

PANDEMIJA I MIGRACIJE*

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Pandemie i migracije: povijesna perspektiva	2
2.1. Epidemije i počeci javnozdravstvenih mjera zaštite	2
2.2. Sanitarni kordon	4
3. Pandemijska bolest COVID-19 i migracije	6
3.1. Sociodemografska obilježja populacije i COVID-19.....	6
3.2. COVID-19 i radne migracije.....	9
3.3. COVID-19 i prisilne migracije.....	13
4. Pandemijska bolest COVID-19 i migracije: ksenofobija, diskriminacija i nacionalizam.....	16
5. Zaključno.....	18
Literatura	19

1. Uvod

Pandemija bolesti COVID-19, kao i mnoge pandemije prije nje, nije samo zdravstvena prijetnja, već utječe na funkcioniranje gotovo svih društvenih sustava, kako unutar granica nacionalnih država tako i izvan njih. Sprečavanje daljnjeg širenja pandemije posebno se odrazilo na prostornu mobilnost stanovništva i migracije. Ograničenja prekograničnih kretanja i putovanja te uvođenje karantenskih mjera naglo su zaustavili ne samo međunarodne nego i migracije unutar granica nacionalnih država. Od početka pojave pandemije najveće ograničavanje kretanja usmjereno je na starije ljude, pri čemu

* Autori: Margareta Gregurović, Snježana Gregurović, Sanja Klempić Bogadi, Josip Kumpes, Simona Kuti, Sanja Lazanin, Dubravka Mlinarić, Sonja Podgorelec.

Ovaj rad nastao je kao rezultat promišljanja članova Znanstvenog odsjeka za migracijska i demografska istraživanja Instituta za migracije i narodnosti o mogućim promjenama koje donosi pandemija bolesti COVID-19 s naglaskom na područje migracija.

Riječi i pojmovi koji se upotrebljavaju u tekstu, a imaju rodno značenje, odnose se jednako na muški i ženski rod. Podaci koji se prikazuju posljednji su put ažurirani 25. svibnja 2020.



se restrikcije i dobna granica (60+, 65+, 70+ i sl.) mijenjaju od zemlje do zemlje. Zbog neadekvatnog smještaja i ograničenog pristupa sanitarnom sustavu i zdravstvenim ustanovama posebno ugrožene skupine su neregularni/prisilni migranti u izbjegličkim kampovima. Važno je napomenuti da se mjera ograničavanja kretanja u svrhu suzbijanja i kontrole epidemijskih bolesti primjenjivala i u povijesti u različitim političko-upravnim sustavima, o čemu svjedoči niz primjera od starog vijeka i ranomodernih država sve do 20. stoljeća.

2. Pandemije i migracije: povijesna perspektiva

U jeku suvremenih epidemioloških, ali i socioekonomskih ograničenja slobode kretanja uvedenih zbog pandemije bolesti COVID-19, osvrt u prošlost nudi niz primjera kako su se različiti političko-upravni sustavi na prostoru hrvatskih zemalja nosili sa sličnim problemima. U vrijeme predmodernih epidemija jedna od najčešćih mjera kontrole bolesti bila je ograničavanje kretanja, utemeljena na tadašnjim medicinskim spoznajama i interesima lokalnih ili centralnih vlasti. Odnos zdravlja i bolesti bio je dijelom posljedica teških pustošenja i ratnih stradanja za vrijeme i nakon osmanskih ratova. U takvim uvjetima glad i nemogućnost nabave hrane bile su česte. Zarazne bolesti pogađale su neimaštinom iscrpljeno stanovništvo, a kroz demografsku su devastaciju posredno narušavale i gospodarsku proizvodnju. Zdravstveno-biološka neravnoteža manifestirala se pojavom različitih bolesti, a neke su eskalirale u obliku epidemija (Grmek, 1989). Rasprostranjenost nekih bolesti ovisila je o klimi, fizičkim osobinama krajolika ili pak stupnju socioekonomskog razvoja (od pristupa vodi do organizacije prometne infrastrukture). Na širenje zaraza utjecala je prostorna mobilnost različitih tipova, od hodočasničkih migracija, preko ratova i kretanja vojski, do trgovačke aktivnosti. Osim kuge, neke od najčešćih bolesti koje su harale Sredozemljem i Europom, kao i istočnojadranskom obalom i zaleđem bile su sifilis, boginje, kolera, difterija, pjegavi tifus, dizenterija, tuberkuloza, giht, ali i brojne druge.

2.1. Epidemije i počeci javnozdravstvenih mjera zaštite

U povijesnim izvorima najbolje dokumentirana bolest još od starog vijeka bila je kuga (Grmek, 1989; Buklijaš, 2002; Glesinger, 1954; Ravančić, 2010). Kruženje epidemija u populaciji podudaralo se s ciklusom razmnožavanja štakora i buha kao vektora širenja manje opasnoga, ali mnogo češćega bubonskog oblika bolesti, u odnosu na iznimno smrtonosan i rjeđi plućni oblik bolesti koji se prenosio kapljičnim putem. Kad je epidemija na životinjama buknila, buha se u potrazi za hranom preselila, slično kao i kod transfera virusa SARS-CoV-2, sa životinje na čovjeka. Umiralo je mahom mlađe aktivno stanovništvo, a bolest je najviše pogodila gušće naseljenu Europu i Aziju. Epidemija kuge

potaknula je, između ostaloga, migracije Slavena u nove prostore, ali i širenje islama u nezaražena polupustinjska područja. Prva kužna pandemija zahvatila je južnu Europu sredinom 6. stoljeća (tzv. Justinijanova kuga) i trajala je stoljeće. Nakon velike epidemije kuge, u izvorima zabilježene kao Crna smrt, koja se iz jugozapadne Azije proširila Europom 1348. – 1351., sljedeći su se naleti kuge širili iz Italije, najintenzivnije u 16. i 17. stoljeću. Demografski su gubici između 1300. i 1450. u Europi uključivali trećinu ukupne populacije, od čega je 60% svih gubitaka bilo na sjeveru Europe (Livi Bacci, 2000: 83). Tijekom 15. stoljeća i dalmatinske je gradove zahvatilo čak dvadeset različitih valova kužnih zaraza (Kolanović, 1995: 31).

Ograničavanje širenja bolesti bilo je, zbog nepoznavanja uzročnika ili lijeka, svedeno na javnozdravstvenu mjeru sprečavanja fizičkoga kontakta zdravog i zaraženog stanovništva. U okviru judeokršćanskog poimanja svijeta pojava bolesti prikazivala se kao kazna za počinjene grijehе. Na razini lokalne zajednice regulirano je pitanje institucionaliziranoga karitativno-medicinskog zbrinjavanja potrebitih i marginalnih članova društva, ne samo bolesnih već i siromašnih, napuštenih i starih. Složena struktura socijalnih institucija, od hospitala, ubožnica i bratovština za siromašne, hospicija i trgovačkih raštela, preko leprozorija ili lazareta za oboljele od gube ili kuge, do nahodišta za nezbrinutu djecu, još je od srednjega vijeka počivala na radu crkvenih ili komunalnih institucija (Benvenuti, 1944: 320; Pederin, 1990: 30).

Mletačke institucije na istočnoj obali Jadrana nastojale su spriječiti osipanje nositelja poreznih davanja, čiju je proizvodnu i fiskalnu snagu bolest ugrožavala. Na čelu sa Sanitarnim magistratom kao najvišim zdravstvenim autoritetom i lokalnim sanitetskim kolegijima, Venecija je provodila mjere sprečavanja unošenja i širenja zaraznih bolesti informiranjem, prevencijom i represijom. Kontrola se provodila javnozdravstvenim vizitacijama, donošenjem uputa, pravilnika i priručnika, izdavanjem zdravstvenih certifikata, otvaranjem lazareta te u krajnjem slučaju zabranom kretanja osoba sa zdravstveno nesigurnih prostora. Zdravstvene potvrde za slobodno kretanje robe i putnika (*teskere* ili *pattente nette/sospette* ili *libre*) uvedene su kao obveza u 15. stoljeću. Svjedočile su o zdravstvenom stanju nositelja, a sumnjivi putnici morali su u izolaciju (Kečkemet, 1975: 377–403, 380–385).

Liječnici su do kraja 19. stoljeća za liječenje kuge propisivali univerzalni protuotrov – konzumaciju kisele hrane, pàrenje (fumigaciju) tijela i predmeta sumpornim parama te ispiranje u octu, eteričnim uljima i moru (Božić-Bužančić, 1990: 247–257, 248–249). Jedini poznati način sprečavanja širenja zarazne bolesti za koju ne postoje ni lijek ni precizna dijagnoza, slično kao i kod bolesti COVID-19, bilo je odvajanje zaraženih osoba i bijeg zdravih iz gradova. U strahom motiviranome kolektivnom samoobjašnjenju pojave bolesti društvo je krivca najčešće nalazilo u onima drugačijima od većinske zajednice, bilo putnicima i strancima, bilo različitim marginaliziranim skupinama, od konfesionalnih

(npr. Židovi ili muslimani) do zdravstvenih marginalaca (npr. leprozni) (Delumeau, 1987, I: 155, 178).

