

Poročilo o človekovem razvoju Slovenija 2002/2003

Človekov razvoj in zdravje

Urednici:

Jana Javornik

Valerija Korošec



Naslov:
Urad za makroekonomske analize in razvoj
Gregorčičeva 27
1000 Ljubljana
Slovenija
Uredništvo: 01 478 10 50, 01 478 10 38
Faks: 01 478 10 70
E-pošta: hdr.umar@gov.si
Distribucija: 01 478 10 43
E-pošta: simona.zrim@gov.si

ZAHVALA

Priprava Poročila, ki je pred Vami, ne bi bila možna brez dragocene podpore in prispevkov številnih posameznikov in posameznic ter institucij.

V prvi vrsti gre zahvala Razvojnemu programu Združenih narodov za finančno in strokovno pomoč.

Zahvaljujemo se Statističnemu uradu RS, Centru za raziskavo javnega mnenja, Arhivu družboslovnih podatkov, Inštitutu za varovanje zdravja, bivšemu Inštitutu za socialno medicino (sedaj Katedra za javno zdravje), Inštitutu za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete v Ljubljani, Ministrstvu za zdravje ter drugim institucijam, ter članom in članicam Strokovnega sveta - za njihove dragocene podatke in strokovno pomoč. Posebno hvaležnost želimo izraziti gospodu Mitji Rotovniku ter Cankarjevemu domu, ki nam že četrto leto zapored odstopa prostor za našo konferenco.

Vsa zahvala gre tudi našim kolegom in kolegicam za vse dragocene komentarje in predloge.

Ljubljana, 9. maj 2003

Jana Javornik in Valerija Korošec

Projektna skupina za pripravo Poročila o človekovem razvoju Slovenija 2002/2003

Vodja projekta: Alenka Kajzer

Urednici:

Jana Javornik
Valerija Korošec

Uredniški odbor:

Janez Šušteršič
Dušan Kidrič
Maja Kersnik

Strokovni svet:

Matjaž Hanžek
Irena Križman
Brina Malnar
Marjan Premik
Tanja Rener
Tine Stanovnik

Avtorji/ice:

Jana Javornik, Alenka Kajzer, Maja Kersnik, Dušan Kidrič, Valerija Korošec, Saša Kovačič, Brina Malnar, Janja Pečar, Marjan Premik, Valentina Prevolnik Rupel, Matejka Rebolj, Mateja Rok Simon, Tine Stanovnik, Nada Stropnik, Milivoja Šircelj, Janez Šušteršič, Ana Tršelič Selan, Barbara Artnik, Mirjana Ule, Gaj Vidmar

Konzultanti/ke:

Pavle Gmeiner, Ana Murn, Maja Bednaš, Ivo Lavrač, Sonja Lokar, Rotija Kmet, Jasna Kondža

Sodelavci/ke:

Alenka Bitenc, Nadja Brezavšček, Janez Jereb, Slavica Mencin, Marija Polanc, Ana Marija Pucelj, Irena Rink, Dragica Šuc, Aco Trampuž, Simona Zrim, Boštjan Vasle, Eva Zver, Igor Žafran, Marjeta Žigman

Recenzenti:

Anton Kramberger
Marko Kranjec
IVZ

Lektoriranje:

Slavica Remškar

Oblikovanje ovitka:

Sandi Radovan, Studio DVA

Avtor naslovnice:

Stane Jagodič

Oblikovanje in prelom:

Saša Dolenc

Tisk:

Cicero Begunje, d.o.o.
Solos, d.o.o.

Izdajatelj:

UMAR, UNDP

Naklada: 1500 izvodov

Kazalo

Predgovor

ČLOVEKOV RAZVOJ	9
1. Paradigma človekovega razvoja.....	9
1.1 Človekov razvoj glede na nekatere druge paradigme	10
1.2 Strategija gospodarskega razvoja Slovenije in človekov razvoj	12
1.3 Človekov razvoj iz ekonomske perspektive	13
2. Makroekonomske determinante razvoja v Sloveniji	15
2.1 Gospodarska rast in inflacija	16
2.2 Trg delovne sile	17
2.3 Politika plač	19
3. Implikacije (makro)ekonomskih determinant za človekov razvoj. 21	
3.1 Socialna varnost, socialna povezanost	21
3.2 Revščina kot najbolj drastična oblika neenakosti	23
3.3 Regionalne dimenzije revščine	29
3.4 Dohodkovna neenakost	30
Človekov razvoj kot možnost	32
ČLOVEKOV RAZVOJ IN ZDRAVJE	33
1. Umeščenost zdravja v družbeni kontekst	33
2. Socioekonomske determinante zdravja	38
2.1 Socioekonomski kazalci	38
2.2 Psihosomatski kazalci	41
3. Analiza izbranih kazalcev zdravja v Sloveniji	43
3.1 Socioekonomske determinante umrljivosti v Sloveniji	46
3.2 Problematizacija in konceptualizacija poškodb	56
4. Zdravstveni sistem	65
4.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	67
4.2 Izdatki gospodinjstev za zdravje	72
4.3 Zavezanost zdravju	77
5. Izzivi in možnosti	78
5.1 Nekonvencionalni pristop(i) k razumevanju zdravja in zdravljenju	78
5.2 Kritičnoteoretski pogled na vlogo medicine	80
Namesto zaključka	83
LITERATURA IN VIRI	84
RECENZIJE	87
KAZALCI ČLOVEKOVEGA RAZVOJA - STATISTIČNA PRILOGA	91

OKVIRČKI

Okvirček I: Indeksi človekovega razvoja.....	11
Okvirček II: Cilji za novo tisočletje	24
Okvirček III: Izdatki gospodinjstev za hrano	26
Okvirček IV: Izboljšanje dohodkovnega položaja upokojencev in upokojenskih gospodinjstev	28
Okvirček V: Globalizacija – ‘strah, ki hodi po svetu’	32
Okvirček VI: Zdravje kot vrednota in problem mladih	34
Okvirček VII: Namerne samopoškodbe (samomor)	46

