

6 ZDRAVSTVENO VARSTVO MEDNARODNIH ŠTUDENTOV

Marija Milavec Kapun

Preplet dejavnikov, ki vplivajo na to, da posameznik dobi pravočasno in ustrezno zdravstveno oskrbo, ko se sooča z zdravstvenimi težavami, pa tudi v prizadevanjih za ohranitev zdravja in dobrega počutja, je zelo kompleksen. V okviru tega se pogosto proučuje več vidikov, predvsem dostopnost, dostop do in koriščenje zdravstvenih storitev. Študenti pri vstopu v svet odraslih in prevzemanju odgovornosti pogosto nimajo izkušenj, kar velja tudi glede urejanja zdravstvenega zavarovanja. Posebej se to kaže kot problematično pri mednarodnih študentih, saj jim je zdravstveni sistem v državi študija pogosto tuj. Hkrati pa se počutijo po večini zdrave in ob vseh drugih življenjskih izzivih, s katerimi se morajo spoprijeti, področja zdravja niti ne zaznavajo nujno kot pomembnega. V tem poglavju so prikazane ugotovitve o zdravstvenem zavarovanju mednarodnih študentov v Sloveniji v času študija, ki je ključ za dostopnost zdravstvenih storitev v okviru mreže javne zdravstvene službe.

Odpiranje vrat v zdravstvo

Kdaj in kako nekdo vstopi v zdravstveni sistem, je preplet različnih dejavnikov, ki jih opisujejo različni izrazi, ki se med seboj pogosto enopomensko zamenjujejo, čeprav se nanašajo na različne koncepte. V okviru vstopanja ljudi v zdrav-

stveni sistem se najpogosteje proučujejo dostopnost, dostop do in koriščenje zdravstvenih storitev.

Izraza dostopnost in dostop do zdravstvenih storitev se pogosto enopomensko zamenjmeta. Dostopnost (ang. *accessibility*) zdravstvenih storitev predpostavlja, da morajo biti zdravstvene ustanove, dobrine in storitve dostopne vsem ter ima štiri prekrivajoče se razsežnosti: nediskriminacija, fizična dostopnost, ekonomska (cenovna) dostopnost, dostopnost informacij (WHO, 2017). Vključuje dostopnost izvajalcev, organizacij, institucij in sistemov (Levesque idr., 2013).

Dostop do (ang. *access*) zdravstvenih storitev in njegova opredelitev sta kompleksna in hkrati variirata glede na različne kontekste (Levesque idr., 2013). Avtorji ga opredeljujejo kot možnost doseči in pridobiti ustrezne zdravstvene storitve v primeru zaznane potrebe po zdravstveni obravnavi. Definirajo ga raznolike značilnosti posameznega človeka in njegovega tako fizičnega kot socialnega okolja ter značilnosti zdravstvenega sistema. Med različnimi dimenzijami dostopa do zdravstvenih storitev je zaznati soodvisnost in sovplivanje (Levesque idr., 2013; Yang idr., 2015). Dostop do zdravstvenih storitev za doseganje najboljših zdravstvenih izidov je po navedbah ameriške ustanove Agency for Healthcare Research and Quality (2018) odvisen od naslednjih komponent:

- Obseg zavarovanja: kritje stroškov zdravstvene oskrbe, kar olajša oziroma omogoča vstop posameznikom v zdravstveni sistem. Nezavarovani ljudje imajo manj možnosti za ustrezno zdravstveno oskrbo in pogosto posledično slabše zdravstveno stanje.
- Razpoložljivost storitev v določenem okolju, ki se nanaša tako na kurativne kot preventivne zdravstvene storitve.
- Pravočasnost storitev: zmožnost zagotavljanja zdravstvene oskrbe, ko se prepozna potreba.
- Zadostno število izvajalcev, ki so ustrezno strokovno usposobljeni in kulturno kompetentni.

Dostop do zdravstvenih storitev je ena ključnih komponent zagotavljanja enakosti v zdravju ljudi (WHO, 2008, 2021). Najpogosteje se proučuje v povezavi z ranljivimi skupinami prebivalstva (Assi, Özger-İlhan in İlhan, 2019; Quizhpe, Sebastian, Teran in Pulkki-Brännström, 2020), v primeru izjemnih razmer, vključno z epidemijo covid-19 (Radusky idr., 2021), ali v povezavi z določenimi boleznimi (Araya idr., 2018).

Koncept koriščenja zdravstvenih storitev (ang. *usability*) je količinska opredelitev ali opis uporabe storitev s strani ljudi za namene preprečevanja in zdravljenja zdravstvenih težav, spodbujanja ohranjanja zdravja oziroma dobrega počutja ali pridobivanja informacij o zdravstvenem stanju in prognozi bolezni (Carrasquillo, 2013).

Pri raziskovanju dostopa do in koriščenja zdravstvenih storitev se pogosto uporablja Andersenov model koriščenja zdravstvenih storitev (Andersen, 1995; Phillips, Morrison, Andersen in Aday, 1998). V svoji zadnji iteraciji se osredotoča predvsem na zdravstvene izide in ima vključeno povratno zanko, kar ponazarja, da zdravstveni izidi vplivajo na prepričanja ljudi in potrebe po zdravstvenih storitvah. Izpostavljena je tudi kakovost življenja kot pomemben del zdravstvenih izidov. Model se osredotoča na tri glavne značilnosti, ki potencialno vplivajo na vedênje posameznika na ravni posameznika oziroma značilnosti določenega konteksta glede koriščenja zdravstvenih storitev (Andersen, 1995; Andersen, Davidson in Baumeister, 2014; Babitsch, Gohl in von Lengerke, 2012):

