati na neenakosti dostopa do zdravstvenih storitev. Kot ena glavnih, ciljnih skupin so opredeljeni tudi Romi. V enem izmed ciljev, s katerim se spodbuja razvoj bolj zdravega življenjskega sloga manjšin in etničnih skupin, pa so navedeni tudi štirje bolj konkretni cilji, ki so bili podrobneje predstavljeni v Nacionalnem programu ukrepov za Rome (Urad za narodnosti, 2010):

- spodbujanje romske skupnosti k sodelovanju pri obravnavanju določene zdravstvene problematike s pomočjo pristopa prenosa odgovornosti;
- identifikacija zdravstvenih potreb romske skupnosti s pomočjo analize oziroma raziskav o načinu življenja, ki bi bile periodično ponovljene, sčasoma pa bi usposobili izbrane pripadnike skupnosti, da bi lahko sami identificirali svoje potrebe;

- povečanje stopnje kulturno ustrezne politike krepitev zdravja za romsko skupnost, kjer bi Romi dejavno sodelovali z izdelavo in izvedbo programa krepitev zdravja za romsko prebivalstvo;
- povečanje udeležbe pri programih preventivne zdravstvene oskrbe med Romi na način vključevanja preventivnih zdravstvenih storitev v programe za krepitev zdravja in usposabljanje zdravstvenih delavcev za delo z romsko populacijo.

Kljub temu da je bil strateški načrt pripravljen in oblikovan posebej za pomursko regijo, je lahko koristen kot pobuda in dober primer uporabe pristopa strateškega načrtovanja za določanje prednostnih nalog, oblikovanje strategij in ciljev za ustrezen razvoj ukrepov, ki bi pripomogli k zmanjševanju neenakosti v zdravju socialno ogroženih skupin prebivalstva. Vse od leta 2006 se Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, v okviru letnega programa izvajanja javne službe, trudi in izvaja programe ter dejavnosti na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju med Romi. V ekipo za promoviranje zdravja so vključili tudi romskega predstavnika, ki je zaposlen na Zavodu za zdravstveno varstvo Murska Sobota. V polnem teku je tudi razvoj programa, ki bi skrbel za spodbujanje zdravega načina življenja, v ta namen pa pripravljajo in razvijajo tudi medijske dejavnosti ter gradivo, in sicer dvojezično, v slovenščini in romščini (Urad za narodnosti, 2010).

Ta strategija je odličen primer dobre prakse v Sloveniji, saj se je treba zavedati, da so Romi zaradi specifičnosti populacije odvisni le od javnega zdravstva. Zaradi svojih kulturnih posebnosti je njihovo zdravje dostikrat odvisno od bivanjskih in higienskih razmer, stopnje izobrazbe, zaposlenosti oz. brezposelnosti in socialne varnosti. Zaradi vseh navedenih posebnosti je treba pri načrtovanju in izvajanju vedno upoštevati tudi njihov vpliv tudi na zdravje romske populacije. Pri načrtovanju in izvajanju mora sodelovati več ravni – institucije in službe, ki delujejo na lokalni in regionalni ravni, občine in predstavniki Romov. Svoj delež pa k vsemu temu prispeva tudi ozaveščanje javnosti glede nujnosti reševanja romske problematike, saj se s težavami srečujejo v vseh segmenti družbe (Urad za narodnosti, 2010).

5.3.2 KANADA

Romanow commission, z drugim imenom tudi »Royal Commission on the future of health care in Canada« je bila nekakšna študija, ki jo je leta 2002 oblikoval Roy Romanow. Predlagane so bile določene korenite spremembe v kanadskem zdravstvenem sistemu, ki bi zagotavljale trajnost oz. dober zdravstveni sistem. Kljub temu da so delali na zelo širokem področju, s številnimi pomanjkljivostmi, so bili osredotočeni na financiranje zdravstva, še posebej transferjev med federalno vlado in provincami ter drugimi teritorialnimi ureditvami. Poročilo Romanowa je predlagalo kanadski vladi pomoč v višini 41 bilijonov dolarjev za naslednjih deset let. Na ta način bi bil finančno podprt akcijski načrt, ki so ga pripravili za izboljšanje zdravstvenega sistema. Ta novi fond je bil namenjen krepitevi podpore zdravstvenega sistema, katerega izboljšanje je bilo v teku (Romanow, 2002).