POUDARKI

Poudarek 1: Ključna področja vzdržnega človekovega razvoja v globalni perspektivi	10
Poudarek 2: Uresničevanje Programa boja proti revščini in socialni izključenosti	25
Poudarek 3: Subjektivna ocena revščine	27
Poudarek 4: Javnozdravstveni informacijski sistem.....	36
Poudarek 5: Spremembe v povprečni lastni zaznavi zdravja med izobrazbenimi ravnmi, Slovenija	41
Poudarek 6: Metodologija in potek raziskave socioekonomskih determinant vzorcev umrljivosti	47
Poudarek 7: Opredelitev poškodb	57
Poudarek 8: Metodološka opozorila	57
Poudarek 9: Bistvene značilnosti bolnišnične prakse v Sloveniji	67
Poudarek 10: Pravice iz naslova Obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji	72
Poudarek 11: Uporaba alternativnih oblik pomoči	79
Poudarek 12: Empirično-kritična analiza koncepta ‘zdravega življenjskega sloga’	82
Poudarek 13: Preračunavanje indeksa človekovega razvoja	97

KRATICE

APG – Anketa o porabi gospodinjestev

BDP – Bruto družbeni proizvod

GDI – Po spolu prirejen indeks človekovega razvoja /Gender-related Development Index/

GEM – Merilo razporejenosti moči po spolu /Gender Empowerment Measure/

HDI – Indeks človekovega razvoja /Human Development Index/

IER – Inštitut za ekonomska raziskovanja

IVZ – Inštitut za varovanje zdravja

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve

MKB – Mednarodna klasifikacija bolezni

OECD – Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj

OZN – Organizacija združenih narodov

p.c. – na prebivalca /per capita/

PPP – po kupni moči / purchasing power parity/

PČR – Poročilo o človekovem razvoju /Human Development Report – HDR/

SGRS – Strategija gospodarskega razvoja Slovenije

SJM – Slovensko javno mnenje

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija /World Health Organisation – WHO/

UMAR – Urad za makroekonomske analize in razvoj

UNDP – Razvojni program združenih narodov /United Nations Development Programme/

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije

KRATICE DRŽAV

A - Avstrija, AL - Albanija, B - Belgija, BG - Bolgarija, BY - Belorusija, CH - Švica, HR - Hrvaška, CZ - Češka, CY - Ciper, DK - Danska, D - Nemčija, E - Španija, EE - Estonija, EL - Grčija, F - Francija, FIN - Finska, HU - Madžarska, I - Italija, IRL - Irska, JP - Japonska, L - Luksemburg, LT - Litva, LV - Latvija, NL - Nizozemska, MT - Malta, NO - Norveška, PL - Poljska, P - Portugalska, RO - Romunija, RU - Rusija, S - Švedska, SA - Savdska Arabija, SI - Slovenija, SK - Slovaška, TR - Turčija, UA - Ukrajina, UK - Velika Britanija

Predgovor

“Za kričečimi naslovi o svetovnih konfliktih se skriva tiha kriza: kriza, ki jo povzroča nerazvitost, svetovna revščina, naraščajoče število prebivalcev, uničeno okolje. To ni kriza, ki bi jo lahko rešili s hitro pomočjo. Za rešitev te krize je potreben dolg, tih proces trajnostnega človekovega razvoja.” Tako se začinja svetovno Poročilo o človekovem razvoju leta 1994, katerega glavna tema so bile nove dimenzije varnosti. Ob zmanjševanju vojaških proračunov in zbliževanju držav ob padcu železne zavese koncem osemdesetih in v začetku devetdesetih let se je zdelo, da v središču svetovne politike ni več oboroževalna tekma, ampak razvoj človeštva; ne več ravnotežje strahu, ki ga je preteklih štirideset let varljivo vzdrževal strah pred množičnim uničenjem, ampak ideja o prihajajočem tisočletju kot tisočletju miru. Taka optimistična pričakovanja so narekovala drugačen koncept varnosti, ki naj bi se spremenila tako, da se 1) poudarek od varnosti ozemlja prenese na varnost ljudi in 2) da temelj varnosti postane trajnostni človekov razvoj, ne pa oboroževanje.

Takšen premik koncepta varnosti je povezan z razvojem človeštva. Tega naj bi določali: vama ekonomija, varna prehrana, zdravje, okolje, osebna varnost, varnost v lokalni skupnosti in širša politična varnost. Le tak celosten razvojni pogled omogoča dolgoročno reševanje problemov obstoja človeštva; upoštevati mora prepletenost in medsebojno povezanost ekonomske, socialne, kulturne, prostorske, izobrazbene, zdravstvene vloge vsakega človeka. Zapostavljanje enega dela na račun drugega dolgoročno pomeni nazadovanje celote. Svet je povezan tako tesno, kot ni bil še nikoli; teritorialno in funkcionalno. Prelaganje nacionalnih problemov na druge narode, povzročanje konfliktov na drugih koncih sveta... se ne izide za nikogar. Politika, ki izziva spopade tam nekje v drugem ali tretjem svetu, da s tem prenaša lastne konflikte na druge, je slepa ulica. Tudi konflikti - in ne le ekonomija - so postali globalni. Na vse to že več kot desetletje opozarjajo raziskave o človekovem razvoju ter svarijo politiko pred preveč zoženim pogledom na razvoj. Prav to – opozarjanje na odgovornost za razvoj sedanje in prihodnjih generacij – je osnovni namen projekta človekovega razvoja.

Tak naj bi bil koncept človekovega razvoja; varnost posameznika/ce in skupnosti moramo iskati v razvoju, ki ponuja ljudem dostojno življenje, v ekonomiji, ki ni osredotočena le na dobiček peščice, ampak so njeni rezultati namenjeni vsem, v naravnem okolju, katerega plodove brez strahu uživamo in kjer z veseljem živimo. Vse to daje podlago za dolgo in zdravo življenje vsakogar izmed nas. *Dolgo, zdravo življenje, ki ga lahko nadzorujemo z znanjem*, je eden od osnovnih ciljev človekovega razvoja.

Glavni namen projekta in poročil – tako globalnih kot nacionalnih – je usmeriti pozornost ljudi, ki odločajo o razvojnih ciljih (politiki, strokovnjaki), predvsem na nujnost upoštevanja prepletenosti in medsebojne povezanosti ekonomske, socialne, kulturne, prostorske, izobrazbene, zdravstvene vloge vsakega človeka pri slehernem razvojnem načrtovanju in posegih v razvojno pot.

Projekt človekovega razvoja, ki v svoje analize skuša zajeti čim več držav, nastaja pod okriljem Razvojnega programa Združenih narodov (UNDP). Svojo prvo javno predstavitev je doživel leta 1990. Danes vključuje več kot sto držav, ki letno objavljajo svoja poročila; med njimi od leta 1998 dalje tudi Slovenijo. Pričujoče Poročilo je tako četrto slovensko poročilo.