Inicijalno je na Sredozemlju postojala praksa, koju je podržavala i medicinska profesija, da se bolesne prepusti prirodnom tijeku te zdravu zajednicu zaštititi zazidavanjem bolesnih i spaljivanjem njihovih kuća. S vremenom se ipak počeo razvijati potpuno oprečan način zaštite, a to je karantenski sustav. Velika epidemija kuge u 14. stoljeću rezultirala je uvođenjem javnozdravstvene inovacije karantene – medicinski preventivnog odvajanja potencijalno zaraženih ljudi i roba sa svrhom očuvanja gospodarskih aktivnosti poput trgovine i pomorstva (Delumeau, 1987, I: 135). Dubrovnik je prva u izvorima zabilježena država koja ju je 1377. uvela i time utemeljila takav humano prihvatljiv sustav. Razvijao se na racionalnome empirijskom iskustvu dubrovačkih vlastelina-trgovaca u strahu od širenja „peste“. Uključivao je privremeno zadržavanje putnika i njihovih stvari u izolaciji u trajanju od četrdeset dana na osamljenim lokalitetima. Na kopnu su se karantenske zgrade nalazile na istočnom ulazu u grad (Lazareti), a s morske strane na otocima ispred grada (Mrkan, Supetar, Bobara i Mljet) (Buklijaš, 2002: 92). Od boravka trgovaca pod vedrim nebom, sustav se s vremenom razvio u instituciju s elementima pravne regulative, propisanim zgradama i skladištima, a od 1426. s osposobljenim osobljem. Arhitektonski su karantenski kompleksi proširivani i prilagođavani što boljoj izolaciji čiste od sumnjive robe, uz organiziranje potrebnih metoda čišćenja i raskuživanja robe i ljudi.

Dok je Dubrovnik samostalno propisivao i kodificirao javnozdravstvenu regulativu (od zelene knjige 1377. do Pravilnika Dubrovačke Republike o pomorskoj plovidbi iz 1745.) i djelovao uz pomoć sustava gradskih službenika, priobalni gradovi Mletačke Dalmacije, od Zadra i Šibenika do Splita i Trogira, ovisili su o ažurnosti protuepidemijske zaštite i financijama Venecije. Funkcionalan kopneni mletački sustav karantene zahtijevao je niz utvrđenih kontumacijskih kontrolnih točki koje su trebale zaustaviti širenje bolesti duž duge kopnene granične linije prema Osmanskom Carstvu. Ulaze u pomorske luke bilo je jednostavnije kontrolirati, iako su upravo luke bile mjesta intenzivne trgovačke razmjene sirovina iz dalmatinskog i bosanskog zaleđa i luksuzne robe iz zapadnoeuropskih luka. Osim preventivno-medicinske, zdanja poput splitskog lazareta imala su i fortifikacijsku te carinsko-poštansku funkciju, nastojeći u što većoj mjeri očuvati prekograničnu komunikaciju.

2.2. Sanitarni kordon

Borba protiv epidemija i njihovih razornih posljedica za demografsku situaciju i gospodarstvo poslužila je kao poticaj ranomodernim državama za daljnje sustavno razvijanje javnog zdravstva. Razvoj sustava javnog zdravstva u hrvatskim zemljama pod habsburškom vlašću povezan je s organizacijom Sanitarnoga kordona na području

Hrvatsko-slavonske vojne krajine. Jedan od najdugovječnijih i prostorno najopsežnijih protuepidemijskih sustava u Europi tijekom 18. i 19. stoljeća protezao se od Jadrana do Karpata u duljini od 1900 km.

Habsburški protuepidemijski sustav prema Osmanskom Carstvu nastajao je postupno donošenjem carskih odredbi i zakonskih akata, među kojima se ističu Patent Karla VI. iz 1728., kojim je uspostavljen sanitarni kordon na istočnim granicama Habsburške Monarhije, i Opći zdravstveni pravilnik (*Sanitäts- und Kontumazordnung*) (Horbec, 2015: 89–91) iz 1770., kojim je dovršeno stvaranje tog sustava. Propisi su se tijekom narednog stoljeća nadopunjavali i prilagođavali potrebama.

Sanitarni kordon funkcionirao je prema načelu stalnih kordonskih straža, prikupljanja informacija o zdravstvenom stanju na osmanskome području i na organizaciji stalnih mjesta prelazaka putnika i robe, tzv. kontumaca. Oni su služili kao karantene na glavnim prometnicama uz granicu, u njima su se odvijali kontrola prometa i odvajanje potencijalno zaraženih ljudi i robe te su se provodile javnozdravstvene mjere i pružale medicinske usluge. Propisana karantena trajala je, ovisno o epidemiološkoj prijetnji, od 21 do 42 dana. Nakon 1785. mjere karantene ublažene su, ukinute su u zdravom razdoblju, a u drugim su slučajevima skraćene na dvadeset odnosno deset dana. Karantena je bila obvezna kako za ljude tako i za trgovačku robu, koja se raskuživala ovisno o vrsti – pranjem tekućom vodom, kađenjem dimom, provjetravanjem i dezinfekcijom vrućim zrakom (Horbec, 2015: 92–114; Vaniček, 1875, I: 405–408).

Takav režim umnogome je usporavao prekograničnu mobilnost s Osmanskim Carstvom, s kojim je inače postojala veoma živa trgovinska razmjena. Kako bi izbjegli dugotrajan boravak u karanteni, trgovci s osmanske strane dovezli bi robu do kontumaca, tamo je uskladištili, a nakon razdoblja karantene preuzeo bi je trgovac s habsburške strane. Osim kontumaca, postojala su i druga mjesta na granici, tzv. rašteli, u kojima se odvijala robna razmjena uz strogi nadzor službenih osoba s austrijske strane. Obveza karantene vrijedila je i za sve migrante koji su se namjeravali preseliti s osmanskog teritorija na habsburški (Vaniček, 1875, III, 334–335). Tek po isteku propisane karantene doseljenici su mogli biti raspoređeni u nova odredišta.

Protuepidemijska zaštita uvodi se od 18. stoljeća i u jadranske luke u tzv. Austrijskom primorju, koje su zbog intenzivne mobilnosti ljudi i protoka roba bile izložene zaraznim bolestima. Od 1722. do 1724. uz riječku je luku podignut lazaret (Horbec, 2015: 91).

Kako bi se prilikom prelaska granice osiguralo pridržavanje propisanih protuepidemijskih mjera, 1766. donesen je kazneni zakon, tzv. Patent o kontumacima (Horbec, 2015: 117). U njemu je predviđena stroga kazna za one koji ne provode protuepidemijske mjere sukladno propisima kao i za one koji ih krše prelazeći granicu na nedopuštenim mjestima, dakle ilegalno. Za najteže prekršitelje bila je predviđena i smrtna kazna.

Premda je u 18. stoljeću u Europi kuga gotovo nestala, u krajevima bliže Osmanskom Carstvu ona se javljala još i u prvoj polovini 19. stoljeća. Tijekom tog stoljeća napušta se institucija karantene te se uvode preventivno cijepljenje, dezinfekcija i liječenje zaraznih bolesti.

Povijest 20. stoljeća zabilježila je dvije velike europske, ali i globalne epidemije. Po završetku Prvoga svjetskog rata izbila je pandemija gripe, nazvane „španjolska groznica“, „španjola“ ili „španjolica“, koja je u nekoliko valova od 1918. do 1920. prema procjenama ubila preko pedeset milijuna ljudi. Druga zarazna bolest s velikom smrtnosti, čija je posljednja europska epidemija zabilježena sedamdesetih godina 20. stoljeća na prostoru Jugoslavije, bile su velike boginje (*variola vera*). Zabrana napuštanja mjesta boravka i smanjivanje mobilnosti stanovništva bili su uz cijepljenje glavne mjere sprečavanja širenja zaraze.

Kao posljedica razornih učinaka zaraznih bolesti, osim straha koji su izazvale među stanovništvom i koji se prenosio generacijama, stvorene su u 20. stoljeću globalne institucije za koordinaciju aktivnosti u cilju sprečavanja ili ograničavanja pandemija. Intenziviranje interkontinentalnog prometa roba i ljudi u 20. stoljeću olakšalo je i stvorilo preduvjete za brže širenje zaraznih bolesti. U takvim uvjetima učinkovita borba protiv pandemije nije moguća bez teških ekonomskih posljedica za globalno gospodarstvo. Bez obzira na napredak medicine i mogućnosti masovne imunizacije stanovništva, prostorna izolacija i ograničavanje mobilnosti stanovništva (uključujući migracije) i dalje ostaju najučinkovitije mjere u borbi protiv nekih zaraznih bolesti.