Poročilo se precej posveča tudi prepoznavanju težav zdravstvene oskrbe za staroselsko prebivalstvo. Kljub temu ne preseneča dejstvo, da je teh finančnih sredstev primanjkovalo, bila so tudi precej omejena, oz. niso zagotavljala popolne zdravstvene oskrbe za staroselce, saj se le-ti povezujejo v različne skupnosti. V poročilu so torej predlagali nove administracijske postopke. Neposredna vpeljava načina zdravstvene oskrbe, ki je delovala v rezervatih v obstoječi zdravstveni sistem, je naletela na neodobranja s strani vodij staroselskih plemen, čeprav se je ponudila kot ena izmed bolj razumnih možnosti za poskus urbanizacije tudi na zdravstvenem področju. Zato so bili oblikovalci poročila in možnih rešitev primorani najti srednjo pot. Oblikovali so nekakšno predstavništvo staroselskih skupnosti, ki so bili sestavljeni iz različnih ravni vlade in posameznih staroselskih skupnosti. Ustvarjeno partnerstvo je torej lahko delovalo na podobni ravni kot regionalni vladni organi. Delovanje je potekalo po načelu organizacije, ki bi skrbela za javno zdravje in primarno zdravstveno oskrbo za staroselske skupnosti. Organizacija bi uživala tudi finančno podporo federalne kanadske vlade. Ogromen korak naprej se je pokazal predvsem pri tem, ko so predstavnike staroselskih skupnosti dejavno vključili v proces, saj so le na ta način najbolje vedeli, kako vpeljati določeno oskrbo, ne da bi ob tem prizadeli njihovo kulturo. To partnerstvo je obenem tudi nekakšen vmesnik, povezovalnik med obstoječim zdravstvenim sistemom, ki je moral odslej zagotavljati tudi dostop do drugih virov, kot sta na primer diagnostika in specialna nega. To partnerstvo je oblikovano po načelu prostovoljstva, ki se ukvarja s koordinacijo dostopov do specifičnih zdravstvenih storitev, kot sta osnovna zdravstvena oskrba in diagnostika. Pomembno je, da se pri vsem tem upoštevata tudi občutljivost staroselske kulture in njihov jezik. Največji zdravstveni težavi, ki zadevata staroselce in sta bili v veliki meri prepoznane, sta sladkorna bolezen in odvisnost (Romanow, 2002).

Če povzamemo, je poročilo Royal Commission, kakršno je bilo sprejeto leta 1996, pripravilo veliko predlogov, vključno s pozivom k večjim strukturnim spremembam v razmerju med staroselskimi skupinami in državo. Predvsem je ta komisija potrdila to, kar se je izkazalo za enega od glavnih ciljev pri politični organizaciji staroselcev, ki je temeljil na izdelavi primera, ki bi staroselskim skupnostim upravičeno zagotovil pravico do samouprave. Vse to pa je temeljilo na pogojih, ki so bili sprejeti v preteklosti – ustavi in mednarodnem pravu. Kljub temu da komisija ni izpolnila čisto vseh zastavljenih ciljev, pa je ravno njen obstoj ponovno potrdil pomen zagovarjanja in aktivizma staroselcev (Aboriginal people: Political organization and activism, 2011).

5.4 MOŽNOSTI IZBOLJŠAV V SLOVENIJI

Urejanja romske problematike bi se morali lotiti sistematično. Odličen primer dobre ureditve najdemo kar pri nas v Sloveniji, natančneje v Pomurju, v krajevni skupnosti Pušča. To je eno od najstarejših naselij pri nas, staro več kot 100 let, ima urejeno komunalno infrastrukturo, večina romskih družin živi v urejenih stanovanjskih razmerah, imajo vrtec, osnovno šolanje pa nadaljujejo v Murski Soboti. Vsi vemo, da je izobrazba temelj za nadaljnje izboljšave, zato temu dajejo velik poudarek. Romskim otrokom skušajo nuditi čim večjo podporo pri šolanju. S tem namenom so uvedli romske asistente,

ki so nekakšna vez med šolo in starši, otrokom pa pomagajo pri učenju. Ta vpeljava romskih asistentov se je izkazala za zelo dobro, saj se na tak način omogoča ohranjanje romskega jezika in kulture, hkrati pa še vedno uspešno integracijo romskih otrok v izobraževanje (Vonta, 2011).