Prva tri slovenska poročila so vzbudila precejšnje zanimanje javnosti, tako laične kot strokovne. Poskus celostnega pogleda na družbeni razvoj, ki ga poskuša koncept človekovega razvoja uvesti v razumevanje stvarnosti, je tisti manjkajoči člen v načrtovanju prihodnosti, ki je bil v devetdesetih premalo upoštevan. Koncept sočasnega ekonomskega, socialnega in prostorskega planiranja, ki je bil pred slovensko tranzicijo dokaj močno vključen v načrtovanje družbenega razvoja, je bil v začetku devetdesetih po nepotrebnem "proglašen" za škodljiv ostanek preteklega sistema. Razvoj je bil prepuščen preveč stihijskemu dogajanju; to ob hitrih spremembah povzroča preveč nezaželenih stranskih učinkov, ki ga dolgoročno upočasnjujejo. Zato bi bilo nujno ponovno premisliti strategije družbenega načrtovanja. In koncept človekovega razvoja se zdi ta trenutek najbolj uporaben.

A njegovo pomembnost mora prepoznati politika, kateri je v glavnem namenjen. Politika mora spoznati, da je (makro)ekonomsko načrtovanje sicer nujno, a nezadostno. Pogled na svoje razvojne strategije mora nujno razširiti, ekonomskemu razvoju pa dati tisti pomen, ki mu gre: ne cilj, ampak sredstvo. Cilj mora torej biti človekov razvoj, ekonomija pa njegov zelo pomemben del. Zato mora postati projekt človekovega razvoja osrednji družbeni projekt in ne le rezultat naporov navdušenih posameznikov in posameznic. Menim, da bi moral ta projekt kot nacionalni projekt "posvojiti" Državni zbor in mu obenem dati možnosti, ki jih tak projekt potrebuje: strokovno neodvisnost, sodelavce, institucionalno in potrebno finančno podporo. Prav tako bi morala vsakoletna poročila dobiti tudi ustrezno veljavo. Dosedanja tri poročila taka pričakovanja opravičujejo in prepričan sem, da bo tudi s četrtem tako. To poročilo za razliko od prejšnjih podrobneje predstavlja še eno področje človekovega razvoja - zdravje.

Matjaž Hanžek,
varuh človekovih pravic v RS in
prvi urednik slovenskega Poročila o človekovem razvoju

ČLOVEKOV RAZVOJ

1. Paradigma človekovega razvoja

«Oblika 'življenja v službi denarja' je nekaj za lase privlečenega. Jasno je, da bogastvo ni tisto dobro, ki ga iščemo; bogastvo je le sredstvo za dosego nečesa drugega.»

[Aristoteles, Nikomahova etika (prev. Kajetan Gantar), Slovenska matica, Ljubljana 1994: 53]

Izčrpanost uveljavljenih razvojnih smernic in spremenjeno razumevanje razvojnih dejavnikov že dlje časa opozarja na potrebo po kakovostnem premiku v razvojnih konceptih. Koncept človekovega razvoja, kot so ga pred dobrim desetletjem opredelili Združeni narodi, se je v devetdesetih letih prejšnjega tisočletja razmeroma dobro uveljavil po vsem svetu. Človekov razvoj je koncipiran tako, da poveže različne vidike življenja ljudi, različne razsežnosti njihove blaginje in svobodo v širšem in ožjem pomenu. Presega svet modernističnega vrednotenja razvoja, ki ga obvladujejo ekonomski koncepti in klasična merila gospodarskega razvoja: povečevanje družbenega proizvoda, doseganje makroekonomske stabilizacije v

pogojih tržnega gospodarstva in svobodne konkurence. Koncept človekovega razvoja ponuja osnovo za paradigmatski razvojni premik. V tej optiki gospodarske rasti ne razumemo več kot cilj, temveč kot *sredstvo* za izboljšanje človekovega življenja. Človekov razvoj je dinamičen koncept, ki z interdisciplinarno razširitvijo ekonomskega koncepta razvoja - zlasti z demografijo, sociologijo in socialno psihologijo - le-tega tudi presega. Je dosežek pluralizma idej v času, ko osredotočenost na en sam vidik razvoja izgublja svojo prepričljivost.

Človekov razvoj spremljamo na treh ravneh: 1) na ravni življenja, ki naj bo zdravo in dolgo, 2) na ravni dostopa do virov, ki

ljudem omogočajo dostojno življenje, ter 3) na ravni znanja in možnosti, da ljudje izkoristijo svoje potenciale v okviru družbenih danosti. Paradigma človekovega razvoja pa zajema tudi druge pomembne razvojne dejavnike: človekove pravice, enake možnosti, družbeno blaginjo, skrb za okolje itd. Usmerjena je k izpolnitvi osnovnih socialnih, ekonomskih, kulturnih, civilnih in političnih pravic. Poudarja pomembnost družbeno odgovornih oblik razvoja, ki bi naj bile sprejete s širokim družbenim soglasjem. V končni analizi je človekov razvoj tisti razvoj, ki ga pomembno sooblikujemo vsi ljudje.

Koncept človekovega razvoja kot osnova razvojnega premika

Ideja človekovega razvoja ni nova. Najdemo jo že v zgodnejših spisih, ko ekonomija ni še niti obstajala; kaže pa se tudi v spisih zgodnjih utemeljiteljev kvantitativne ekonomije (W. Petty, F. Quesnay, G. King, A. Lavoisier, J. Lagrange) in pionirjev politične ekonomije (A. Smith, D. Ricardo, R. Malthus, K. Marx, J. S. Mill). Iz tovrstne konceptualne polihronije črpa sodobna literatura o človekovem razvoju, ki povezuje ekonomsko analizo in humanistično vizijo. Humanistična ideja človekovega razvoja je – tako kot vse druge - nastopala na konkurenčnem teoretskem polju. V nekem trenutku je pač prevladala ekonomska ideja splošne akumulacije: skupnost kot celota naj čim bolj obogati, ne glede na porazdelitev bogastva in ne glede na to, kako to bogastvo vpliva na življenje ljudi. Vendar ko interese usmerjamo le k splošni maksimalizaciji bogastva in ne k njegovi porazdelitvi, zanemarjamo stanje posameznika/ce v korist agregatnega dosežka.