3. Pandemija bolesti COVID-19 i migracije

3.1. Sociodemografska obilježja populacije i COVID-19

Percepcija rizika od oboljenja jedan je od ključnih pokretača zdravstvenog ponašanja jer utječe na ponašanje stanovništva s obzirom na preporučene mjere opreza (Brewer i sur., 2007) i vjerojatnost da određena osoba oboli. Na primjeru pandemije uzrokovane virusom SARS-CoV-2 vjerojatnost da starije osobe obole visoka je, pri čemu bolest ima teške komplikacije koje u znatnom postotku mogu završiti smrtnim ishodom.

Osobe stare 65 godina i više u značajno su povećanom riziku razvijanja ozbiljnih oblika bolesti nakon zaraze. To je izrazito važno za područje Europe, kontinent s najvećim udjelom starih ljudi. Prema podacima Eurostata, početkom 2019. u EU-28 živio je 101,1 milijun ljudi starih 65 ili više godina, što je 20,0% ukupnog stanovništva.¹ Zemlje s najvećim udjelom stanovnika u dobi od 65 i više godina jesu Italija (22,8%), Grčka (22%), Portugal i Finska (21,8%) te Njemačka (21,5%). Najviša medijalna starost 2019.

¹ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

zabilježena je u Italiji (46,3 godine), a zatim u Njemačkoj (46,0) i Portugalu (45,2).² Hrvatska je na sedmome mjestu s medijalnom dobi 44,0 (muškarci 41,9, žene 46,2) te s 20,6% osoba starih 65 i više godina. Osim ukupnog starenja stanovništva zbog produženoga očekivanog trajanja života i smanjenja fertiliteta, odvija se i proces starenja starog stanovništva koji se ogleda u sve većem broju ljudi starih 80 i više godina. Oni su 2019. činili 5,7% stanovništva EU-28. Njihov je najveći udio u Italiji, 7,2%, Grčkoj, 7,1%, Njemačkoj, 6,5%, i Portugalu, 6,4%. Hrvatska ne zaostaje mnogo s 5,3% udjela starih 80 i više godina.³

Istraživanja uspješnosti provođenja zdravstvenih kampanja kada su posrijedi zarazne bolesti (uglavnom na primjeru gripe) potvrđuju značajnu ulogu sociodemografskih obilježja populacije pri usvajanju preporuka za zdravstveno ponašanje (Commodari, 2017) kojima se nastoji, u prvom redu, prevenirati širenje bolesti (WHO, 2015). S obzirom na dobnu specifičnost ugroze starijih u populaciji, od značajne je važnosti način formuliranja i provođenja preporuka za zdravstveno ponašanje ukupnog stanovništva s posebnim naglaskom na zaposlene u sustavu zdravstva i socijalne skrbi.

Podaci o broju zaraženih i umrlih od bolesti COVID-19 svakodnevno se prate i mijenjaju. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), na dan 25. svibnja 2020. u svijetu je zabilježeno 5.307.298 slučajeva zaraze COVID-19,⁴ a umrlo je 342.070 osoba. Od toga broja najveći broj potvrđenih slučajeva zaraze ima SAD (1.592.599), a zatim slijede Ruska Federacija (353.427), Brazil (347.398), Ujedinjeno Kraljevstvo (259.563), Španjolska (235.772), Italija (229.858), Njemačka (178.570), Turska (156.827) i Francuska (142.204). U 54 europske zemlje potvrđeno je 2.027.889 slučajeva zaraze, a umrlih je 174.481.⁵ Najveća je smrtnost u Belgiji (804/milijun), Španjolskoj (574/milijun), Italiji (544/milijun), Ujedinjenom Kraljevstvu (544/milijun), Francuskoj (436/milijun) i (Švedskoj 399/milijun).⁶

U Republici Hrvatskoj prvi je slučaj zaraze zabilježen 25. veljače 2020. u Zagrebu, a osoba je virusom zaražena u Italiji. Na dan 25. svibnja 2020. u Hrvatskoj je zabilježeno 2244 zaraženih SARS-CoV-2, od čega je 100 oboljelih osoba umrlo.⁷ Oboljeli su registrirani u svim županijama, a najviše ih je u Splitsko-dalmatinskoj. Na konferenciji za medije Stožera civilne zaštite RH 1. svibnja 2020. Ministarstvo zdravstva iznijelo je podatke o dobi umrlih osoba. Prosječna je starost umrlih 79,2 godine. Od toga su 45% muškarci i 55% žene. Udio umrlih prema dobi jest: od 40 do 49 godina 4,1% umrlih, od 50 do 59 godina 6,8%, od 60 do 69 godina 13,5%, od 70 do 79 godina 23%, od 80 do 89 godina 28,4% te od 89 do 99 godina 24,3%.

² https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind&lang=en

³ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁴ <https://covid19.who.int/>

⁵ <https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>

⁶ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

⁷ <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/koronavirus-najnoviji-podatci/>

Prema podacima raznih zdravstvenih agencija i liječnika (i iz Stožera civilne zaštite RH), stariji ljudi s kroničnim bolestima najrizičnija su skupina i mnogi među njima koji se zaraze neće se uspjeti oporaviti od bolesti. Vjerojatnost potrebe bolničkog liječenja naglo raste već od 30. godine života, a rizik od smrti od 50., iako je većina onih koji se nalaze u bolnici stara 80 i više godina.⁸ Veći je rizik za razvijanje težeg oblika bolesti i potrebe za respiratorom te mogućnosti smrti među starim muškarcima nego među starim ženama. Posebno su ugroženi stariji koji pate od kardiovaskularnih bolesti, kroničnih respiratornih bolesti, dijabetesa ili onkoloških bolesti. Prema izvještaju WHO⁹ za Europu do 17. svibnja 2020., medijalna starost umrlih bila je 81 godina, 94% bili su stari 60 ili više godina, a među su njima 59% muškarci. Oporavak nekih jako starih osoba (u kasnim osamdesetima, pa i starijih od sto godina) od bolesti COVID-19 u raznim zemljama svijeta (Turska, Kina, Iran, Ujedinjeno Kraljevstvo, Nizozemska, Italija, SAD, Brazil, Južna Koreja i Indija)¹⁰ posljednjih tjedana ohrabruje.

U okviru mjera za sprečavanje širenja zaraze, gotovo sve europske zemlje uvele su neki oblik ograničavanja kretanja stanovništva (karantene) osim Švedske. Među mjerama prevencije koje se preporučuju na prvom je mjestu održavanje fizičke distance. Fizička distanca ne smije uzrokovati društvenu izolaciju.¹¹ Zahtjev za „ostanak doma“ i fizičko distanciranje značajno utječe na svakodnevnicu starijih građana. Naime, premda upotreba različitih komunikacijskih tehnologija omogućava održavanje raznih vrsta kontakata na daljinu, one su često nedostupne ili nedovoljno dostupne starijima. Stari ljudi u velikom broju žive sami, a starost se inače veže uz smanjeni broj društvenih kontakata i veći doživljaj osamljenosti i društvene izoliranosti. Starije žene, koje čine većinu najstarijih osoba, pritom su najugroženije. Godine 2017. u EU-28 40,4% žena i 22,4% muškaraca starih 65 i više godina živjelo je u samačkim kućanstvima (*Ageing Europe*, 2019).

Zbog obustave redovitog rada obiteljskih liječnika i bolnica stariji, koji su većinom lošijeg zdravlja, ugroženi su jer ne liječe kronične bolesti. Nemogućnost raznih oblika tjelesnih aktivnosti (prije svega na otvorenome) dodatno utječe na tjelesno zdravlje, a osjećaj neizvjesnosti, straha i nesigurnosti povećava razinu stresa i negativno utječe na psihičko zdravlje starijih osoba.

Zbog velikog broja starijih koji žive u bliskoj zajednici i većeg broja pratećih bolesti najranjivija skupina među starijim građanima osobe su koje žive u institucijskom smještaju, najviše u domovima za starije i nemoćne. Godine 2011. u EU-28 u svim je

⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>

⁹ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>

¹⁰ <https://www.aa.com.tr/en/latest-on-coronavirus-outbreak/fortune-smiles-on-elderly-as-they-beat-covid-19/1805807>

¹¹ <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-older-persons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>

vrstama institucija za smještaj starijih osoba živjelo 3,8% starih žena i 1,9% starih muškaraca (*Ageing Europe*, 2019). U izvještaju *European Centre for Disease Prevention and Control* od 23. travnja 2020.¹² vezano uz pandemiju COVID-19 ističe se visoka smrtnost oboljelih u domovima. U nekim je zemljama udio umrlih smještenih u domove za starije viši od 50% svih umrlih, primjerice u Belgiji, Španjolskoj i Irskoj. Prema podacima Stožera Civilne zaštite od 5. svibnja 2020., 34 (40%) od ukupno 83 umrle osobe u Hrvatskoj od posljedica zaraze COVID-19 korisnici su domova za starije.¹³ Ljudi u institucijama moraju imati jednako pravo na medicinsku, socijalnu i palijativnu skrb kao i ostali. Vlasti trebaju poduzeti sve mjere da spriječe rizik od izolacije, zanemarivanja i ponižavajućeg tretmana u institucijama.¹⁴