Ozaveščenost glede izobraževanja med Romi se sicer povečuje. Zagotovo so za to v določeni meri zaslužni tudi najrazličnejši projekti. Eden zadnjih, ki je še v delu v letu 2016, je projekt PPROS, kjer gre za zagotavljanje dostopa do kakovostnih predšolskih programov romskim otrokom in njihovim staršem.

Glede na objavljene podatke, ki kakor koli zadevajo romsko problematiko v Sloveniji, sem mnenja, da bo zelo težko postaviti neko celovito rešitev, vendar se je problematike treba lotiti zelo sistematično in postopno. Mislim, da bodo kateri koli projekti ali predlogi najprej naleteli na gluha ušesa ali neodobravanje, vendar bo treba vztrajati in menim, da je mogoče v naslednjem desetletju vzpostaviti uravnotežen zdravstveni sistem, ki ga bodo lahko sooblikovali tudi predstavniki Romov. Treba se je zavedati, da so Romi »svoj« narod in kot tak imajo svoj jezik, svoje običaje in kulturo.

Po mojem mnenju bi bilo smiselno ustvariti neke ciljne smernice, vsebino le-teh bi lahko izpeljali iz številnih projektov, ki so se izkazali za uspešne. Uspešnost se kaže predvsem v pomurskem primeru, saj imajo na tem območju najbolj urejene razmere – bivanjske, zdravstvene, izobraževalne, zaposlitvene itd.

Podala bom nekaj svojih predlogov, ki bi jih bilo možno koristno uporabiti na območju, kjer živi večje število Romov:

- Dvojezičnost – to se mi zdi ena od možnosti, predvsem v zdravstvu (zdravstveni domovi, bolnišnice), saj veliko Romov ne pozna in ne zna slovenskega jezika. Na ta način bi se olajšala marsikatera nevšečnost zaradi nerazumevanja. Odlične primere pomoči Romom so znane prav iz Pomurja, kjer so ustvarili poseben slovar osnovnih zdravstvenih izrazov, torej bi lahko nekaj naredili tudi na dvojezičnosti, kakor imajo to urejene narodne manjšine. Kot zanimivost so v mestni občini Murska Sobota lani, leta 2015, uredili posebno informacijsko točko, namenjeno romski skupnosti. Ta informacijska točka je v bistvu javno dostopna e-točka, ustvarjena z namenom pomoči pri najrazličnejših težavah, s katerimi se srečujejo Romi – reševanje upravnih in administrativnih vprašanj, izpolnjevanje obrazcev in pisanje prošenj.
- Romski predstavnik – smiselno se mi zdi dejavneje vključiti nekoga iz romske skupnosti v posameznih občinah, ki bi bil za honorarno plačilo pripravljen pomagati svojim ljudem pri osnovnih zadevah, s katerimi se srečujejo dnevno. Tukaj mislim predvsem na administrativne zadeve, sistem naročanja, sporazumevanja, razlaganja in druge pomoči. Če bi izmed vseh, ki živijo v določeni romski skupnosti, našli nekoga, ki bi bil primeren, sem prepričana, da bi jim bil zgled tudi pri drugih stvareh – npr. pri samem odnosu do javnih dobrin. Na ta način bi se po

vsej verjetnosti tudi Romi počutili drugače, saj se je² pristop od spodaj navzgor večkrat izkazal kot uspešen.

- Izobraževanja – Treba je nadaljevati z izobraževanjem o zdravju nasploh, saj se večinska romska populacija ne zaveda, koliko lahko tudi sami pripomorejo k svojemu zdravju. Mislim, da bi bilo treba več pozornosti posvetiti tudi samemu ozaveščanju Romov o odvisnostih, raznoraznih boleznih, prezgodnjih in prepogostih nosečnostih, previsokem krvnem tlaku, holesterolu itn.
- Romski vrtci – Po mojem mnenju je nujno izobraževanje začeti nadvse zgodaj. Starše romskih otrok je treba prepričati v to, da se je treba izobraževati, da je to pravica, ki jo je vredno izkoristiti, saj so to vrata do izobrazbe, zaposlitve, posledično pa boljših bivanjskih pogojev in nadalje razumevanja pomena zdravja ter ne nazadnje izboljšanja statistike, kar se tiče umrljivosti.

² Omenjeni pristop označuje, da se je proces začel na lokalni in regionalni ravni in ne na nacionalni ravni. Na ta način se zelo zmanjša čakanje, saj se težave rešujejo tam, kjer so najbolj intenzivne. S tem pristopom se tudi povečajo lokalne zmožnosti spopadanja s težavami (Strateški pristop k neenakostim v zdravju v pomurski regiji in Sloveniji, 2008).