V paradigmi človekovega razvoja so zato zamenjani tako fokus kot tudi prioritete. Ljudje so predvsem cilj in veliko manj sredstvo proizvodne in ekonomske aktivnosti. V ospredju je (zadovoljen) človek in ne več gospodarska rast. Pristop človekovega razvoja tako ne izumlja veliko novega, ampak gradi na povezovanju in preseganju obstoječih razvojnih konceptov. Človekov razvoj je torej nič več in nič manj kot eden od temeljev postmodernistične razvojne paradigme v pojmovnem polju konkurenčnih konceptov razvoja.

1.1 Človekov razvoj glede na nekatere druge paradigme

Življenje ljudi določa več dejavnikov. Ob uveljavljenih ozkih ekonomskih spremenljivkah so tu še tiste, ki ne temeljijo na tržnih merilih in učinkih. Prav zaradi tega prihaja do t.i. informativnih napak, ki so potem tesno povezane z napačnimi usmeritvami političnih ukrepov. Zato se je treba ob razmišljanju o nujnosti sprememb politik zavzemati tudi za večjo informativno pokritost razvojnih vprašanj. Opozoriti na tiste spremenljivke, ki prav tako neposredno zadevajo življenje ljudi, a se razlikujejo od spremenljivk, ki imajo pripisan poseben pomen le zaradi svoje instrumentalne vrednosti. Nekatera teh sredstev so zagotovo zelo pomembna in bi gotovo zaslužila veliko pozornosti. Vseeno pa je pomembno, da ločimo tiste značilnosti, ki imajo svojo vrednost same po sebi, od drugih stvari, ki jih želimo, kot pravi Aristotel, zaradi nečesa drugega. V tem kontekstu je naše izhodiščno vprašanje, kaj je cilj takega razvoja.

Poudarek 1: Ključna področja zdržnega človekovega razvoja v globalni perspektivi

1. Okrepiti politiko in delovanje za človekov razvoj in ju prilagoditi novim realnostim globalne ekonomije
2. Razvijati nove pristope k zmanjševanju revščine
3. Preprečevati marginalizacijo majhnih in revnih držav
4. Preprečevati neuravnoteženost struktur svetovnega upravljanja
5. Ustvariti bolj koherentno in demokratično arhitekturo svetovnega upravljanja

Povzeto po PČR – Slovenija 2000-2001: 20

Na individualni ravni imajo ljudje lastne predstave o življenjskih idealih – o tem, kaj njim samim pomeni *eudaimonia*¹. Zato nekakšne tehnokratske rešitve ne morejo nadomestiti družbenega vrednotenja človekovega razvoja.

¹ Zadovoljstvo z življenjem: 1. Sreča, blaginja; 2. Blagostanje, premožnost (Dokler, A. (1915): Grško- slov. slovar, str. 324)

Okvirček I: Indeksi človekovega razvoja

Strokovnjaki in strokovnjakinje Razvojnega programa OZN so okvir vrednotenja človekovega razvoja zastavili zelo široko in praktično. Da pa bi lahko razvoj enotno vrednotili globalno, so razvili enoten merski sistem, ki ga sestavlja vrsta uporabnih in uporabljenih indeksov. Danes je indeks človekovega razvoja najbolj sprejeta alternativa tradicionalnim vrednotenjem razvoja.

Kazalci, ki sestavljajo indeks človekovega razvoja, se v enem letu ne spremenijo bistveno. Če v državi ni velikih socialnih in ekonomskih sprememb in neugodnih socialnih učinkov neustrezno zasnovanih politik, pa tudi v teku nekaj let ni opaziti velikih sprememb. Primerjava vrednosti in uvrstitev Slovenije glede na HDI kaže, da se tako vrednost indeksa kot mesto Slovenije od leta 1992 dalje (ko je na voljo prvi preračun za Slovenijo), kljub metodološkim spremembam¹, počasi in postopoma, a vztrajno izboljšujeta. V desetletju je Slovenija tako izkazovala akumulirane spremembe HDI v vrednosti +0,034 točke. K razmeroma hitri rasti HDI sta skozi devetdeseta prispevala predvsem rast bruto domačega proizvoda in povečanje indeksa izobrazbe. Čeprav se indeks pričakovane dolžine življenja kontinuirano izboljšuje, pa je bil njegov vpliv na izboljšanje celotnega indeksa nekoliko manjši.

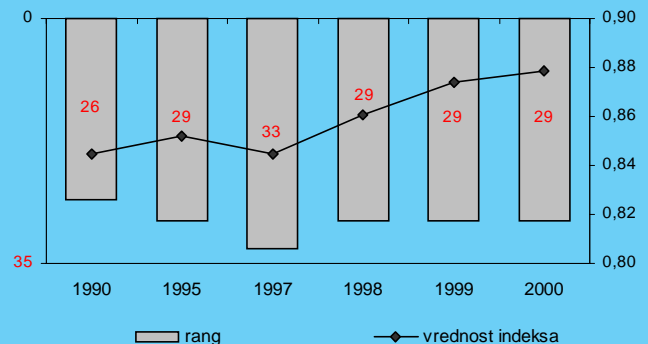
Najnovejši izračun indeksa človekovega razvoja za leto 2000 (zadnji razpoložljivi podatki OZN) prinaša le majhno razliko v vrednosti indeksa glede na prejšnje leto, ne pa tudi v uvrstitvi. Slovenija se namreč ponovno uvrsti na 29. mesto, tokrat med 173 državami. S tem tudi v letu 2000 ostaja v skupini držav z visoko stopnjo človekovega razvoja. Glede na posamezne kazalnike se Slovenija najvišje uvrsti po indeksu izobrazbe, na 23. mesto. Po indeksu BDP na 30. mestu ostaja med Portugalsko in Malto (od tranzicijskih držav se ji z 38. mestom najbolj približa Češka). Po indeksu pričakovane dolžine življenja se uvrsti na 34. mesto; še vedno med Portugalsko in Čilom. Vse druge tranzicijske države, kandidatke za vstop v EU, zaostajajo za Slovenijo.