3.2. COVID-19 i radne migracije

Zatvaranje državnih granica pokazalo je koliko su današnja globalna ekonomija, ali i pojedine nacionalne ekonomije ovisne o migracijama, odnosno o prostornoj mobilnosti radne snage. Prema podacima Odjela za gospodarska i društvena pitanja UN-a (UN DESA) za 2019., od gotovo 272 milijuna međunarodnih migranata u svijetu, dvije trećine čine radni migranti (IOM, 2020). Migrantski radnici pridonose gospodarskom rastu i razvoju ne samo zemalja primitka nego i zemalja porijekla slanjem novčanih doznaka (*remittances*) te stjecanjem radnih vještina i znanja. Znatan broj djelatnosti kao što su zdravstvena skrb, prijevoz, građevinarstvo, poljodjelstvo, pružanje usluga i prerada hrane ovisi o stranoj radnoj snazi. Riječ je o sektorima u kojima „rad od kuće“ nije moguć te su time radnici koji obavljaju poslove u ovim sektorima u većoj opasnosti od zaraze novim koronavirusom. Ipak, položaj migrantskih radnika često je u navedenim sektorima nepovoljniji u usporedbi s domaćim radnicima s obzirom na to da su im ugovori o radu privremeni, zapošljavanje neregularno, plaće niže i socijalna zaštita neadekvatna (OECD/ILO, 2018).

U državama s visokim prihodima radni migranti u ukupnom broju međunarodnih migranata čine 68%. Najviše migrantskih radnika (60,8%) nalazi se u Sjevernoj Americi (23%) i Sjevernoj, Južnoj i Zapadnoj Europi (23,9%) (ILO, 2018). Premda je važnost migrantskog rada u tzv. neophodnim zanimanjima neupitna, može se očekivati da će upravo ta kategorija biti pogođena otpuštanjima i gubitkom zaposlenja zbog negativnih posljedica pandemije na gospodarstvo. Migranti su ranjiva skupina i zbog neprimjerenih životnih i radnih uvjeta u kojima dio njih živi. Zbog boravka u prenapučenim stambenim objektima i neadekvatnih higijenskih uvjeta posebno su izloženi raznim zarazama, pa tako

¹² <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>

¹³ <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/katastrofalne-posljedice-proboja-virusa-medu-najugorozenije-40-posto-preminulih-u-hrvatskoj-sticenici-su-domova-za-starije-i-nemocne/10277095/>

¹⁴ <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-older-persons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>

i zarazi novim koronavirusom.¹⁵ Dostupnost odgovarajućih zdravstvenih i socijalnih usluga svim radnicima, uključujući migrante koji nemaju reguliran radni odnos,¹⁶ ključan je faktor u sprečavanju širenja bolesti. U petnaest zemalja koje je COVID-19 najviše pogodio, najmanje deset zemalja (SAD, Španjolska, Italija, Njemačka, Francuska, Ujedinjeno Kraljevstvo, Belgija, Nizozemska, Kanada i Švicarska) u sektoru zdravstvenih usluga ovisi o radnicima rođenima u inozemstvu. U SAD-u i Ujedinjenom Kraljevstvu većina stranih liječnika u 2016. obrazovala se u Indiji i Pakistanu.¹⁷ Manjak zdravstvenih radnika u većini visokorazvijenih zemalja prisutan je dugi niz godina, a pandemija bolesti COVID-19 tu je situaciju pogoršala. Situacija s pandemijom COVID-19 ujedno je upozorila na ulogu migrantskog rada u globalnoj ekonomiji i probleme s kojima će se pojedine gospodarske grane suočiti ako kretanje migranata bude onemogućeno. Poljodjelski sektor, u kojemu radi znatan broj migrantskih radnika, mogao bi biti posebno pogođen, a tada će i globalni lanci opskrbe hranom biti ugroženi. No zbog ograničenja kretanja, zabrane okupljanja i zatvaranja granica epidemiji su snažno bili izloženi i drugi sektori koji zapošljavaju migrante, kao što su turizam, ugostiteljstvo, hotelijerstvo i industrija zabave.

Novim režimom ograničavanja prostorne mobilnosti tijekom pandemije bolesti COVID-19 posebno su ugroženi komutanti ili dnevni cirkulanti (često ih se pogrešno naziva dnevnim migrantima), koji za potrebe svakodnevnog obavljanja poslovnih aktivnosti prelaze nacionalne granice.¹⁸ Na taj način ne ovise samo o prostornim ograničenjima jedne države (odnosno regionalne samouprave) već i drugih, najčešće susjednih, država.¹⁹

Uvođenjem strožih graničnih kontrola, (samo)izolacijskih pravila za migrante i, općenito, ograničavanjem prostorne mobilnosti s ciljem sprečavanja širenja bolesti COVID-19, ti su radnici spriječeni u obavljanju svojih svakodnevnih poslova s očitim financijskim posljedicama na njihove obitelji.

U hrvatskim je medijima početkom uvođenja mjera prevencije i zaštite od koronavirusa u ožujku 2020. istaknut primjer radnika iz Karlovačke županije koji su onemogućeni u

¹⁵ <https://migrationnetwork.un.org/statements/covid-19-does-not-discriminate-nor-should-our-response>

Nova su žarišta zaraze novim koronavirusom nakon popuštanja mjera restrikcije u Njemačkoj klaonice i tvornice za preradu mesa, u kojima uglavnom rade radnici iz Rumunjske. Razlog tomu nisu nehigijenski uvjeti u tvornicama, nego neprimjereni higijenski uvjeti u kojima ti radnici žive. Budući da su smješteni u masovnim spavaonicama i bivšim kasarnama, teško im je zaštititi se od zaraze (<https://www.dw.com/hr/njema%C4%8Dke-klaonice-rasadnici-zaraze/a-53384461>).

¹⁶ U Indiji je primjerice oko 80% radne snage zaposleno u „neformalnom“ sektoru, a trećina radnika radi tek povremeno (<https://www.hrw.org/news/2020/03/27/india-covid-19-lockdown-puts-poor-risk>).

¹⁷ <https://migrationdataportal.org/themes/migration-data-relevant-covid-19-pandemic>

¹⁸ Ovaj pojam odnosi se na svakodnevna putovanja ljudi preko razmjerno velike udaljenosti između mjesta stalnoga ili povremenoga stanovanja, bilo radi potrebe zaposlenja, bilo iz dugih razloga, no s obzirom na to da u takvim slučajevima ne dolazi do promjene mjesta stanovanja, znanstvenici ih uglavnom izdvajaju iz kategorije migracija i proučavaju u sklopu šire kategorije prostorne mobilnosti (Heršak, 1998; Bell i Ward, 2000).

¹⁹ Iako postoje slučajevi prekograničnoga komutiranja na velike udaljenosti (upotrebom zračnog prijevoza) u nesusjedne države, najveći broj empirijski dokumentiranih slučajeva odnosi se na pogranične regije dviju nacionalnih država (npr. u Wiesböck i sur., 2016).

svakodnevnim putovanjima u slovensku Belu krajinu s obzirom na to da je taj dio Slovenije proglašen područjem osobito visokog rizika širenja koronavirusa. Prema izjavi župana, radilo se o nekoliko stotina hrvatskih građana koji su bili suočeni s izborom hoće li otići na posao i tada ostati sljedeća dva tjedna u Sloveniji, ili će se nakon posla vratiti u Hrvatsku i provesti sljedećih četrnaest dana u samoizolaciji.²⁰ Nekoliko dana poslije cijelo je područje Republike Slovenije bilo proglašeno rizičnim, pa su istovjetne mjere tada pogodile i druge radnike koji svakodnevno putuju iz Hrvatske u Sloveniju.

Hrvatsko-slovenski primjer, dakako, nije izoliran ni najznačajniji u europskim razmjerima. Još će izraženije biti socioekonomske posljedice kontrole prekograničnoga kretanja između primjerice Poljske i Njemačke s obzirom na to da, prema podacima Eurostata za 2018., oko 125.000 državljana Poljske svakodnevno putuje na rad u (istočnu) Njemačku.²¹

Europska komisija dopustila je europskim zemljama prijevoz lijekova, zaštitne opreme i drugih potrepština u svrhu liječenja te uslugu prijevoza tereta ključnog za funkcioniranje unutarnjeg tržišta EU-a. No tzv. neobvezna putovanja, postupci vraćanja i preseljenja osoba koje traže ili su dobile azil i slobodna kretanja radnika bili su zaustavljeni. Doduše, Komisija je izdala smjernice kojima se željelo olakšati prelazak granice tzv. neophodnim radnicima (zdravstveni radnici, njegovatelji u zdravstvu, proizvođači hrane i sezonski radnici) zaposlenima u ključnim djelatnostima.²²

Iako je Europska komisija državama članicama preporučila uvođenje graničnih kontrola na način da se ne sprečava kretanje neophodnih radnika, Poljska nije prilagodila (novouvedena) nacionalna pravila preporukama EU-a. Na taj je način stvorila manjak radne snage u njemačkome prehrambenom sektoru i u zdravstvenoj skrbi, uz ekonomske posljedice za vlastite državljane, od kojih su mnogi morali birati između gubitka posla i preseljenja u Njemačku.²³ Stoga ne čude nedavni prosvjedi nekoliko stotina poljskih radnika u pograničnim područjima Poljske i Njemačke, s obje strane granice.²⁴

S druge strane, neke su države odlučile otvoriti svoja tržišta rada za strane radnike unatoč pandemiji. Tako je primjerice Njemačka već od početka travnja 2020. planirala ublažavanje strogih graničnih mjera i „uvoz“ oko 80.000 sezonskih radnika za poslove

²⁰ <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/od-petka-obustava-dnevne-migracije-radnika-iz-hrvatske-u-belu-krajinu-20200312>

²¹ <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/eumove/bloc-2c.html?lang=en>. Najvećim je dijelom (oko 30%) riječ o muškarcima zaposlenim u građevinskom sektoru, no zastupljeni su i radnici u prehrambenom sektoru te medicinski djelatnici.