6 PREVERITEV HIPOTEZ

Glede na omenjeno sem oblikovala naslednje glavno hipotezo:

Hg: Kanadska zdravstvena politika je bolj odprta za sodelovanje marginalnih skupin v primerjavi s slovensko.

V podporo splošni hipotezi sem postavila še naslednji podhipotezi:

Hp 1: Vpliv marginalnih skupin na oblikovanje nacionalne zdravstvene politike se zelo odraža v kakovosti zdravstvenih storitev za marginalne skupine.

Hp 2: Dejavnije vključevanje Romov v večinsko družbo bi ključno pripomoglo k daljši življenjski dobi Romov.

Postavljeno glavno hipotezo lahko potrdim, saj je kanadska zdravstvena politika dejansko bolj odprta za sodelovanje marginalnih skupin v primerjavi s slovensko. To lahko potrdim z vsebino poročila, kjer je jasno zabeležena moč staroselske skupnosti v obliki predstavništev in konec koncev celo neka oblika samouprave. Ustvarjeno je bilo nekakšno partnerstvo med predstavništvom staroselske skupnosti in vlado.

Potrdim lahko tudi obe postavljeni podhipotezi.

Prvo podhipotezo lahko potrdim, saj je kakovost zdravstvenih storitev za marginalne skupine res odvisna od tega, v kolikšni meri marginalne skupine sploh lahko vplivajo na oblikovanje nacionalne zdravstvene politike. Vemo, da ima romska skupnost pri oblikovanju zgolj posvetovalno možnost, nima pa nikakršne možnosti soodločanja ali celo odločanja. Posledično pa se stanje glede kakovosti zdravstvenih storitev zanje ne spreminja in ne more spreminjati.

Druga podhipoteza še razširi problematiko vključevanja, saj je le-ta povezana s samo življenjsko dobo Romov. Glede na opravljene raziskave in ugotovitve vemo, da je življenjska doba precej povezana s kakovostjo zdravstvenih storitev. Glede na potrjeno hipotezo in obe podhipotezi sem mnenja, da bi morali najti način in marginalnim skupinam omogočiti vključevanje, ki naj bo dejavno.

7 PRISPEVEK K STROKI

V diplomskem delu sem se srečala s precej perečo problematiko v Sloveniji – z aktualnim vprašanjem zdravstva in sooblikovanja zdravstva za marginalne skupine. Če povzamem splošne ugotovitve, sem mnenja, da marginalne skupine (predvsem sem se posvetila romski skupnosti) nimajo dovolj možnosti za sooblikovanje zdravstvene politike nasploh. Težava tiči predvsem v našem dojemanju in sprejemanju teh skupnosti. Po zakonu vemo, da imamo kot državljani Republike Slovenije vsi enake pravice. Pa je temu res tako? To vprašanje se zastavlja glede na to, da prakse po svetu dokazujejo, da te marginalne skupnosti dejansko lahko sodelujejo v tem procesu oblikovanja. Zavedati se moramo to, da so le oni tisti, ki res najbolj poznajo svoje razmere in mišljenje.

Namen diplomskega dela je bil raziskati, kako lahko marginalne skupine sodelujejo v oblikovalskem procesu in zakaj do tega ne pride. Vzroki so seveda številni. Predvsem romska problematika se mi zdi večplastna težava. Skozi ugotovitve, da katerih sem prišla, se mi zdi smiselno nadalje postaviti neke možne rešitve za reševanje.