Tabela 1: Vrednosti indeksa človekovega razvoja (HDI) in njegovih komponent za Slovenijo v obdobju 1995-2000

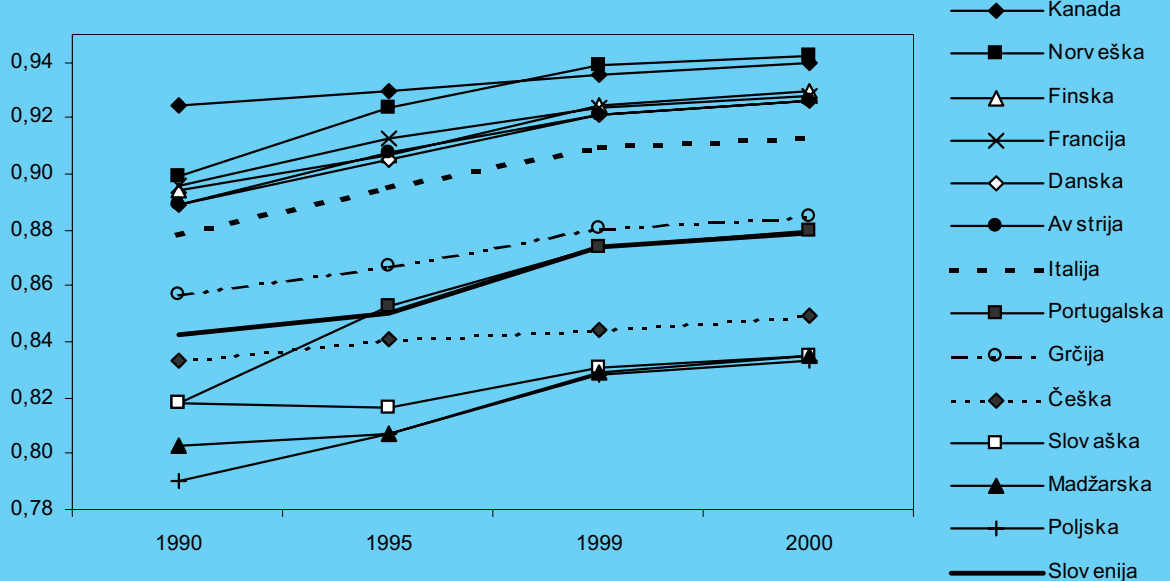
	1995 ¹	1997 ¹	1998 ¹	1999 ²	2000 ²
Pričakovana dolžina življenja	74,52	74,90	75,00	75,30	75,50
Indeks	0,83	0,83	0,83	0,84	0,84
Bruto vpisni količnik	79,1	82,0	82,0	83,0	83,0
Indeks izobrazbe	0,924	0,93	0,93	0,94	0,94
BDP po kupni moči	12600	14000	14800	15977	17367
Indeks	0,81	0,825	0,83	0,85	0,86
HDI	0,852	0,864	0,864	0,874	0,879
Rang v svetu (število zajetih držav)	28.	28. (174)	28. (174)	29. (162)	29. (173)

Vir: (1999) Poročilo o človekovem razvoju - Slovenija 1999. Hanžek, M. (ur.). Ljubljana: UNDP, UMAR, str. 17. (2001) Poročilo o človekovem razvoju - Slovenija 2000-2001. Hanžek, M. (ur.). Ljubljana: UNDP, UMAR, str. 24. (1999-2002) Human Development Report. UNDP, Oxford University Press: New York, Oxford.
Opomba: ¹ preračuni UMAR, ² preračuni OZN.

Slika 1: Gibanje vrednosti in ranga HDI, Slovenija, 1990-2000



Slika 2: Trendi HDI, izbrane države, 1990-2000



¹ Največ sprememb je bilo na področju preračunavanja indeksa BDP. Nova, zadnja formula tako temelji na logaritmiranju vrednosti, zato se asimptota začenja relativno pozno, države s srednje visokim dohodkom pa tako ne ostajajo "prikrajšane".

Ob omenjenem indeksu človekovega razvoja pa so v OZN razvili še vrsto drugih indeksov in meril, s katerimi dopolnjujejo postopke prepoznavanja mest posameznih držav v mednarodnem prostoru. Okoliščina, ki je omogočila empirično raven opazovanja podobnosti in različnosti normativnih okolij, je dostop do (primerljivega) mednarodnega nabora podatkov. Vendar za razliko od HDI noben drug indeks ni dosegel takega (medijskega) uspeha kot prej omenjeni. Eden od razlogov je predvsem nerazpoložljivost podatkov, disagregiranih na ustrezne ravni. Tako se pri vseh nadaljnjih indeksih število zajetih držav zmanjšuje. To oteži interdisciplinarnost indeksov, ki naj bi bili podlaga medresorske koordinacije razvojnih strategij. Eden relativno dobro razvitih indeksov je *po spolu prirejeni*

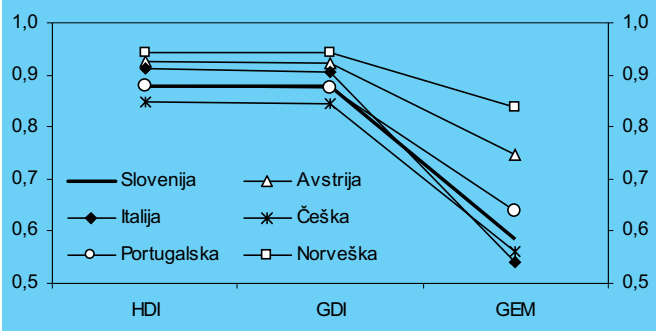
indeks človekovega razvoja (GDI). Po tem kompleksnem indeksu Slovenija zasede 27. mesto (med 146 državami), čeprav z nekoliko nižjo vrednostjo (0,877) kot po HDI. Ta informacija je pomembna predvsem zato, ker indeks odslkava možnosti uživanja osnovnih določilnic kvalitetnega življenja po spolu. Največja razlika med spoloma se izraža v deležu prejetega dohodka ter pričakovani dolžini življenja. Kljub temu pa slovenski rezultati kažejo, da je vrednost po spolu prirejenih kazalcev skoraj enaka vrednostim kazalcev, ki sestavljajo HDI, kar običajno ne drži pri drugih državah. Druge tranzicijske države na lestvici ostajajo za Slovenijo, ki je tokrat v družbi Grčije (25.), Cipra (26.), Portugalske (28.) in Koreje (29.).