²² https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/travel-and-transportation-during-coronavirus-pandemic_hr

²³ <https://www.politico.eu/article/poland-coronavirus-crackdown-on-commuters-hits-health-and-food-sectors/>

²⁴ O navedenim je prosvjedima izvijestilo više hrvatskih i inozemnih medija (npr. <https://www.24sata.hr/news/stotine-su-prosvjedovale-na-njemacko-poljskoj-granici-689384>, <https://www.nytimes.com/reuters/2020/04/25/world/europe/25reuters-health-coronavirus-cross-border-workers.html>). Prosvjedi su se krajem travnja 2020. održali i u pograničnim područjima Poljske i Češke.

branja sezonskog voća i povrća, poglavito iz Poljske, Ukrajine, Rumunjske i Mađarske, kako bi spasila poljoprivrednu proizvodnju.²⁵ U mnogim je slučajevima sama pandemija bolesti COVID-19 prouzrokovala manjak radne snage u zdravstvenom sektoru i potrebu za „uvozom“ odgovarajućih stranih radnika. Upečatljiv je primjer Republike Austrije, koja je početkom svibnja 2020. uvela posebne linije izravnoga (noćnog) željezničkog prijevoza preko Mađarske kako bi omogućila dolazak njegovateljica i drugoga medicinskog osoblja iz Rumunjske, dok su austrijske granice već prije bile otvorene za neophodne radnike iz susjednih zemalja Srednje Europe.²⁶

Ako dođe do znatnijeg otpuštanja migrantskih radnika, to će utjecati na izvore prihoda brojnih obitelji u zemljama u razvoju koje ovise o primanju novčanih doznaka. Zemlje u razvoju u 2018. primile su doznake u iznosu od 529 milijardi dolara, dok je taj iznos u 2019. narastao na 551 milijardu dolara.²⁷ Doznake uglavnom imaju pozitivan učinak na zemlje u razvoju, no zbog krize izazvane širenjem novoga koronavirusa velik broj migranata izgubio je posao i slat će manje novca članovima svojih obitelji.²⁸ Približno milijarda ljudi u svijetu, svaki sedmi stanovnik na Zemlji, pošiljatelj je ili primatelj novčanih doznaka. Oko osamsto milijuna ljudi u svijetu ili svaki deveti stanovnik primatelj je takva oblika pomoći od člana obitelji koji je radni migrant. Doznake se najčešće upotrebljavaju za podmirenje osnovnih životnih potreba kao što su hrana, medicinski troškovi, obrazovanje ili stanovanje. Pokazalo se da slanje novčanih doznaka u zemlje porijekla raste u kriznim vremenima.²⁹ Slanje doznaka stabilnije je također od drugih oblika pomoći kao što su službena razvojna pomoć zemljama u razvoju ili privatna financiranja. Najviše poslanih doznaka u 2018. bilo je iz zemalja koje su i najsnažnije pogođene novim koronavirusom (SAD, Švicarska, Njemačka, Rusija, Kina, Francuska, Nizozemska i Ujedinjeno Kraljevstvo). Doznake iz tih zemalja činile su više od 25% svih doznaka u 2018., dok je u 2019. iz SAD-a, zemalja Eurozone, Ujedinjenoga Kraljevstva i Kanade 46% doznaka poslano u zemlje s niskim i srednjim dohotkom.³⁰ Slanje novčanih doznaka u 2020. moglo bi se, prema procjenama Svjetske banke, smanjiti za 20% u odnosu na 2019., a bit će posljedica smanjivanja prihoda i gubitka zaposlenja.³¹

Mnogi hrvatski emigranti koji su nedavno migrirali u zemlje EU-a također su suočeni s gubitkom posla i pogoršanjem financijske situacije, a njihov će eventualni povratak u RH, uz ostale čimbenike, ovisiti i o stupnju stečenih te prepoznatih kvalifikacija te o sektoru

²⁵ <https://www.vecernji.hr/vijesti/njemacka-hitno-uvozi-80-tisuca-sezonaca-za-berbu-sparoga-i-jagoda-1391461>

<http://balkans.aljazeera.net/vijesti/njemacka-dovodi-sezonske-radnike>

²⁶ <https://euractiv.jutarnji.hr/PiD/zemlje-clanice/austrija-uspostavlja-izravnu-vezu-vlakom-za-njegovateljice-iz-rumunjske/10242016/>

²⁷ <https://www.csis.org/analysis/five-ways-covid-19-changing-global-migration>

²⁸ <https://www.csis.org/analysis/can-i-stay-or-can-i-go-now-longer-term-impacts-covid-19-global-migration>

²⁹ <https://news.un.org/en/story/2019/06/1040581>

³⁰ <https://migrationdataportal.org/themes/migration-data-relevant-covid-19-pandemic>

³¹ <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/04/22/world-bank-predicts-sharpest-decline-of-remittances-in-recent-history>

(potencijalnog) zaposlenja u državi imigracije, odnosno, u slučaju povratka, u RH.³² Ako se dio nedavnih migranata odluči na „povratak“, pitanje je koliko će razdoblje njihova ponovnog boravka u RH trajati. Naime, dugoročno gledano, poboljšanjem ekonomske situacije u zemljama prethodnog boravka (ili u nekim novim potencijalnim destinacijama), uz pretpostavku dugoročne ekonomske krize u RH, vrlo je vjerojatno da će se dio osoba s prethodnim migracijskim iskustvom nakon „povratka“ u RH odlučiti na ponovnu migraciju, pa makar kao planiranu privremenu ili sezonsku strategiju pomoći članovima obitelji u Hrvatskoj. Stoga na „povratak“ ne treba gledati kao na završetak migracijskog procesa, već kao na jednu od njegovih faza.

Postroženje migracijskih režima u većini je zemalja ograničilo, a ponegdje i zaustavilo migracije. Izvjesno je da će poslije pandemije bolesti COVID-19 ekonomske migracije jačati, pri čemu se može očekivati da će barem djelomično slijediti tradicionalne ili povijesne obrasce, što ponajviše ovisi o brzini oporavka gospodarstava zemalja koje su privlačile najveći broj migranata. No ako granice duže vrijeme budu zatvorene, odnosno migrantima ulazak regularnim putevima onemogućen, jačat će neregularne migracije i krijumčarenje ljudi.

3.3. COVID-19 i prisilne migracije

Donedavno u središtu pozornosti, tražitelji azila i izbjeglice u pograničnim područjima Republike Hrvatske uslijed pandemije COVID-19 pali su u drugi plan, a medijski se izvori tek ponekad bave tom tematikom. No na razini međunarodnih organizacija odgovornih za zaštitu izbjeglica poput UNHCR-a i IOM-a kontinuirano se prati razvoj situacije u izbjegličkim kampovima diljem svijeta te se predlažu mjere i daju preporuke kako se nositi s razvojem pandemije.

Prema podacima koje prikuplja i objavljuje UNHCR, na svijetu je trenutačno 71 milijun prisilno raseljenih osoba, pri čemu 134 zemlje u kojima su oni smješteni prijavljuju lokalnu transmisiju virusa SARS-CoV-2.³³ Izbjeglice i drugi prisilni/neregularni migranti, osim što u situacijama koje se mogu opisati kao „normalne“ pripadaju u najosjetljivije i marginalizirane društvene skupine, u situaciji razvoja globalne pandemije još su ugroženija skupina. Taj se povećani rizik pripisuje ograničenom pristupu vodi, sanitarnom sustavu i zdravstvenim ustanovama. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) također svrstava tražitelje azila i izbjeglice u prioritetnu skupinu za testiranje jer su procijenjeni kao „osobe koje zbog svojih osobina imaju visok potencijal zaražavanja velikog broja ljudi s rizikom brzog širenja infekcije i stvaranja klastera“.³⁴ U tu su skupinu

³² Ako je suditi prema medijskim napisima o hrvatskim emigrantima u Irskoj, mnogi, barem za sada, ne planiraju povratak (<https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/ispovijesti-hrvata-koji-su-pandemiju-docekali-u-irskoj-mnogi-dobili-otkaze-neki-rade-od-kuce-ali-vecina-o-povratku-u-hrvatsku-i-dalje-ne-pomislja/10108414/>).