8 ZAKLJUČEK

Zdravstvena politika je ena od pomembnejših javnih politik, saj »skrbi« za naše zdravstvo. Vsi pa se zavedamo, da je naše zdravje ena od temeljnih vrednot. Seveda ni pravično, da nimamo vsi enake pravice in možnosti do zdravstvenih storitev. Tukaj so predvsem izpostavljene marginalne skupine, kamor spadajo tisti, ki so nekako potisnjeni na rob družbe – v svojem primeru sem se osredotočila na romsko problematiko. Predvsem v začetnem delu osrednjega dela sem definirala nekatere ključne pojme in definicije, ki so mi v nadaljevanju pomagale pri analizi problematike. Nekako sem soočila našo, slovensko zdravstveno politiko s kanadsko, predvsem pri problematiki, ki se tiče marginalnih skupin – pri nas romske skupnosti in staroselske v Kanadi. Nisem se osredotočila na sam dostop do zdravstvenih storitev posamezne marginalne skupine, temveč me je predvsem zanimalo, na kakšen način in če sploh lahko oblikujejo oz. sooblikujejo zdravstveno politiko. V ta namen sem postavila glavno hipotezo, ki se glasi: »Kanadska zdravstvena politika je bolj odprta za sodelovanje marginalnih skupin v primerjavi s slovensko«. To hipotezo sem postavila, saj me je zanimalo, ali je Kanada dejansko bolj odprta za oblikovanje politike, glede na to, da je njihov zdravstveni sistem nedvomno boljši in bolj urejen od našega. Kot podporo splošni hipotezi sem postavila še podhipotezi: »Vpliv marginalnih skupin na oblikovanje nacionalne zdravstvene politike se zelo odraža v kakovosti zdravstvenih storitev za marginalne skupine« in »Dejavnejše vključevanje Romov v večinsko družbo bi ključno pripomoglo k daljši življenjski dobi Romov«.

Vemo, da je slovenska politika, bodisi zdravstvena bodisi katera druga, zelo zaprta za interesne akterje in na tem mestu sem videla izziv. Skozi pomanjkljivosti, ki sem jih uvidela s pomočjo kanadskega primera, sem začela razmišljati, kaj bi bilo možno izboljšati. Najprej sem poiskala pomanjkljivosti v primerjavi s kanadskim sistemom. Na ta način sem lahko potrdila tudi postavljeno glavno hipotezo, posledično pa še prej omenjeni podhipotezi.

Po mojem mnenju si še vedno preveč zatiskamo oči in ostajamo preveč togi v razmišljanju in omogočanju sodelovanja tudi takih skupin. Glede na to, da živijo v naši državi, mislim, da si zaslužijo vsaj malo več možnosti za dejavnejše sodelovanje. V Sloveniji je njihova moč omejena zgolj na predlaganje ali posvetovanje, ponekod nimajo niti te možnosti. Mislim, da bi bilo smiselno na področjih, kjer živi večje število pripadnikov romske skupnosti, omogočiti tudi malo večjo »moč« pri soodločanju. Podobno je to urejeno tudi v Kanadi, kar je dokaz, da bi tak način lahko deloval.

LITERATURA IN VIRI

Samostojne publikacije:

1. Daugbjerg, C. (1998). *Policy networks under pressure: Pollution control, policy reform and the power of farmers*. UK: Ashgate Publishing Ltd.
2. Della Porta, D. (2003). *Temelji politične znanosti*, Ljubljana: Založba Sophia.
3. Dunn, W. N. (1994). *Public policy analysis: An introduction*. New Jersey: University of Pittsburgh.
4. Dye, T. R. (1995). *Understanding public policy*. New Jersey: A Simon & Schuster Company.
5. Ferfila, B. (2009). *Primerjalne politike v sodobnem svetu*, Ljubljana: Fdv.
6. Fink Hafner, D. (2007). *Uvod v analizo javnih politik*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Grdešić, I. (1995). *Političko odlučivanje*. Zagreb: Alinea.
8. Grdešić, I. (2006). *Osnove analize javnih politik*. Zagreb: Alinea.
9. Gulson, K. (2010). *Education policy, space and the city: Markets and the (in)visibility of race*. Australia: Routledge.
10. Hill, M. (2009). *The public policy process- Fifth edition*. UK: Pearson Education, Prentice hall.
11. Howlett, M.; Ramesh M. (1995, 2003). *Studying public policy*. Canada: Oxford University Press.
12. Ivanko, Š. (2007). *Sodobne teorije organizacije*, Ljubljana Fakulteta za upravo.
13. Klopčič, V.; Polzer, M. (2002). *Evropa, Slovenija in Romi*. Ljubljana: NUK, Inštitut za narodnostna vprašanja.
14. Kustec Lipicer, S. (2006). *Poseganje države v civilno družbo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. Kustec Lipicer, S. (2012). *Vrednovanje javnih politik*. Zagreb: Disput.
16. Kymlicka, W. (2005). *Sodobna politična filozofija*. Ljubljana: Založba Krtina.
17. Lajh, D. (2006). *Evropeizacija in regionalizacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
18. Marsden, T. (2008). *Sustainable communities, new spaces for planning, participation and engagement*. UK: Oxford.
19. Obreza, J. (2003). *Romi v slovenskem pravnem redu in njihova politična participacija na lokalni ravni v luči predvidenih zakonskih sprememb*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
20. Parsons, W. (1995). *Public Policy*. UK: Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
21. Strojina, T. (1998). *Uvod v zdravstveno pravo*. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije.