Tabela 2: Udejstvovanje žensk v javni sferi, izbrani kazalci, izbrane države, 2000

	Slovenija	Češka	Slovaška	Madžarska	Švedska	Norveška	Avstrija	Portugalska	Grčija
Visoke uradnice in menedžerke	31	26	31	34	29	25	28	32	25
Parlamentarke	12,2	14,2	14	8,3	45	36,4	25,1	19,1	8,7
Tehničarke in strokovne delavke	51	53	62	61	49	49	49	50	47
Delež dohodka	62	58	65	58	68	64	50	53	44

Vir: (2002) Human Development Report. UNDP, Oxford University Press: New York, Oxford.
<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>

Slika 3: Razmerje med posameznimi razvojnimi indeksi, izbrane države, 2000



V letu 2000 je nekoliko presenetila uvrstitev Slovenije glede na še en indeks, ki ga poznamo pod imenom *merilo razporejenosti moči po spolu* (GEM). Slovenija je po tem indeksu med letoma 1999 in 2000 z 22. mesta zdrsnila na 25. mesto (med 66 državami). Vrednost GEM - ki kaže aktivno sodelovanje žensk v t.i. javni sferi - je namreč le skromnih 0,585. V primerjavi z letom 1999 se je vrednost sicer nekoliko zvišala (samo na račun deleža dohodka žensk v razmerju do moških, ki se je dvignil za +0,01 točke), vendar so Slovenijo tokrat prehitele druge države, med njimi Poljska, Singapur in Izrael. Zlasti po deležih žensk, ki prebijajo t.i. steklene stropeⁱⁱ. Komponenta, v kateri Slovenija prekaša vrsto držav, pa že vrsto let ostaja visoko razmerje dohodka med moškimi in ženskami.

ⁱⁱ Nevidna pregrada za nadaljnje napredovanje, izvirajoča iz zapletenih sklopov struktur, ki ženskam onemogočajo zasedati vodilne odgovorne položaje. Ženska profesionalna dejavnost ostaja zgoščena ob konkretnih dejavnostih in ne vstopa aktivno v bolj abstraktne dejavnosti upravljanja. Le-te pa sovpadajo z višjimi ravnmi hierarhije in prestiža.

1.2 Strategija gospodarskega razvoja Slovenije (SGRS) in človekov razvoj

Slovenija še vedno nima jasne razvojne vizije.² Strategija gospodarskega razvoja Slovenije, sprejeta leta 2001, pa za razliko od prejšnjih strateških dokumentov³ do določene mere celo vključuje spoznanja

prvih treh Nacionalnih poročil o človekovem razvoju za Slovenijo. Vključena je predvsem zahteva po trajnem in uravnoteženem razvoju z ekonomskega, socialnega in okoljsko-prostorskega vidika. Že ob pripravi prve strategije, leta 1995, je bilo priznано, da z osredotočanjem na gospodarski del ni mogoče zajeti celote razvojne problematike. Prostorsko-

² Zadnji razvojni scenarij, ki je poskušal združiti in usklajeno prikazati različne vidike razvoja Slovenije, je bil scenarij, ki je izšel iz projekta Slovenija 2000 in je služil kot osnova Dolgoročnega načrta Slovenije, sprejetega 1986 v parlamentu R Slovenije. V devetdesetih sta nastala še dva projekta: Strategija gospodarskega razvoja Slovenije (UMAR, 1995) in Slovenija po letu 2000 (Center za evalvacijske in strateške študije). Dodamo jima lahko seveda še Strategijo približevanja EU. Ugotovitve omenjenih projektov lahko, ob upoštevanju in razumevanju ključnih kritičnih razvojnih problemov in nenehnem razvijanju in dopolnjevanju le-teh, služijo kot pomembna izhodiščna točka za določanje poti nadaljnega razvoja Slovenije.

³ Ker Slovenija nima zakona, ki bi enotno urejal sistem razvojnega načrtovanja, je bila vloga dokumentov razvojnega načrtovanja delno opredeljena z Zakonom o javnih financah in njegovimi podzakonskimi akti. Po njihovih določbah predstavlja SGRS strateški okvir za pripravo državnega proračuna in določanje državnih razvojnih prioritet.

okoljski, socialni in nacionalno-kulturni vidiki so bili sicer zabeleženi, vendar pa ti elementi niso bili povezani v enoten koncept; prioriteta je ostal gospodarski razvoj, medtem ko so bili drugi vidiki obravnavani predvsem kot njegove omejitve. Razmerje med gospodarskim razvojem in drugimi vidiki človekovega razvoja je skušala nova strategija v letu 2001 razrešiti s pomočjo koncepta trajnostnega razvoja. Čeprav je tudi v tej strategiji usmeritveni del osredotočen na gospodarski razvoj in sta usmeritvam na področjih socialnega in okoljskega razvoja namenjeni le dve končni poglavji, skuša njen prvi del, ambiciozno poimenovan "nova razvojna paradigma", povezati različne vidike s konceptom trajnostnega razvoja v novo celoto, in s tem ustvariti osnovo, na kateri bi bilo v bodoče možno pripraviti tudi posebne strategije socialnega in okoljskega razvoja.

SGRS kot osnovni cilj opredeljuje trajnostno povečevanje blaginje - gospodarske, socialne in okoljske - prebivalcev in prebivalcev Slovenije. V okviru opredelitve za trajnostni razvoj pa ocenjuje, da je glede na dosežena razmerja med tremi sestavinami blaginje prednostna naloga zniževanje razvojnega zaostanka na področju gospodarstva, vendar tako, da se zaradi tega ne bodo povečali zaostanki na področju socialnega in okoljskega razvoja, kjer so bili zaostanki doslej relativno manjši. Prednostno zavzemanje strategije za gospodarsko rast in razvoj torej ne izhaja iz tega, da gre še vedno predvsem za gospodarsko strategijo, temveč iz ocen, da je razvojni zaostanek na tem področju relativno največji.⁴ Obenem pa pogojnost prednostne usmeritve na gospodarski razvoj pomeni, da SGRS ni podprla najbolj mehanične razlage trajnosti, po kateri bi bila dopustna krepitev ene sestavine blaginje na račun druge.

SGRS ugotavlja, da se priznava vse večji pomen človeškemu razvojnemu dejavniku

skladno z vlogo, ki jo imajo pri globalni konkurenčnosti znanje, inovativnost, ustvarjalna izraba in obvladovanje informacij, organizacija in vodenje ter drugi dejavniki.⁵ Pri človeškem dejavniku ne gre več samo za individualne lastnosti, kot sta izobrazbenost in zdravje posameznika/ce (človeški kapital), pač pa tudi za vse večji pomen socialnih odnosov, ki se oblikujejo v interakcijah med ljudmi (socialni kapital). Zato SGRS vključuje nove kazalnike, med njimi tudi indeks človekovega razvoja. Čeprav se strategija dotika vseh treh osnovnih podlag indeksa človekovega razvoja: dolgo in zdravo življenje, možnost izobrazbe in informiranja, dostop do sredstev za primeren življenjski standard, ter opozarja na pomen zdravja (kot človeškega kapitala in hkrati kot sestavine in kazalnika blaginje) in tudi kulture (razvoj ustvarjalnosti, prilagodljivosti in sodelovalnosti ljudi), pa od vsega naštetega v usmeritvenem delu poudarja zlasti ukrepe na področju izobraževanja.