- **Dejavniki predispozicije** vključujejo demografske značilnosti (starost, spol), socialno-ekonomske dejavnike (izobrazba, poklic, narodnost in družbeni odnosi, vključno z zakonskim stanom) in psihološke dejavnike v smislu prepričanj (na primer stališča, vrednote in znanje v zvezi z zdravjem in zdravstvenimi storitvami). Kontekstualni dejavniki, ki vplivajo na posameznika glede uporabe zdravstvenih storitev, vključujejo demografske in socialne

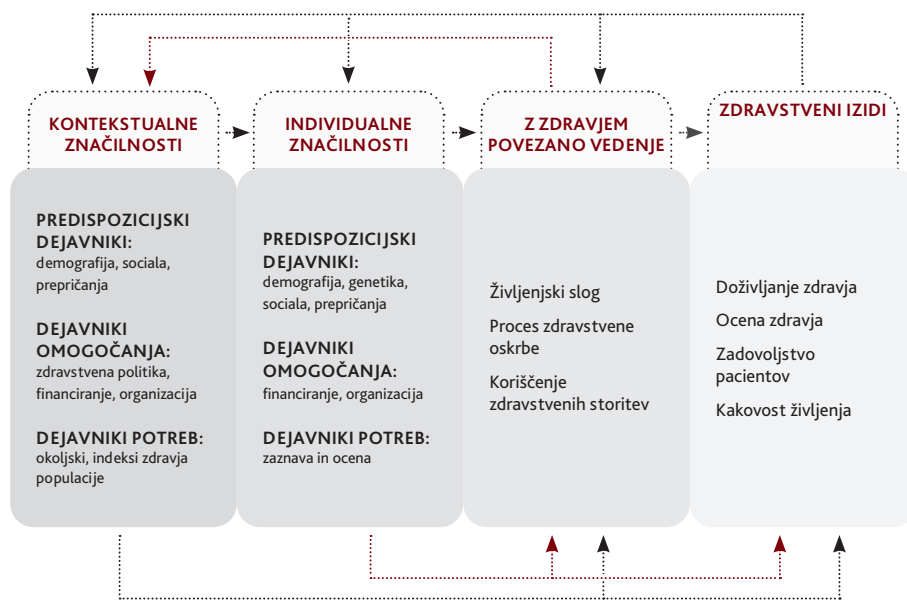
značilnosti skupnosti, kolektivne in organizacijske vrednote, kulturne norme ter politične perspektive.

- **Dejavniki omogočanja** so finančni (na primer zdravstveno zavarovanje) in nefinančni (organizacijski) viri na osebni/družinski in skupnostni ravni, ki podpirajo dostopnost zdravstva za posameznika. Te dejavnike razumemo kot pogoj za koriščenje zdravstvenih storitev. Organizacijski viri vključujejo tudi prometne povezave, čakalne dobe, razporeditev mreže izvajalcev in zdravstvene politike.
- **Dejavniki potreb** na individualni ravni vključujejo elemente, kot so človekova zaznava potreb po zdravstvenih storitvah (kako posameznik doživlja in ocenjuje zdravje), kot tudi strokovne ocene zdravstvenega stanja oziroma zaznana ali klinično ocenjeno zdravstveno stanje. Na kontekstualni ravni se izpostavljajo okoljski dejavniki, ki vplivajo na zdravje ljudi (zrak, voda, dostopnost zdravih bivaljšč), in indeksi zdravja ljudi kot merilo zdravja skupnosti, ki vključuje tudi epidemiološke kazalnike (na primer prevalenca, incidenca, umrljivost, obolevnost, invalidnost).

Slika 11 prikazuje preplet dejavnikov, ki vplivajo na dostopanje do in koriščenje zdravstvenih storitev, in predstavlja modificiran Andersenov model ter vključuje poudarek na izidih zdravstvene obravnave in kakovosti življenja oseb.

Model se uporablja pri proučevanju vedenjskih značilnosti koriščenja zdravstvenih storitev v različnih okoljih (Zhang idr., 2019) in z vidika različnih ranljivih skupin (Travers idr., 2020). Uporabljen je bil tudi v nemškem okolju (Thode idr., 2004), ki ima enako kot Slovenija po večini Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja (podrobnejši opis nekaterih delov slovenskega modela zavarovanja je opisan [v naslednjem razdelku](#)).

Andersenov vedenjski model koriščenja zdravstvenih storitev smo v nekaterih elementih uporabili tudi pri naši raziskavi, ki je vključevala mednarodne



Slika 11: Modificiran Andersenov model (prilagojeno po Andersen idr., 2014; von Lengerke, Gohl in Babitsch, 2014)

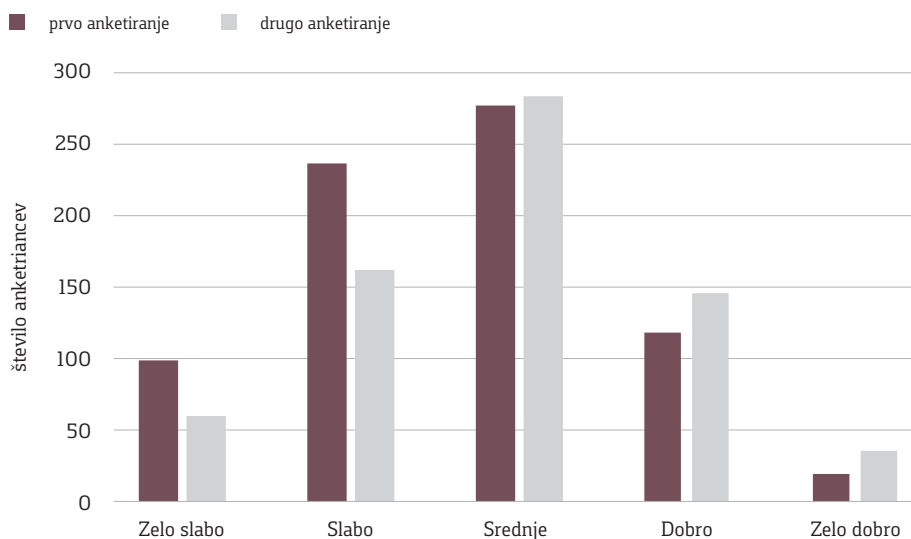
študente. Uporabili smo ga v delu vprašalnika, ki se navezuje na zdravstveno varstvo študentov. Celoten potek raziskave in sociodemografske značilnosti vzorca mednarodnih študentov so opisani v poglavju »Ozadje, raziskovanje in izdelki projekta IKTERUS«. V tem poglavju se osredotočamo predvsem na obseg zdravstvenega zavarovanja, ki so ga imeli anketiranci v času bivanja v Sloveniji oziroma so si ga uredili pred prihodom.