³³ <https://www.unhcr.org/coronavirus-covid-19.html>

³⁴ <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/protokol-testiranja-nacovid-19-sars-cov-2/>

klasificirani zajedno sa zatvorenima i djelatnicima u zatvoru, beskućnicima i pripadnicima etničkih/kulturnih skupina, čiji način života pogoduje prijenosu bolesti kapljičnim putem i izravnim kontaktom. Kako UNHCR navodi, više od 80% svjetskih izbjeglica i gotovo sve interno raseljene osobe smješteni su u zemljama s niskim ili srednje visokim prihodima, što stvara izazove i specifičnosti u nošenju s pandemijom bolesti COVID-19.³⁵ Ipak, postoje i primjeri povećane solidarnosti upravo s tom skupinom migranata³⁶ – u Portugalu se najveći dokaz te solidarnosti dogodio 31. ožujka 2020., kada je vlada svim migrantima i tražiteljima azila privremeno (za trajanja epidemije COVID-19) omogućila puna građanska prava kako bi im osigurala pristup zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj sigurnosti.³⁷ Republika Hrvatska omogućila je dopunom Zakona o strancima³⁸ da državljani trećih zemalja kojima su izdane dozvole boravka (uključujući i one kojima je odobren stalni boravak na temelju azila ili supsidijarne zaštite) iz članka 140. stavaka 1. i 2. Zakona o strancima,³⁹ za vrijeme trajanja epidemije uzrokovane virusom SARS-CoV-2 ne moraju podnositi zahtjev za izdavanje nove dozvole boravka, a najdulje trideset dana od dana proglašenja prestanka epidemije.

Kako bi se pružila podrška primjerenom reakciji i aktivnostima usmjerenima na oporavak vezano uz COVID-19 u 140 zemalja, IOM je 15. travnja 2020. donio Globalni plan za strateško pripremanje i uzvraćanje.⁴⁰ Budući da se razvoj pandemije definira primarno kao zdravstveni problem, taj strateški plan nalazi svoju primjenu vezano uza sve vrste migracija.⁴¹ Pritom IOM ističe da je učinak pandemije izrazito jak na prostornu mobilnost, što je ranije detaljnije opisano na primjeru radnih migracija, a posebno vezano uz uvjete i režime upravljanja granicama i migracijama te vezano uza sve skupine migranata, uključujući i one koji migriraju potaknuti konfliktom ili prirodnom nepogodom.⁴² Stoga je važno istaknuti da je prije Globalnoga strateškog plana doneseno združeno priopćenje OHCHR-a, IOM-a, UNHCR-a i WHO-a o pravima i zdravlju izbjeglica, migranata i osoba bez državljanstva u situaciji razvoja pandemije COVID-19.⁴³ U tom se priopćenju upozorava da su mnoge izbjeglice i neregularni migranti smješteni u prekapacitiranim izbjegličkim

³⁵ <https://www.unhcr.org/coronavirus-covid-19.html>

³⁶ <https://euromedrights.org/publication/access-to-health-for-migrants-and-refugees-during-covid-19/>

³⁷ <https://www.jutarnji.hr/vijesti/svijet/treci-su-po-starosti-imaju-najgoru-intenzivnu-njegu-u-eu-a-biljeze-cak-pet-puta-manju-smrtnost-od-francuske-kako-je-to-moguce/10241629/>,
<https://www.schengenvisainfo.com/news/portugal-grants-migrants-and-asylum-seekers-full-citizenship-rights-during-covid-19/>

³⁸ https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_04_53_1059.html

³⁹ *Narodne novine*, 130/11, 74/13, 69/17, 46/18, 53/20.

⁴⁰ Global Strategic Preparedness and Response Plan,

https://www.iom.int/sites/default/files/default/iom_covid19_appeal_15.04.2020.pdf

⁴¹ IOM se strateški usmjerava na četiri prioriteta područja na nacionalnoj, regionalnoj te na razini zajednice: 1) učinkovita koordinacija i partnerstva te praćenje mobilnosti, 2) pripremljenost i mjere odgovora za smanjenje morbiditeta i smrtnosti, 3) osiguravanje pristupa osnovnim uslugama, robi i zaštiti osobama kojima je dijagnosticirana zaraza i 4) ublažavanje učinka COVID-19 na socioekonomske pokazatelje (https://www.iom.int/sites/default/files/default/iom_covid19_appeal_15.04.2020.pdf).

⁴² <https://www.iom.int/covid19>

⁴³ <https://www.iom.int/news/rights-and-health-refugees-migrants-and-stateless-must-be-protected-covid-19-response>

kampovima, prihvatnim centrima i naseljima bez adekvatne zdravstvene zaštite i higijenskih uvjeta, pri čemu posebno izdvajaju formalne i neformalne detencijske centre. Stoga upućuju zahtjev da se oslobode djeca migranti i njihove obitelji koji se u takvim centrima zadržavaju bez pravno utemeljene osnove. Nadalje, zagovaraju inkluzivni pristup koji osigurava zaštitu ljudskih prava na život i zdravlje svih, pa tako i izbjeglica i neregularnih migranata – na upravljačkim se razinama moraju štititi ta prava te se omogućiti jednak pristup svim zdravstvenim uslugama kao i uključivanje u nacionalne mjere borbe protiv pandemije bolesti COVID-19 kako bi se izbjegla katastrofa. U priopćenju se naposljetku osvrće na mehanizme upravljanja granicama, tj. na njihovo zatvaranje i ograničavanje prelaska, pri čemu se upućuje na upravljanje granicama na način da se poštuju međunarodna ljudska prava i standardi zaštite izbjeglica uključujući i načelo zabrane protjerivanja ili vraćanja izbjeglica (*non-refoulement*) prilikom provođenja zdravstvenih pregleda ili tijekom izolacije u karanteni.

Prema dostupnim informacijama, u Republici Hrvatskoj nije zabilježen nijedan slučaj zaraze virusom SARS-CoV-2 među tražiteljima azila, a u Prihvatilištu za tražitelje međunarodne zaštite Porin donesene su pandemijske mjere.⁴⁴ U okviru STIRE projekta, koji je namijenjen podršci integraciji osoba koje trebaju međunarodnu zaštitu, tražiteljima azila i izbjeglicama na engleskom su jeziku dostupne informacije o mjerama koje se provode u vezi s pandemijom COVID-19 u Hrvatskoj,⁴⁵ a uz pomoć Hrvatskoga Crvenoga križa u prihvatilištu su prevedene na jezike tražitelja azila upute za zaštitu, dok su u prostorijama postavljene oznake koje bi trebale osigurati propisanu prostornu udaljenost među stanarima. Ipak, djelatnici Centra za mirovne studije (CMS) upozoravaju da su ionako oskudni uvjeti prihvata u postojećim kapacitetima za tražitelje azila neadekvatni za mogućnost samoizolacije, što stvara dodatni rizik za zdravlje i paniku među stanarima.⁴⁶ Kako jedna od djelatnica CMS-a ističe, trenutačno većina organizacija koje se bave zaštitom prava tražitelja azila i izbjeglica u Hrvatskoj nema pristup prihvatilištu Porin, a tražiteljima se putem Hrvatskoga Crvenoga križa pružaju nužne usluge i higijenske potrepštine, dok su im putem organizacije Liječnici svijeta osigurani zdravstveni nadzor i podrška.⁴⁷

Proces prihvata izbjeglica u sklopu europskog programa preseljenja u Hrvatskoj je trenutačno obustavljen. Nakon što je početkom ožujka 2020. objavljeno da je Republika Hrvatska spremna prihvatiti dio djece koja u nehumanim uvjetima žive u izbjegličkim kampovima na grčkim otocima, zbog pandemije COVID-19 i potresa u Zagrebu ta se odluka odgađa do daljnjega.⁴⁸

⁴⁴ <http://www.maz.hr/2020/04/22/sara-kekus-tijekom-pandemije-nuzno-je-zastititi-najranjivije-skupine/>

⁴⁵ <https://stire.org/croatia/health/>

⁴⁶ <http://www.novolist.hr/Vijesti/Svijet/Kako-ih-staviti-u-samoizolaciju-Pandemija-koronavirusa-problem-ilegalnih-migranata-ucinila-jos-gorim>

⁴⁷ <http://www.maz.hr/2020/04/22/sara-kekus-tijekom-pandemije-nuzno-je-zastititi-najranjivije-skupine/>

⁴⁸ <https://www.telegram.hr/politika-kriminal/doznajemo-hrvatska-odgodila-prihvat-djece-izbjeglica/>

4. Pandemija i migracije: ksenofobija, diskriminacija i nacionalizam

„Naš ispit solidarnosti čeka na grčkoj granici“, sažeta je i jasna poruka vezana uz postkoronske migracije. Izrekla ju je teologinja i mirovna aktivistica Ana Raffai u razgovoru o naoko potpuno drugoj temi, o slavljenju Uskrsa u vrijeme koronakrize, unutar koje se solidarnost manifestira prihvaćanjem epidemioloških mjera, što spašava zdravlje, a nekima i živote.⁴⁹ Jednostavna koliko i važna, ta poruka međutim nije slučajna. Naime odnos prema migrantima u bitnome se u pojedinom društvu u vrijednosnome smislu vjerojatno neće znatnije razlikovati prije i poslije pandemijske krize.⁵⁰ Moguće je ipak očekivati razliku u razini emocionalnog naboja predrasudnih stavova i njihovoj raširenosti u stanovništvu, a to se, po svemu što je poznato iz sličnih povijesnih situacija (White, 2020) i spoznaja u okviru migracijskih teorija, neće kretati u korist imigranata. Stoga se vjerojatno može očekivati porast ionako rastućih ksenofobije, diskriminacije i nacionalizma te pad ionako krhke solidarnosti s imigrantima, a osobito s tražiteljima azila i izbjeglicama u kontekstu gotovo suspendiranih migracijskih politika, kad je riječ primjerice o Europskoj uniji.