1.3 Človekov razvoj iz ekonomske perspektive

Osnova dominantne ekonomske misli je še danes slika človeka, ki ga pri zadovoljevanju potreb omejuje le dvoje: relativne cene dobrin, ki jih potrebuje za zadovoljitev svojih želja, in njegov razpoložljivi dohodek. Ker relativne cene praviloma določa trg in nanje posameznik/ca ne more vplivati, država pa sme to storiti le izjemoma (ko preprečuje eksterne učinke ali zagotavlja javne dobrine, sicer bi posegala v učinkovitost delovanja trga), kot pot za povečevanje zadovoljenosti potreb ostane na voljo le še povečevanje dohodka, tako posameznikovega kot družbenega. Da bi dosegli kar največji družbeni dohodek, naj bi ljudje opravljali tista dela, pri katerih so najbolj učinkoviti. V tej optiki je neenakost med ljudmi produktivna, saj jih različnost nagrad, ki so sorazmerne njihovem prispevku k skupnemu

Slovenija brez jasne razvojne vizije

Zniževanje razvojnega zaostanka na področju gospodarstva brez ogrožanja socialnega in okoljskega razvoja

⁴ Ugotovitve dveh Poročil o razvoju (UMAR, 2002 in 2003) so dodatno potrdile takšno izhodiščno oceno. Ugotovljeno je bilo, da se razvojni zaostanek dejansko najhitreje znižuje na gospodarskem področju, znižuje se tudi na socialnem področju, na okoljskem področju pa je bila izhodiščna prednost v zadnjih letih izgubljena; še vedno se povečujejo tudi regionalne razlike v razvitosti.

⁵ Ta ugotovitev je v SGRS postavljena v okvir splošnejšega izhodišča, da danes mednarodno konkurenčnost držav in podjetij določajo predvsem ustvarjeni dejavniki [*created assets*]; na primer rezultati raziskav in razvoja, izobražena delovna sila, informacijsko-komunikacijska tehnologija in infrastruktura, socialni kapital in kultura, negovano okolje in prostorske strukture, ki z uveljavljanjem na znanju temelječe ekonomije postajajo vse pomembnejši glede na od narave dane dejavnike [*natural assets*]. Poudarek na ustvarjenih dejavnikih konkurenčnosti tudi pomeni, da socialna in okoljsko-prostorska sestavina razvoja nista več le njegova omejitve oziroma merilo kakovosti, marveč sta tudi sami pomembna dejavnika razvoja, ker neposredno prispevata k pozitivnim učinkom gospodarske politike z oblikovanjem socialnega kapitala in družbenega soglasja o razvoju.

Če je družbena sprememba pravična, so nekateri na boljšem, nihče pa ni na slabšem

dohodku, spodbuja k ravnanju, s katerim glede na svoje sposobnosti prispevajo največ. V tem pogledu je neenakost tudi legitimna. Ker se v na ta način neenaki družbi celotno bogastvo povečuje hitreje, to pomeni, da tudi relativno najrevnejši/e člani/ce take družbe po svojem bogastvu napredujejo hitreje kot ljudje, ki živijo v stagnantni ekonomiji. Hkrati rastoče celotno bogastvo pomeni, da lahko družba tistim, ki relativno izgubljajo, ponudi ustrezno nadomestilo oziroma transfer. Skladno s tem eno najbolj osnovnih ekonomskih načel pravičnosti, na katerem je bila utemeljena sodobna ekonomika blaginje kot intelektualna podstat socialne države, pravi, da je pravična družbena sprememba tista, po kateri so nekateri na boljšem, nihče pa ni na slabšem kot prej. Ta pogled na neenakost izhaja iz "tradicionalnega" modela ekonomskega človeka (*homo economicus*).

Kljub poudarjanju materialnih spodbud pa bi težko našli ekonomista, ki bi trdil, da je bogastvo samo sebi namen. Nasprotno, namen (makro)ekonomiziranja ni povečevanje bogastva, ampak kar najboljša zadovoljenost potreb. Težava torej ni v tem, da bi se že v izhodišču prezrlo človeka in njegove potrebe kot končni cilj gospodarske dejavnosti, marveč v tem, da v svojih *konkretnih* izpeljavah zanemari proučevanje potreb ali preferenc – kaj te resnično so, kako se oblikujejo in podobno – in postavi enačaj med obiljem sredstev in zadovoljstvom ljudi. Pomembno je razumeti, da ta redukcija ni preprosto stvar naivnosti, slepote ali političnih potreb, marveč je bila tudi teoretsko utemeljena z zgoraj opisanim modelom "ekonomskega človeka".

Znotraj glavnega toka ekonomije se je v zadnjih letih že začel uveljavljati nov pogled na človeka, tudi pod vplivom drugih družboslovnih disciplin. Prvič, sodobni človek v ekonomiji ne reagira več le na strogo ekonomske oziroma materialne spodbude, niti pri svojih izbirah ni omejen le z dohodkom. Ekonomija skuša upoštevati rezultate psiholoških eksperimentov, ki so na primer pokazali, da ljudje pogosto izberejo sodelovanje, ko bi morali v skladu z ekonomsko *računico* delovati sebično. Sodelovanje in zaupanje sta temeljna vzgiba človekovega ravnanja, ki

ju ni mogoče razložiti preprosto tako, da po njih posežemo, kadar se to splača. Drugič, poleg zunanje, materialne ali prisilne motivacije je pomembna tudi človekova notranja, intrinzična motivacija; njena skladnost ali nasprotnost z zunanjimi spodbudami je lahko pomembno pojasnilo ravnanja ljudi, ki ima tudi ekonomske posledice. Tretjič, kognitivne omejitve človeka so v ekonomiji vse bolj upoštevane; ljudje so "racionalno neinformirani" in se pogosto odločajo po ustaljenih obrazcih ali glede na svoje splošne miselne okvire in nazore, ne pa glede na podroben in natančen preračun stroškov in koristi. Četrtrič, ljudje so omejeni tudi s pravili, ki so jim predpisana od zunaj, ter z normami in moralo, ki jo imajo za svojo, je pa seveda rezultat zapletenih procesov socializacije in vpetosti v družbene mreže vzajemnega nadzora. Petič, vse večji del ekonomije se namesto z iskanjem učinkovitega splošnega ravnovesja ukvarja z analizo evolutivnih procesov družbenih sprememb.