Zdravstveno zavarovanje mednarodnih študentov v Sloveniji

Zdravstvo na primarni ravni predstavlja vstopno točko v sistem, zato je pomembno, da je državljanom ter drugim (začasnim) prebivalcem tako fizično kot tudi socio-kulturno in psihično dostopno. Organizacijo zdravstvenega varstva na primarni ravni v Sloveniji zagotavlja občina oziroma mesto. Za zdravstveno varstvo študentov pa mrežo javne službe izvajalcev zagotavlja

država (ZZDej-UPB2, 2005). Glede na letno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2020 je delovalo v tem letu 12,42 tima za študente v študentskih dispanzerjih (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2021), od tega jih je bila več kot polovica (sedem) v ZDŠ (opredeljenih kot splošna oziroma družinska medicina) (Grulja, 2021).

Sklenjeno zdravstveno zavarovanje zagotavlja kritje stroškov zdravstvene oskrbe, kar je zlasti pomembno v primeru nenadnih bolezni in poškodb. Državljeni Slovenije običajno ne posvečamo večje pozornosti vsaj obveznemu delu zdravstvenega zavarovanja, saj imamo delno Bismarckov model zdravstvenega varstva, ki temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zdravstvenega zavarovanja, to je socialno zdravstveno zavarovanje. Običajno imamo obvezno zdravstveno zavarovanje urejeno prek delodajalca, dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa prek ene izmed treh zavarovalnic (Vzajemna d. v. z., Zavarovalnica Triglav d. d., Generali zavarovalnica d. d.). Študenti imajo kot vzdrževani družinski člani v času rednega



Slika 12: Samoocena obveščeni o slovenskem zdravstvu

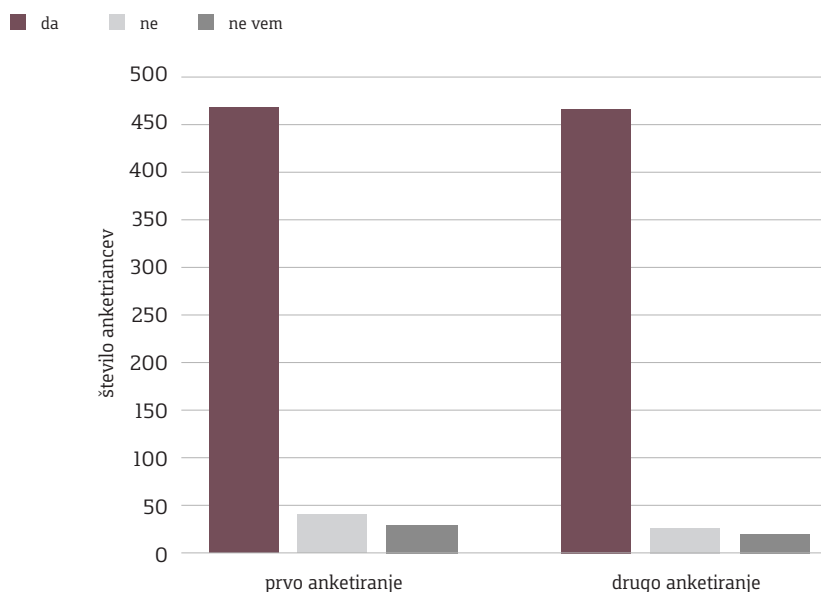
študija do 26. leta starosti urejeno celotno zdravstveno zavarovanje (ZZVZZ, 2006). V državah z drugačnimi modeli zdravstvenega zavarovanja, kot so na primer ZDA, kjer je sistem zdravstvenega zavarovanja izrazito tržno usmerjen z veliko zdravstvenih zavarovalnic in ima vsaka svoja pravila, so vstop v zdravstveni sistem in obseg zavarovanja ter s tem dostop do zdravstvenih storitev drugačni.

V okviru raziskave IKTERUS, ki je prva tovrstna raziskava med to populacijo, smo mednarodne študente spraševali tudi o urejenosti zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Zanimala nas je njihova samoocena, kako dobro so obveščeni o slovenskem zdravstvu. V študijskem letu 2019/20 je odgovorilo 748, v naslednjem študijskem letu pa 686 anketirancev. S slike 12 je razvidno, da so anketiranci menili, da so bili bolje obveščeni o slovenskem zdravstvu v študijskem letu 2020/21. To lahko pripišemo tudi rezultatom projekta IKTERUS, kjer so bile informacije posredovane različnim deležnikom, ki se ukvarjajo z mednarodno mobilnostjo študentov v Sloveniji. Možen pa je tudi vpliv epidemije covid-19, ko se vsi bolj zavedamo pomena zdravja in dostopnosti zdravstva.