Unatoč zatvaranju državnih granica, maksimalnom reduciranju cjelokupnog funkcioniranja u okvire nacionalne države i strahu od „nevidljivoga malog uljeza“, koji su unekoliko potisnuli potrebu za ritualnim populističkim desničarskim zastrašivanjem migrantskim „uljezima“, nije nestala mogućnost instrumentalizacije antiimigrantskih stavova u političke svrhe, pa ni njihova upotreba.

Poduzete opće epidemiološke mjere zatvorile su granice za sve strance, pa tako i za imigrante, pojedine su vlade uvele i redukcijske mjere usmjerene prema migrantima,⁵¹ a zahtjevi za solidarnošću s onima koji čekaju na ulazak i koji su se već našli na području pojedinih država zadržali su se uglavnom na razini civilnoga sektora (Mazzola i Martiniello, 2020).⁵² I u Hrvatskoj na potrebu solidarnosti s migrantima kao jednom od najranjivijih skupina kontinuirano upozorava gotovo jedino civilni sektor. U uvjetima zatvorenih granica i sporadičnog spominjanja migranata u javnome prostoru, dok hrvatske vlasti nastoje spriječiti ulazak neregularnih migranata, građanske i humanitarne organizacije, podjednako hrvatske i međunarodne, prozivaju ih da pritom ne biraju sredstva i zahtijevaju od njih očitovanja na opetovane prijave za nehumano ponašanje

⁴⁹ <http://hr.n1info.com/Video/Info/a499441/Ana-Raffai-Ispit-solidarnosti-ceka-nas-na-grckoj-granici.html>

⁵⁰ Znanstvena istraživanja pokazala su da ksenofobne stavove podupiru mnogobrojni čimbenici koje je u većoj ili manjoj mjeri moguće kod domaćeg stanovništva identificirati u osjećajima imigracijske prijete, a to se pokazalo i u Hrvatskoj (v. Čačić-Kumpes, Gregurović i Kumpes, 2012).

⁵¹ Belgijske i njemačke vlasti donijele su primjerice odluke o neprihvatanju zahtjeva za azil (v. Mazzola i Martiniello, 2020).

⁵² Samo je Portugal formalno i stvarno podržao načelo solidarnosti s imigrantima (Guadagno, 2020; Mazzola i Martiniello, 2020).

policije prema migrantima koji pokušavaju ući u EU preko hrvatske granice, koja pak želi postati schengenskom.⁵³

Društvene okolnosti izazvane pandemijom novoga koronavirusa dodatno su potaknule ksenofobno ponašanje. Tako se, prema podacima IOM-a, s jedne strane u Bosni i Hercegovini izoliranje migranata u novootvorenome kampu u blizini hrvatske granice opravdava kao hitna mjera ne bi li se spriječilo širenje bolesti COVID-19, a s druge je s istom argumentacijom Viktor Orban zabranio ulazak i prolaz kroz Mađarsku (Guadagno, 2020). U tome smislu, između ostalih, Mazzola i Martiniello (2020) ističu da krajnja desnica ne propušta priliku podsjetiti na imigrantsku opasnost. No ne raspiruje samo krajnja desnica svojom ksenofobnom retorikom kolektivni strah izazvan pandemijom, kao što je to slučaj u Grčkoj, kako navode, jer je to retorika i vladajućih, primjerice Orbana u Mađarskoj i Trampa u Americi.

Izjave i politike desničarskih populista, primjerice bivšega talijanskog ministra unutarnjih poslova Salviniya, koji zaziva zatvaranje granica lažno povezujući epidemiju s afričkim azilantima,⁵⁴ te Trampa, koji je novi koronavirus nazvao kineskim virusom (Devakumar i sur., 2020), nisu izolirane, pa tako nije teško predvidjeti da će akumulirani stres i strah od širenja zaraze podgrijati nacionalistički egoizam, koji se i u pretkoronsko vrijeme izražavao kroz antiimigracijsku retoriku i ksenofobne stavove. Naime ksenofobofilna retorika ovladala je europskim političkim prostorom do te mjere da se počela u javnosti prihvaćati kao predizborna normalnost, u kojoj je postala moćno populističko sredstvo za osvajanje vlasti, pobjedu na referendumima i sl. (v. npr. *Understanding Pegida in Context*, 2015; Bauman, 2016; Gow i Meyer, 2016). Na već pripremljenom tlu na kojem su se križale ksenofobija i islamofobija, strah od zaraze i ekonomska nesigurnost dodatna su hrana za zamjetno bujanje ksenofobije. Vertovec (2020) primjerice upozorava da je već postalo jasno da pandemija novoga koronavirusa rasplamsava ksenofobiju i rasizam širom svijeta prema pretpostavljenim prenositeljima bolesti. U Francuskoj na društvenim mrežama među Francuzima azijskoga porijekla raste popularnost *hashtaga* #JeNeSuisPasUnVirus (ja nisam virus) putem kojeg izražavaju svoju frustraciju zbog stigmatizacije i diskriminacije povezanih s epidemijom.⁵⁵ Sinofobni ispadi zabilježeni su diljem svijeta, u Kini susjednim azijskim zemljama, zapadnoeuropskima, u Americi,⁵⁶ pa i u Hrvatskoj. U većini tih zemalja riječ je o uskoj vezi ksenofobije i rasizma jer se zbog stvarnoga ili hinjenog straha od „kineskoga virusa“ stigmatiziralo i fizički napadalo Azijce

⁵³ <http://welcome.cms.hr/index.php/2020/05/22/inicijativa-dobrodosli-od-ministarstva-unutarnjih-poslova-trazi-ucinkovitu-istragu-nasilja-nad-izbjeglicama/>

⁵⁴ <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/24/salvini-attacks-italy-pm-over-coronavirus-and-links-to-rescue-ship>

⁵⁵ <https://www.euronews.com/2020/02/03/coronavirus-france-faces-epidemic-of-anti-asian-racism>

⁵⁶ <https://www.euronews.com/2020/03/05/covid-19-and-xenophobia-why-outbreaks-are-often-accompanied-by-racism>

koji nisu Kinezi ili one kineskoga porijekla.⁵⁷ Strah i mržnja koji su, upozorava Vertovec (2020), ponekad usmjereni na posebne skupine često se prenose na šire skupine, na migrante, bili oni ekonomski migranti, izbjeglice ili tražitelji azila.

Kao što se konstatira u IOM-ovu analitičkom pregledu o stigmatizaciji i diskriminaciji migranata, virus dok se prenosi nikoga ne diskriminira, ali „pandemija je pogoršala već postojeće socijalne i ekonomske razlike, a migranti pripadaju u one skupine koje su suočene s dodatnim teretom stigmatizacije i diskriminacije“. Osim što su mete ksenofobičnih napada i diskriminacije, oni su zbog veće izloženosti nepovoljnim životnim prilikama (od gladi, nesigurnosti rada i zapošljavanja, neproporcionalno češćeg stanovanja u nepovoljnim uvjetima i zagađenijem okolišu do povratnih migracija) lakše mete zaraze.⁵⁸ Stoga je potrebno, sugerira se, solidarizirati se s migrantima kao ranjivom populacijom. Solidarnost, bila ona individualna ili je poticale organizacije civilnoga društva, sporo će se pomicati s margina društvenoga djelovanja bez koordinirane i programirane potpore državnih i međunarodnih institucija.