Prispevek v zborniku:

1. Bregar, B.; Skela Savič, B. (2013). *Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema*. Obzor. Zdrav. Neg. 2013, 47(1), 18-27.
2. Durnik, M. (2008). *Aboriginal participation in Canadian hydroelectric development: political economy and public policy*. V Z. Petak (Ured.), *Anali Hrvatskog politološkog društva* (str. 367–395). Zagreb: Hrvatsko politološko društvo.
3. Klopčič, V. (2010). *Romi v Evropi, ljudstvo brez doma in brez groba*. *Ars & humanitas*, 4(1/2) 183–202.
4. *Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravstvu* (2012). Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
5. Zavratnik Zimic, S. (2000). *Koncept 'družbene izključenosti' v analizi marginalnih etničnih skupin- primer začasnih beguncev in avtohtonih Romov*. *Teorija in praksa*, 37(5) 832–848.
6. Josipovič, D. (2009). *Romi in Prekmurje: spremembe v etno-demografski strukturi po letu 1991*. V T. Kikec (Ured.), *Pomurje: trajnostni regionalni razvoj ob reki Muri: zbornik / 20. zborovanje slovenskih geografov, Ljutomer - Murska Sobota, 26.–28. marec 2009* (str. 227–238). Ljubljana: Zveza geografov Slovenije.

Viri z interneta:

1. A study on the Relationship between Candian Aboriginal Peoples and the Canadian State. Študija o razmerju med državo in Staroselci. (25.11.2015), pridobljeno iz http://www.focal.ca/pdf/Aboriginals_Uribe_Relationship%20Canadian%20Aboriginal%20Peoples%20and%20Canadian%20State_March%202006.pdf
2. Aboriginal people: Political organization and activism. (10.5.2016) pridobljeno iz <http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-people-political-organization-and-activism/>
1. Aboriginal Health Human Resources »A Pillar for the Future« 2003. (31.5.2015) pridobljeno iz http://www.naho.ca/documents/naho/english/pdf/pillar_for_future.pdf.
2. Action for health. (30.6.2016) Pridobljeno iz: <http://www.action-for-health.eu/publications/strate%C5%A1ki-pristop-k-noonakostim-v-zdravju-v-pomurski-regiji-sloveniji>
3. Strategija razvoja romske skupnosti v Pomurju do leta 2020, Ljubljana (20. 6. 2016) Pridobljeno iz http://www.romanokher.si/public/upload/files/strategija_razvoja_web.pdf.
4. Citizen action, knowledge and global economic power: Intersections of popular education, organizing and advocacy (10.3.2015) pridobljeno iz <http://comm-org.wisc.edu/papers2006/darshana.htm>
5. Evropska komisija, 23. 6. 2016 pridobljeno iz: http://ec.europa.eu/index_sl.htm
6. Geodetski inštitut Slovenije (17.6.2016 s), pridobljeno iz <http://www.gis.si/>
7. Gibanje za pravičnost in razvoj. (2016). Kdo so Romi? (15. 6. 2016), pridobljeno iz: <http://www.gibanje.org/?id=2519>