Najpogostejši vir informacij o slovenskem zdravstvu predstavlja mednarodnim študentom v obeh študijskih letih splet, sledijo prijatelji in študijski kolegi (tabela 5). Zdravstvene zavarovalnice, zdravstvene ustanove in informativno gradivo pa študentom ne predstavljajo pomembnega vira. V drugem letu raziskave se je nekoliko povečal pomen prijateljev in spleta kot vira informacij glede na preteklo študijsko leto, zmanjšal pa vpliv izobraževalnih institucij v matični državi študenta in zdravstvenih institucij. Razloge za te spremembe lahko iščemo v spremembi poteka študijskega procesa in ukrepih za zajezitev širjenja okužb s SARS-CoV-2.

Primerjali smo obveščenost mednarodnih študentov študijskih let 2019/2020 in 2020/2021 o zdravstvu v Sloveniji glede na spolno identiteto. V prvi iteraciji je sodelovalo 231 (34,2 %) moških, 445 (65,8 %) žensk in 10 (1,4 %)

anketirancev druge spolne identitete; v drugi iteraciji pa 252 (33,7 %) moških, 484 (84,7 %) žensk in 12 (1,6 %) oseb druge spolne identitete. Ugotovili smo, da spolna identiteta ni vplivala na samooceno obveščenosti o slovenskem zdravstvenem sistemu. V študijskem letu 2019/2020 je bila skupna povprečna ocena 2,63 in v študijskem letu 2020/2021 je bila 2,91 (lestvica od 1 - zelo slabo do 5 - zelo dobro).



Slika 13: Urejenost zdravstvenega zavarovanja

Slika 13 prikazuje število anketirancev, ki so bili študenti v posameznem študijskem letu in so imeli zdravstveno zavarovanje v času bivanja v Sloveniji. V študijskem letu 2019/2020 je bilo zavarovanih 472 (90,9 %) od 519 anketirancev. V naslednjem študijskem letu je odstotek malenkost nižji, zavarovanih je bilo 473 (86,9 %) od 519 anketirancev.

Tabela 5: Viri informacij mednarodnim študentom o slovenskem zdravstvu

Vir informacij	PRVO ANKETIRANJE (2019/20)			DRUGO ANKETIRANJE (2020/21)		
	<i>n</i>	Povprečje*	SO	<i>n</i>	Povprečje*	SO
Splet	682	3	1,18	741	3,1	1,29
Prijatelji/ kolegi	682	2,9	1,17	742	3	1,3
Fakulteta/ univerza v Sloveniji	678	2,7	1,24	741	2,7	1,3
Fakulteta/ univerza v domači državi	672	2,1	1,21	736	1,7	1,09
Zdravstvene ustanove v Sloveniji	678	2	1,1	737	1,8	1,1
Zdravstvena zavarovalnica	680	1,7	1	739	1,7	1,03
Brošure/ letaki	680	1,6	0,91	736	1,6	0,92
Drugo	656	1,7	1	701	1,6	1

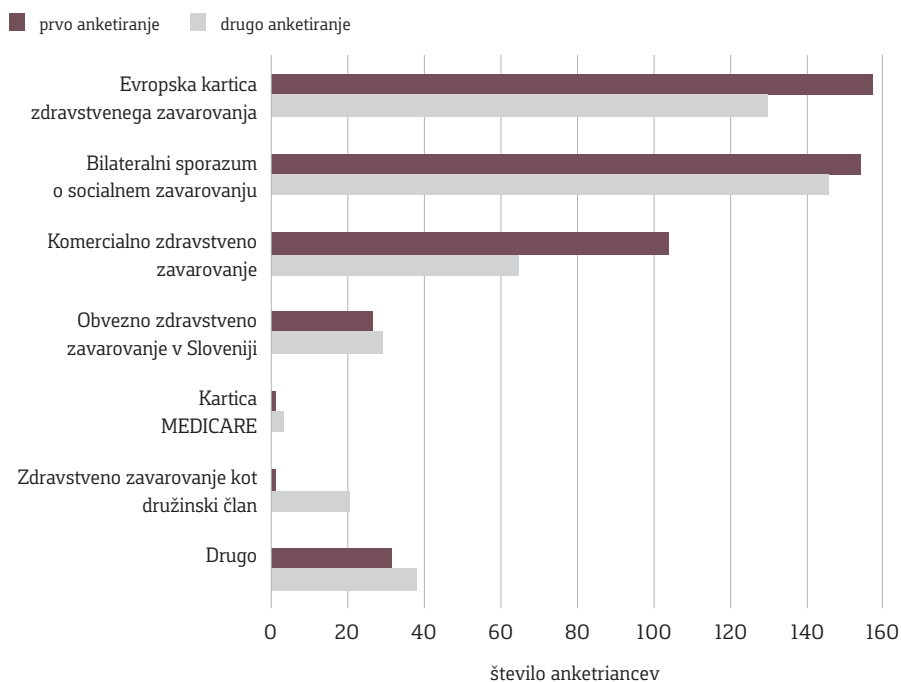
*lestvica od 1 (zelo slabo) do 5 (zelo dobro)

SO = standardni odklon, *n* = število

Kljub velikemu deležu tistih, ki trdijo, da imajo urejeno zavarovanje, je posebno v zadnjem proučevanem študijskem letu večji delež tistih, ki zavarovanja nimajo oziroma ne vedo, ali ga imajo, kar je še posebno presenetljivo v času, ki ga zaznamuje aktualna epidemija covid-19. Kot je prikazano v poglavju »Zdravstvena pismenost mednarodnih študentov«, bi se nekateri študenti v primeru zdravstvenih težav vračali domov ali celo iskali storitve v ambulantah za osebe brez zdravstvenega zavarovanja. Pri vseh, ki so podali mnenje, da imajo urejeno zdravstveno zavarovanje, pa bi bilo smiselno nadaljnje razisko-

vanje obsega zdravstvenega zavarovanja in ugotavljanje, ali se njihova ocena urejenosti sklada z dejanskim stanjem, ki omogoča vstop v zdravstveni sistem v primeru zdravstvenih težav. Kot razloge za nezavarovanje so anketiranci navedli, da nimajo dovolj informacij, da niso bolni in ga ne potrebujejo, deloma so navajali razloge v povezavi z epidemijo. Navedli so tudi, da imajo urejeno zavarovanje v domači državi. Pogosto so navedeni finančni razlogi, saj se jim zdi zdravstveno zavarovanje predrago. Nekateri menijo, da ga zaradi kratkega bivanja v Sloveniji ne potrebujejo.