5. Zaključno

Za suzbijanje i sprečavanje širenja zaraznih bolesti primjenjivale su se kroz povijest različite mjere, ovisno o vrsti zaraze, njezinoj rasprostranjenosti, socioekonomskim uvjetima na određenom prostoru i razvoju medicine. Među mjerama za kojima se u slučaju epidemija posezalo, ograničavanje prostorne mobilnosti ljudi do danas je ostala najučinkovitija mjera. Nastankom ranomodernih europskih država javlja se javnozdravstvena zaštita kao reakcija državnih institucija na širenje zaraznih bolesti. Na hrvatskome povijesnom prostoru ustanovljen je jedan od najdugotrajnijih europskih protuepidemijskih sustava, koji je ujedno i preteča suvremenog sustava javnog zdravstva u Hrvatskoj.

U EU-u postoji tendencija prema koordinaciji djelovanja nacionalnih zdravstvenih sustava. No jasno je da EU ne može donositi učinkovite preporuke o suzbijanju zaraze koje bi bile jednako primjenjive na sve države članice, jer se zbog različitih sociodemografskih prilika zdravstvene potrebe, a onda i zdravstveni sustavi pojedinih država međusobno znatno razlikuju, kao što je, uostalom, pokazala kriza uzrokovana novim koronavirusom. Stoga, u općoj klimi uvođenja restrikcija, pa i zatvaranja granica, pojedine države članice

⁵⁷ U Hrvatskoj se primjerice fizički ili verbalno napadalo turiste, na što upozorava i pučka pravobraniteljica (<https://www.ombudsman.hr/hr/stigmatizacija-moze-dovesti-do-krsenja-prava-diskriminacije-ali-i-umanjiti-napore-suzbijanja-epidemije/>), te sportaša kineskoga porijekla (<https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/sramotni-ispad-navijaca-dubrovackog-kluba-vrijedali-hrvatskog-stolnotenisa-kineskog-podrijetla-sad-ce-tata-odraditi-peti-mec-protiv-koronavirusa/9986719/>).

⁵⁸ https://www.iom.int/sites/default/files/documents/covid-19_analytical_snapshot_29_stigmatization_and_discrimination_update.pdf

EU-a pribjegavaju različitim rješenjima, balansirajući između ekonomske nužde i brige za zdravstveno stanje nacionalnih populacija, barem na deklarativnoj razini.

Pojedine kategorije stanovništva s obzirom na dob (60+, 65+, 70+ i sl.) i status (migranti, izbjeglice, prisilno raseljene osobe i osobe bez državljanstva) zbog izloženosti zaraze virusom posebno su ranjiva skupina. Ugrožene skupine također imaju pravo na život i zdravlje kao i ostatak populacije te bi stoga pristup zdravstvenoj zaštiti pripadnicima takvih skupina trebao biti osiguran i jednako dostupan. Suzbijanje pandemije moguće je primjenjivanjem inkluzivnog pristupa u kojemu će pripadnici svih društvenih skupina biti jednako zaštićeni.

Međunarodne migracije vjerojatno će još neko vrijeme ostati ograničene zbog straha od prenošenja virusa, transportnih ograničenja, političkih razloga, ali i ksenofobije. Današnji globalizirani svijet, ovisan o mobilnosti ljudi i oslonjen na migrantski rad, morat će se suočiti s posljedicama ograničene ponude radne snage o kojoj ovisi funkcioniranje brojnih sektora u gospodarski razvijenim zemljama, ali i s drugim posljedicama smanjene mobilnosti. Kako će se pojedine zemlje nositi s ograničenom ponudom radne snage ostanu li granice duže vrijeme zatvorene i hoće li (gospodarska) kriza kao i jačanje ksenofobije, diskriminacije i nacionalizma u pojedinim zemljama izazvanih pandemijom bolesti COVID-19 trajno promijeniti lice globalnih (međunarodnih) migracija, pitanja su na koja se zasad ne može sa sigurnošću odgovoriti.

Literatura

- Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*, 2019 edition. (2019). Luxembourg: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Bauman, Z. (2016). *Strangers at Our Door*. Cambridge: Polity Press.
- Bell, M. i Ward, G. (2000). Comparing temporary mobility with permanent migration, *Tourism Geographies*, 2 (1): 87–107, doi: <https://doi.org/10.1080/146166800363466>
- Benvenuti, A. (1944). *Storia di Zara dal 1409 ad 1797*. Milano: Fratelli Bocca Editori.
- Božić-Bužančić, D. (1990). Liječenje kuge u Dalmaciji u XVIII. stoljeću, *Radovi Zavoda za hrvatsku povijest*, sv. 23: 247–257.
- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Gibbons, F.X., Gerrard, M., McCaul, K.D., Weinstein, N.D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behaviour: The example of vaccination, *Health Psychology*, 26: 136–145, doi: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>
- Buklijaš, T. (2002). Kuga: nastajanje identiteta bolesti, *Hrvatska revija*, 2 (2): 90–94.

- Commodari, E. (2017). The Role of Sociodemographic and Psychological Variables on Risk perception on the Flu, *SAGE Open*, 7 (3), doi: <https://doi.org/10.1177/2158244017718890>
- Čačić-Kumpes, J., Gregurović, S. i Kumpes, J. (2012). Migracija, integracija i stavovi prema imigrantima u Hrvatskoj, *Revija za sociologiju*, 42 (3): 305–336, doi: <https://doi.org/10.5613/rzs.42.3.3>
- [Delumeau, J.] Delimo, Ž. (1987). *Strah na zapadu (Od XIV do XVIII veka)*, *Opsednuti grad*, I i II. Novi Sad: Dnevnik – Književna zajednica Novog Sada.
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S. S. i Abubakar, I. (2020). Racism and discrimination in COVID-19 responses, *The Lancet*, 395 (10231): 1194, doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3)
- Glesinger, L. (1954). *Medicina kroz vjekove*. Zagreb: Zora.
- Gow, D. i Meyer, H. (ur.) [2016]. *Brexit: The Politics of a Bad Idea*. London: Friedrich-Ebert-Stiftung – Social Europe, <https://www.socialeurope.eu/wp-content/uploads/2016/05/Brexit-The-Politics-of-a-Bad-Idea.pdf>
- Grmek, M. D. (1989). *Bolesti u osvit zapadne civilizacije*. Zagreb: Globus.
- Guadagno, L. (2020). *Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis*. Geneva: International Organization for Migration (Migration Research Series, No. 60).
- Heršak, E. (ur.) (1998). *Leksikon migracijskoga i etničkoga nazivlja*. Zagreb: IMIN – Školska knjiga.
- Horbec, I. (2015). *Zdravlje naroda bogatstvo države. Prosvijećeni apsolutizam i počeci sustava javnoga zdravstva u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski institut za povijest.
- ILO (2018). *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology*, 2nd ed. Geneva, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_652001.pdf
- IOM (2020). *World Migration Report 2020*. Geneva, https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Kečkemet, D. (1975). Prilozi opisu i povijesti splitskog lazareta, *Pomorski zbornik*, knj.13: 377–403.
- Kolanović, J. (1995). *Šibenik u kasnome srednjem vijeku*. Zagreb: Školska knjiga.
- Livi Bacci, M. (2000). *The Population of Europe*. Oxford – Malden: Blackwell Publishers.
- Mazzola, A. i Martiniello, M. (2020). Le Covid-19 brise les fragiles solidarités avec les réfugiés, *The Conversation*, <https://theconversation.com/le-covid-19-brise-les-fragiles-solidarites-avec-les-refugies-134737>
- OECD/ILO (2018). *How Immigrants Contribute to Developing Countries' Economies*. Paris: OECD Publishing, doi: <https://doi.org/10.1787/9789264288737-en>
- Pederin, I. (1990). Mletačka uprava, privreda i politika u Dalmaciji (1409 – 1797). Dubrovnik: Časopis „Dubrovnik“.
- Ravančić, G. (2010). *Vrijeme umiranja – Crna smrt u Dubrovniku 1348. – 1349*. Zagreb: Hrvatski institut za povijest.
- Understanding Pegida in Context* (2015). London: Social Europe – Friedrich-Ebert-Stiftung, <https://www.socialeurope.eu/focus/understanding-pegida-in-context>
- Vaniček, F. (1875). *Specialgeschichte der Militärgrenze aus Originalquellen und Quellenwerken geschöpft*, Sv. I–IV. Wien: Kaiserlich-königliche Hof- und Staatsdruckerei.

- Vertovec, S. (2020). Covid-19 and enduring stigma: The corona pandemic increases xenophobia and exclusion worldwide, <https://www.mpg.de/14741776/covid-19-and-enduring-stigma?c=14642203>
- White, A. I. R. (2020). Historical linkages: epidemic threat, economic risk, and xenophobia, *The Lancet*, 395 (10232): 1250–1251, doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30737-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30737-6)
- WHO (2015). *A Manual for Estimating Disease Burden Associated with Seasonal Influenza*. Geneva.
- Wiesböck, L., Reinprecht, C., Haindorfer, R. i Verwiebe, R. (2016). Cross-Border Commuting and Transformational Dynamics in Europe: What Is the Link?, u: Amelina, A. i dr. (ur.). *An Anthology of Migration and Social Transformation*. Cham: Springer IMISCOE: 187–200, doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-23666-7_12