8. Kanadske družbenogospodarske prelomnice, strokovni članek, Geografski obzornik, (19.7.2015), pridobljeno iz <file:///c:/users/comp/downloads/urn-nbn-si-doc-aeecbd9a.pdf>
9. Komisija Vlade Republike Slovenije za zaščito romske skupnosti. (2009). Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2010–2015. (24. 6. 2016), pridobljeno iz:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bHwcQcqnqIJ:arhiv2014.skupnostobcin.si/fileadmin/sos/datoteke/pdf/MEDRESORSKA_OBRAVNAVA/Nacionalni_program_ukrepov_za_Rome_20.11..doc+&cd=7&hl=sl&ct=clnk&gl=si.
10. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani. (2009). Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Sloveniji, (25. 5. 2015), pridobljeno iz:
<http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/7eeefbe41d70677a878fcc3de6ac8ef3.pdf>.
11. Metis Nation, spletna stran, (20.11.2015), pridobljeno iz <http://www.metisnation.ca/>
12. Ocena rabe zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk in otrok v Sloveniji, (20.6.2016), pridobljeno iz file:///c:/users/uporabnik/downloads/ocena_urn-nbn-si-doc-wg7boobp.pdf
13. Osnutek strategije reševanja romske tematike v mestni občini Novo mesto – prva obravnavna, (15.5.2013), pridobljeno iz
<http://www.novomesto.si/media/doc/svet/seje/2013/22.%20seja/15%20dni/06strategijaresevanjaromskematike.pdf>.
14. Politična participacija in demokracija v Evropi: kratek vodič za romske aktiviste, mirovni inštitut 2003, (25.6.2015), pridobljeno iz http://www2.mirovni-institut.si/slo_html/publikacije/pdf/mi_romi_polit_participacija.pdf
15. Projekt PPROS, Pedagoški inštitut, (22.8.2016), pridobljeno iz
<http://ppros.korakzacakom.si/>
16. Proračun občine Beltinci, (21.6.2016), pridobljeno iz
<http://www.beltinci.si/obcina/predpisi>
17. REDUPRE (2011). Analiza položaja Romov v Beli krajini 2011.(22. 6. 2016), pridobljeno iz <http://www.project-redupre.eu/datoteke/Slovenia/REDUPRE-AnalizapoloajaRomovvBelikrajini.pdf>.
18. REDUPRE. (2011–2012). Položaj Romov v Sloveniji, Maribor: REDUPRE (22. 8. 2016) pridobljeno iz <http://www.project-redupre.eu/datoteke/Slovenia/REDUPRE-AnalizapoloajaRomovvSloveniji.pdf>.
19. Regijska civilna iniciativa za reševanje romske problematike (2016). Opis stanja na področju romske problematike v Sloveniji in Poročila o romski problematiki v lokalnih skupnostih JV Slovenije (22. 6. 2016) pridobljeno iz
http://www.dolenjskilist.si/media/objave/dokumenti/2016/03/30/porocilo_rci_romi.pdf.
20. Romanow, R. J. (2002). Building on values: The future of health care in Canada (28. 5. 2015) pridobljeno iz http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf.
21. Sastipe. (15.6.2016) pridobljeno iz <http://sastipe-zdravje.yolasite.com/>
22. Slovar slovenskega knjižnega jezika. (21.6.2016) pridobljeno iz <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>

23. Statistični urad Republike Slovenije, Popis 2002. (20. 6. 2016) pridobljeno iz <http://www.stat.si/statweb>.
24. Strateški pristop k neenakostim v zdravju v pomurski regiji in Sloveniji (5.6.2016) pridobljeno iz http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strateski_pristop_k_neenakostim_v_zdravju_v_pomurski_regiji_in_sloveniji.pdf
25. Urad za narodnosti, Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje 2010–2015. (18. 3. 2015) pridobljeno iz http://www.un.gov.si/fileadmin/un.gov.si/pageuploads/program_ukrepov.pdf.
26. Urad za narodnosti (2016), Statistični in osnovni podatki (20. 6. 2016), pridobljeno iz http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/statisticni_in_osnovni_podatki/
27. Ustava Republike Slovenije (16.6.2016), pridobljeno iz <http://www.us-rs.si/media/ustava-republike-slovenije.pdf>
28. Van Warden, Frans; 1992, Dimensions and types of policy network. (30.7.2016), pridobljeno iz <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6765.1992.tb00287.x/pdf>
29. Vonta, T. (2011), Nacionalna evalvacijska študija uspešnosti romskih učencev v osnovni šoli. (21. 8. 2016), pridobljeno iz http://www.pei.si/UserFilesUpload/file/zalozba/Evalvacijske/Evalvacijska_studija_Romski_ucenci.pdf
30. Zakon o romski skupnosti v Sloveniji. (20.6.2016), pridobljeno iz <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4405>
31. Zupančič, J. (2010), Romi in romska naselja v Sloveniji (21. 6. 2016), pridobljeno iz http://www.arhiv.mop.gov.si/fileadmin/mop.gov.si/pageuploads/podrocja/prostor/pdf/romi_in_romska_naselja.pdf.
32. Zveza Romov Slovenije (20.6.2015), pridobljeno iz <http://www.zveza-romov.si/index,2,0.html>
33. Marginalne družbene skupine, 2011 (20. 4. 2015), pridobljeno iz http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/gradiva_ess/impletum/impletum_275organizator_marginalne_zgavc.pdf.