Ugotavljali smo tudi, katero vrsto zdravstvenega zavarovanja so imeli anketiranci v času bivanja v Sloveniji. Na vprašanje je skupaj odgovorilo 937 anketirancev, od tega 470 v študijskem letu 2019/2020 in 467 v študijskem letu 2020/2021. S slike 14 lahko razberemo, da ima evropsko kartico zdra-



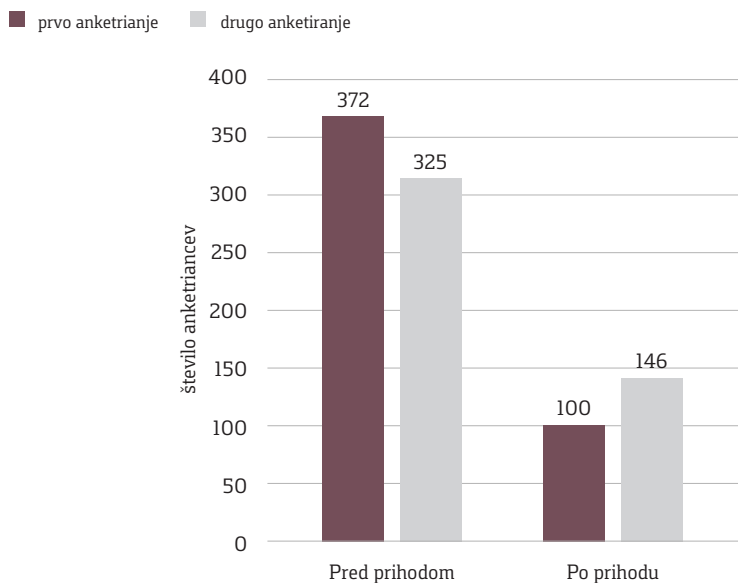
Slika 14: Vrsta zdravstvenega zavarovanja

vstvenega zavarovanja nekoliko manj kot tretjina anketirancev ($n = 285$; 30,42 %), le nekoliko več jih je zavarovanih prek bilateralnega sporazuma o socialnem zavarovanju ($n = 298$; 31,80 %), relativno malo anketirancev ima sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ($n = 55$; 5,87 %) ali zdravstveno zavarovanje MEDICARE (avstralski državljani). Kar nekaj anketirancev je navedlo, da imajo sklenjena komercialna zdravstvena zavarovanja ($n = 167$; 17,82 %), kot so Vzajemna, Oncampus, Triglav, Coris. V drugi iteraciji vprašalnika smo glede na ugotovitve iz prve iteracije dodali še možnost, da imajo sklenjeno zavarovanje v matični državi, in ta odgovor je izbralo 8,35 % ($n = 39$) anketirancev. Kot drugo so navedli nekatere kombinacije bilateralnih sporazumov, evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja v Sloveniji in komercialnih zavarovanj, vključno s turističnimi zavarovanji, in tudi vojaško zavarovanje. Nekateri so navedli, da ne vedo, katero zavarovanje imajo sklenjeno.

Večina anketirancev je zdravstveno zavarovanje uredila že pred samim prihodom v Slovenijo ($n = 697$; 73,91 %), kar je razvidno s slike 15. Dobra četrtina pa jih je to urejala po prihodu ($n = 246$; 26,09 %).

Glede na rezultate raziskave mednarodni študenti po večini (skoraj 74 %) sklenejo zdravstveno zavarovanje pred prihodom v Slovenijo. Ob primerjavi rezultatov med prvo in drugo iteracijo vprašalnika je zaznati, da se je za skoraj deset odstotnih točk zvišalo število mednarodnih študentov, ki so zdravstveno zavarovanje urejali po prihodu v Slovenijo. Glede na aktualno epidemijo covid-19 bi bilo pričakovati, da se vsi bolj zavedamo pomena dostopa do zdravstvenih storitev. V nadaljevanju bi bilo smiselno proučevati ta trend ter hkrati ugotavljati, kdaj so študenti po prihodu v Slovenijo sklenili zdravstveno zavarovanje in kaj je bil povod.

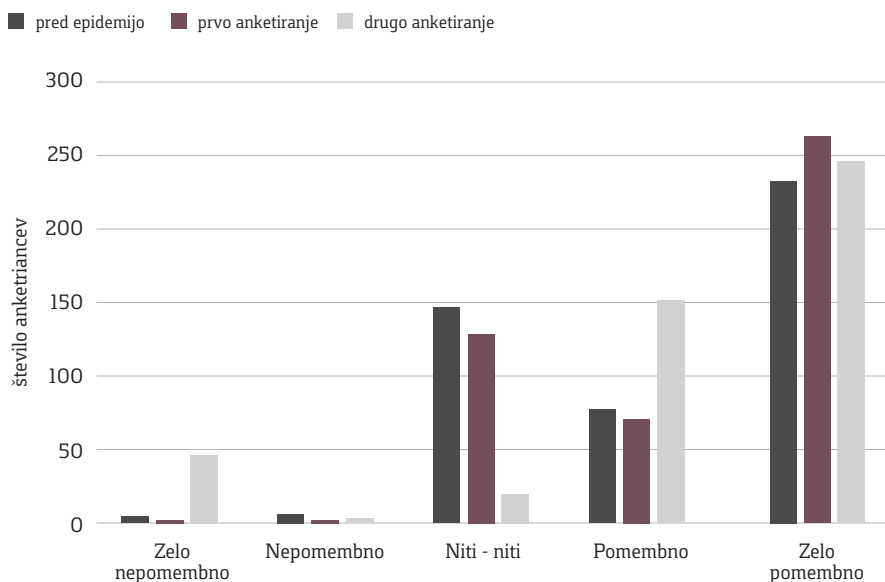
Večina študentov glede zdravstvenega zavarovanja v času bivanja v Sloveniji ni ničesar spreminjala ($n = 885$; 93,85 %). Zanimivo pa je, da se je od prve do druge iteracije vprašalnika za 1,7 odstotne točke zvišalo število mednarodnih



Slika 15: Čas urejanja zdravstvenega zavarovanja

študentov, ki so spreminjali zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Spremembe so se nanašale na spremembo zavarovanja (na primer prestop iz makedonskega v slovensko zdravstveno zavarovanje), dopolnjevanje zdravstvenega zavarovanja, spremembo ponudnika ali sklenitev zavarovanja, spremembo zaradi dopolnitve starosti 26 let, ker jim je obstoječe zavarovanje poteklo, zaradi potrebe po zdravstvenih storitvah, ki jih ne krije obstoječe zdravstveno zavarovanje, spremembe zakonskega stanu ali zaposlitvenega statusa.

Večina anketirancev je mnenja, da je zdravstveno zavarovanje pomembno, kot je razvidno s slike 16. Iz prve ($n = 472$) in iz druge ($n = 470$) iteracije vprašalnika so ocenili pomembnost (lestvica od 1 - zelo nepomembno do 5 - zelo pomembno) s povprečno oceno 4,3 v študijskem letu 2019/20 in s povprečno oceno 4,2 v študijskem letu 2020/21. Ob prvi iteraciji smo jih še vprašali, kako so zaznavali pomembnost zdravstvenega zavarovanja pred epidemijo covid-19. Pomembnost zdravstvenega zavarovanja so ocenili s povprečno



Slika 16: Zaznavanje pomembnosti zdravstvenega zavarovanja

oceno 4,1. To pomeni, da je na zaznavanje pomembnosti zdravstvenega zavarovanja lahko vplivala epidemija.

Med mednarodnimi študenti smo ugotavljali stopnjo obveščenosti o zdravstvenih storitvah, ki jim jih je krilo zdravstveno zavarovanje. V študijskem letu 2019/2020 je na vprašanje odgovorilo 39 anketirancev, ki so navedli tudi težave z zdravstvenim zavarovanjem. Z namenom poglobitve vpogleda v stanje obveščenosti smo to vprašanje v študijskem letu 2020/2021 zastavili vsem anketirancem, odgovorilo je 470 anketirancev. Povprečna samoocena obveščenosti o kritju zdravstvenih storitev s strani zavarovalnice je bila višja v prvi iteraciji (3,1; $\pm 0,9$), ko so samoocenili, da so dobro obveščeni, v primerjavi z drugo iteracijo (2,5; ± 1), ko so samoocenili, da so slabše obveščeni.

Diskusija

Rezultati raziskave IKTERUS so skladni z ugotovitvami drugih raziskovalcev, da študenti ne posvečajo pozornosti zdravstvenemu zavarovanju. Predvsem v severnoameriškem prostoru, kjer je največ raziskav tega področja, ugotavljajo, da študenti na splošno nimajo dovolj znanja glede zdravstvenega zavarovanja in koriščenja zdravstvenih storitev (Adepoju idr., 2019; James idr., 2018). Znanje in spretnosti na področju dostopa do zdravstvenih storitev se pri mednarodnih študentih še dodatno zmanjšajo, saj se znajdejo v drugačnem okolju. Ob prihodu v drugo državo pogosto ne posvečajo pozornosti morebitnim neugodnim stranem mobilnosti, ki so lahko povezane tudi s slabšim zdravjem. Posledično mednarodni študenti pogosto ne poznajo sistema zdravstvene oskrbe gostujoče države in urejenosti zdravstvenega zavarovanja. Pogosto se ne zavedajo, da njihovo zdravstveno zavarovanje v domači državi ne zagotavlja dostopa do zdravstvenih storitev v državi študija (Constandy, 2020).

Tako domači kot mednarodni študenti se pogosto ne zanimajo za zdravstveno zavarovanje, saj običajno nimajo potreb po zdravstvenih storitvah. Kadar pa se v tem življenjskem obdobju srečajo pred izzivom, da se morajo ukvarjati z zdravstvenim zavarovanjem in dostopanjem do zdravstvenih storitev, so pogosto prvič sami, brez znatne podpore staršev ali skrbnikov. S temi prvimi izkušnjami pridobijo spoznanja, ki jih lahko spremljajo celotno življenje. Zato je tako za domače, še toliko bolj pa za mednarodne študente pomembno, da imajo zagotovljeno ustrezno zdravstveno oskrbo. Za zagotovitev uspešne zdravstvene oskrbe je ključno, da (mednarodne) študentske pisarne oziroma službe tesno sodelujejo z izvajalci zdravstvenih storitev za študente. Kakor še poudarjajo raziskovalci (Mackert idr., 2017), bodo študenti iskali informacije v zvezi z zdravjem in zdravstvenim zavarovanjem ter si jih pravočasno zagotovili, če bodo napisane v razumljivem jeziku. Temu smo sledili v okviru projekta IKTERUS, kar je opisano v poglavju »Jezikovna vprašanja pri posredovanju informacij mednarodnim študentom«. Kakor smo ugotovili tudi v tem delu raziskave ter v poglavju »Zdravstvena pismenost mednarodnih študentov«, so

pomemben vir informacij in opore mednarodnim študentom vrstniki in prijatelji v Sloveniji. Poleg prilagojenih poti obveščanja bi bilo smiselno informacije o zdravstvenem sistemu in zdravstvenih zavarovanjih tudi za mednarodne študente širiti med njihovimi študijskimi kolegi.

Za izvajalce zdravstvenih storitev pa je v času intenzivne globalizacije poleg kulturne kompetentnosti pomembna tudi jezikovna kompetentnost, saj se vedno več slovenskih zdravstvenih delavcev srečuje s pacienti, ki ne govorijo slovensko (Milavec Kapun in Kocijančič-Pokorn, 2019). Ob strateški usmeritvi slovenskega visokošolskega prostora k internacionalizaciji in globalizaciji tudi z namenom večje mednarodne prepoznavnosti je pomembno, da se v intenzivnem sodelovanju ter povezovanju mednarodnih študentskih pisarn z izvajalci zdravstvenih storitev zagotovi jezikovno in kulturno kompetentna zdravstvena oskrba. Hkrati pa bi bilo smiselno, da se mednarodne študentske pisarne osredotočijo tudi na mednarodne študente na rednem študiju. To lahko dodatno prispeva k zadovoljstvu vseh mednarodnih študentov na študiju pri nas.

Adegboyega in sodelavci (2020) poudarjajo, da so mednarodni študenti ranljiva populacija; zato je dvig njihove pismenosti o zdravstvenem zavarovanju ključnega pomena za optimalno izbiro slednjega, izboljšanje dostopanja do zdravstvenih storitev in uspešno koriščenje le-teh. Strinjamo se lahko z ugotovitvami avtorjev, da bi morali glede na rezultate raziskav v prihodnje prilagoditi izobraževalne ukrepe za izboljšanje pismenosti o zdravstvenem zavarovanju med mednarodnimi študenti. Nezanje glede zdravstvenega zavarovanja in posledično slabše koriščenje zdravstvenih storitev predstavlja pri mladih tihi problem (Adepoju idr., 2019), ki bi ga morali naslavljeni različni deležniki. V Sloveniji zdravstveno zavarovanje običajno ne predstavlja večjih ovir pri dostopanju do osnovnih zdravstvenih storitev, zato se mogoče tega problema manj zavedamo za osebe, kot so študenti, ki v času intenzivnih globalizacijskih trendov prihajajo k nam in tu tudi daljši ali krajši čas bi-

vajo. Dodatni stres ob selitvi lahko predstavlja negativni stres, ki lahko slabo vpliva na zdravje in počutje.

Tudi v razvitih državah ima dostopnost zdravstvenih storitev ter s tem zmanjševanje neenakosti v zdravju dolgoročne vplive na dolgoživost in leta zdravega življenja posameznika (Scholz, 2020). Zdi se, da se na študente, predvsem tiste, ki se odpravljajo na pot iskanja akademskih in življenjskih izzivov v drugo državo, skoraj pozabi. V študentskih letih problematika zdravja ni v ospredju. Nekateri raziskovalci opozarjajo, da se tudi v splošni populaciji premalo posveča preventivnim dejavnosti v zdravstvu (Gulliford, 2017). Tudi v raziskavi IKTERUS smo se osredotočali na znanje in možnosti anketirancev glede zagotavljanja kurativnih storitev in nismo izpostavljali preventivnih aktivnosti, ki so toliko bolj pomembne za dolgoročno zagotavljanje optimalnega zdravja in dobrega počutja tudi mednarodnih študentov. Prav v teh letih pa se pomembno oblikujejo življenjski slog, odnos do lastnega telesa in zdravja ter vzorci samooskrbe. Nadaljnja prizadevanja deležnikov bi se morala v večji meri osredotočati na dvig (digitalne) zdravstvene zavarovalniške pismenosti mednarodnih študentov.

V tem poglavju smo se osredotočili predvsem na področje zdravstvenega zavarovanja mednarodnih študentov pri nas, saj se jim s tem odprejo vrata v slovenski zdravstveni sistem. Če je obseg zavarovanja neustrezen ali zavarovanja nimajo, mednarodni študenti glede na rezultate v okviru projekta IKTERUS (glej poglavje »Zdravstvena pismenost mednarodnih študentov«) v primeru težav iščejo neustrezne ali manj ustrezne rešitve, ki lahko vplivajo na njihovo zdravje. Digitalizacija in globalizacija izobraževanja vplivata tudi na lokacijo izobraževanja. Temu mora slediti tudi prilagajanje in razvoj (tele)zdravstvenih storitev. Ob teh družbenih trendih je še toliko bolj pomembno intenzivno povezovanje izvajalcev zdravstvenih storitev in visokošolskih institucij.

Zaključek

Študij zunaj matične države pomeni, da zaradi različnih dejavnikov mednarodni študenti pogosto doživljajo povečano stopnjo stresa, kar lahko negativno vpliva na njihovo zdravje in dobro počutje. Ob nenadnem pojavu (poslabšanja) bolezni ali poškodbi potrebujejo dostop do zdravstvene obravnave, ki zagotavlja dobre zdravstvene izide, akademsko uspešnost in zadovoljstvo s študijem v Sloveniji. Študenti na splošno ne posvečajo večje pozornosti poznavanju zdravstvenega sistema in zdravstvenemu zavarovanju. Problematika nepoznavanja pride še bolj do izraza pri študentih, ki se izobražujejo zunaj matične države, kjer si običajno ne morejo pomagati z znanjem o delovanju zdravstva in zavarovalniškimi kritjem storitev v matični državi.

Za zagotavljanje optimalne zdravstvene oskrbe tudi mednarodnih študentov bi bilo smiselno sistematično informiranje dohodnih in odhodnih študentov na mobilnosti, saj bo to imelo dolgoročne vplive na več ravneh. V času študija bi bilo smiselno študente sistematično izobraževati na področju zdravja, vključno s ciljem dviga pismenosti na področju zdravstvenega zavarovanja.

V slovenskem prostoru bi morali ob trendih globalizacije in internacionalizacije visokega šolstva intenzivno proučevati dostopanje (mednarodnih) študentov do zdravstvenih storitev ter ob tem raziskovati in tudi vključevati sodobne trende zdravstvene oskrbe, ki jih omogoča hiter razvoj digitalnih tehnologij.

Viri

Adegboyega, A., Nkwonta, C. A. in Edward, J. (2020). Health insurance literacy among international college students: A qualitative analysis. *Journal of International Students*, 10(1), 50–68. <https://doi.org/10.32674/jis.v10i1.1097>

Adepoju, O., Mask, A. in McLeod, A. (2019). Factors associated with health insurance literacy: Proficiency in finding, selecting, and making appropriate decisions. *Journal of Healthcare Management*, 64(2), 79–89. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00021>

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). *Elements of access to health care*. Chartbook on Access to Health Care. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/access/elements.html>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. in Baumeister, S. E. (2014). Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. V G. F. Kominski (ur.), *Changing the US health care system: Key issues in health services policy and management* (4. izdaja, str. 33-70). Jossey-Bass.
- Araya, R., Zitko, P., Markkula, N., Rai, D. in Jones, K. (2018). Determinants of access to health care for depression in 49 countries: A multilevel analysis. *Journal of Affective Disorders*, 234, 80-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.092>
- Assi, R., Özger-İlhan, S. in İlhan, M. N. (2019). Health needs and access to health care: The case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*, 172, 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.004>
- Babitsch, B., Gohl, D. in von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-Social-Medicine*, 9(2), 1-15. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Carrasquillo, O. (2013). Health care utilization. V M. D. Gellman in J. R. Turner (ur.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (str. 909-910). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_885
- Constandy, P. A. (2020). *The importance of health insurance for international students and travelers*. StudyUSA.Com. <https://www.studyusa.com/en/a/1693/the-importance-of-health-insurance-for-international-students-travelers>
- Grulja, M. A. (2021). *Letno poročilo za leto 2020*. Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani. <https://www.zdstudenti.si/wp-content/uploads/2021/08/letno-porocilo-zds-2020.pdf>
- Gulliford, M. (2017). Access to primary care and public health. *The Lancet Public Health*, 2(12), e532-e533.
- James, T. G., Sullivan, M. K., Dumeny, L., Lindsey, K., Cheong, J. W. in Nicolette, G. (2018). Health insurance literacy and health service utilization among college students. *Journal of American College Health*, 68(2), 200-206. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1538151>
- Levesque, J.-F., Harris, M. in Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mackert, M., Koh, H. E., Mabry-Flynn, A., Champlin, S. in Beal, A. (2017). Domestic and international college students: Health insurance information seeking and use. *Journal of International Students*, 7(3), 542-561. <https://doi.org/10.5281/zenodo.570016>
- Milavec Kapun, M. in Kocijančič-Pokorn, N. (2019). Študija uporabnosti Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu. V N. Kocijančič Pokorn in U. Lipovec Čebren (ur.), *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (1. izdaja, str. 146-169). Znanstvena založba Filozofske fakultete.

- Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R. M. in Aday, L. A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: Assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33(3), 571-596.
- Quizhpe, E., Sebastian, M. S., Teran, E. in Pulkki-Brännström, A.-M. (2020). Socio-economic inequalities in women's access to health care: Has Ecuadorian health reform been successful? *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01294-1>
- Radusky, P. D., Cardozo, N., Duarte, M., Fabian, S., Frontini, E., Sued, O. in Aristegui, I. (2021). Mental health, substance use, experiences of violence, and access to health care among transgender and non-binary people during the COVID-19 lockdown in Argentina. *International Journal of Transgender Health*, 0(0), 1-14. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1943593>
- Scholz, N. (2020). *Addressing health inequalities in the European Union - Concepts, action, state of play*. European Parliamentary Research Service. <https://doi.org/10.2861/567478>
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. in Kurth, B.-M. (2004). *Schlussbericht Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen*. Robert Koch Institut.
- Travers, J. L., Hirschman, K. B. in Naylor, M. D. (2020). Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1405-7>
- von Lengerke, T., Gohl, D. in Babitsch, B. (2014). Re-revisiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: A review on theoretical advances and perspective. V C. Janssen, E. Swart, in T. von Lengerke (ur.), *Health care utilization in Germany* (str. 11-28). <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9191-0>
- Yang, Y.-T., Iqbal, U., Ko, H.-L., Wu, C.-R., Chiu, H.-T., Lin, Y.-C., Lin, W. in Elsa Hsu, Y.-H. (2015). The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(3), 222-231. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv024>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2021). *Letno poročilo ZZZS 2020*. [https://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/a998991f0f548b4bc125868c0040ba61/\\$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202020.pdf](https://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/a998991f0f548b4bc125868c0040ba61/$FILE/Letno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%202020.pdf)
- Zhang, S., Chen, Q. in Zhang, B. (2019). Understanding healthcare utilization in China through the andersen behavioral model: Review of evidence from the China health and nutrition survey. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 209-224. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S218661>
- ZZDej-UPB2 [Zakon o zdravstveni dejavnosti]. (2005). *Uradni list Republike Slovenije*, 23/05.
- ZZVZZ-UPB3 [Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju]. (2006). *Uradni list Republike Slovenije* 72/06.

- WHO [World Health Organization]. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- WHO [World Health Organization]. (2017). *Human rights and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- WHO [World Health Organization]. (2021). *It's time to build a fairer, healthier world for everyone, everywhere*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf?sfvrsn=6c36f0a5_1&download=true