Takšna sprememba slike o človeku, s katero ekonomija priznava, da materialne spodbude niso edino, na kar se ljudje odzivajo, pomeni, da razvoja ni mogoče spodbuditi le s povečevanjem neenakih nagrad in zaostrovanjem tekmovalnosti. Nasprotno, pogosto sta prav sodelovanje in medčloveško zaupanje dejavnika, ki povečujeta skupno korist in prispevata tudi k povsem ekonomskemu cilju razvoja. Vpeljava dinamične perspektive v analizo prilagajanja na zunanje spodbude pa omogoča tudi upoštevanje enega osnovnih spoznanj paradigme človekovega razvoja, po katerem je človekova možnost izbire bolj kot od tekočega dohodka in njegovih danih sposobnosti odvisna od možnosti, ki jih ima za krepitev svojih sposobnosti, in od pravil dostopa do različnih družbenih storitev. S tem se odpira bistveno širši prostor za legitimno poseganje države: ta mora skrbeti, da ljudje lahko razvijajo svoje sposobnosti in so jim, pod enakimi pogoji, dostopne pomembne družbene storitve, kot so na primer izobraževalne ali zdravstvene...

Strategija gospodarskega razvoja ni v celoti upoštevala posledic, ki jih za razvojno politiko imata odmikanje od redukcionističnega pogleda na človeka in

Sodelovanje in zaupanje povečujeta skupno korist

osredotočenje na človekov razvoj. Po eni strani Strategija v svoji paradigmi ugotavlja, da človekov razvoj, katerega rezultat so vse večje sposobnosti in možnosti posameznikov/ic, vpliva tudi na učinkovitost različnih načinov "upravljanja" družbe. Povečevanje človekovih sposobnosti in dostopnosti informacij ustvarja vse bolj avtonomne posameznike/ce. Avtonomno vključevanje posameznikov/ic v družbeno življenje pa zahteva kar najbolj popolno zaščito njihovih človekovih in državljanskih pravic v odnosu do države in drugih nesorazmerno močnih akterjev, kot so na primer multinacionalna podjetja in mediji. Zato mora biti država v svoji upravljalni vlogi vse bolj omejena; razvojno spodbudno lahko deluje le v sodelovanju in partnerstvu z drugimi družbenimi akterji, kot so socialni partnerji, nevladne organizacije, strokovna združenja, na državni, regionalni in lokalni ravni. Na oblikovanje razvojnih usmeritev ni mogoče gledati kot na zgolj strokovno nalogo, ki jo najustrezneje rešimo, če jo prepustimo izbranemu krogu strokovnjakov/inj, in to ne glede na to, iz kakšne razvojne paradigme ti/te izhajajo. Oblikovanje razvojne strategije in uspešnosti njenega izvajanja mora namreč potekati v čim širšem aktivnem dialogu različnih družbenih akterjev in mora vsaj na ravni najbolj temeljnih opredelitev stremeti k doseganju čim širšega soglasja.

Vendar pa po drugi strani Strategija kljub takšnim deklarativnim opredelitvam v svojem usmeritvenem delu poudarja zlasti pomen človeškega dejavnika kot proizvodnega tvorca. Čeprav zaradi tega predlaga usmeritve, ki pomenijo tudi neposredno vlaganje v človekov razvoj (zlasti izobraževanje), pa pomeni, ki so pripisani človeškemu razvojnemu dejavniku, skozi koncepte človeškega in socialnega kapitala, človeka še bolj kot prej instrumentalizirajo. Prej so ključno vlogo igrali naravni viri in ustvarjeni kapital. Zdaj jih nadomeščajo človeški viri.

Kot rečeno, koncept človekovega razvoja gradi na drugi perspektivi; človek(ov razvoj) je tudi cilj in ne samo sredstvo gospodarskega razvoja. Zato ne zadošča, če indeks človekovega razvoja opredelimo kot (enega od številnih) kazalnikov

uspešnosti razvoja. Potrebno je globlje spraševanje o elementih, ki sestavljajo človekov razvoj, o vzvodih za njegovo krepitev in načinih za spremljanje njegovega uresničevanja.

Nujen dialog med družbenimi akterji

2. Makroekonomske determinante razvoja v Sloveniji

V enajstih letih samostojnosti je Slovenija prehodila sorazmerno uspešno pot gospodarskega razvoja. Med prvimi je prešla obdobje transformacijske depresije, ki je bila značilna za tranzicijska gospodarstva na začetku devetdesetih let, saj se je npr. okrevanje gospodarske rasti z oživitvijo domačega povpraševanja pojavilo že sredi leta 1993. Relativno hitro je preseгла predtranzicijsko raven gospodarske aktivnosti - raven predtranzicijske razvitosti iz leta 1990 v letu 1996, v letu 1998 pa tudi raven iz leta 1987, ko se je kriza v okviru takratne Jugoslavije začela kazati v upadanju bruto domačega proizvoda. Tudi na začetku novega tisočletja ostaja ena redkih tranzicijskih držav, ki so presegle predtranzicijsko raven gospodarske aktivnosti. Raven realnega bruto domačega proizvoda iz leta 1989 so v letu 2000 presegle samo Poljska (za 27%), Slovenija (za 14%), Madžarska (za 4%), Slovaška in Albanija (za 3%) (EBRD, 2001: 59). Slovenija zmanjšuje zaostanek za razvitimi evropskimi državami. V letu 1996 je dosegla 64% povprečnega bruto domačega proizvoda na prebivalca po kupni moči v EU, v letu 2001 je ta odstotek znašal 70%. Že v letu 1997 je Slovenija dosegla raven razvitosti v najmanj razviti članici EU - Grčiji in se približala Portugalski. Med kandidatkami za vstop v EU je od Slovenije bolj razvit samo Ciper, ki je leta 2001 dosegal 74% povprečnega bruto domačega proizvoda na prebivalca po kupni moči v EU.

Po enajstih letih tranzicije ostajajo "reformni" zaostanki predvsem pri prestrukturiranju podjetniškega sektorja, prestrukturiranju finančnega sektorja in reformi javne uprave oziroma delovanja javnega sektorja. Čeprav celotni dobiček podjetij presega celotne izgube v gospodarstvu, okoli tretjina podjetij še vedno posluje z izgubo. Še vedno je država neposredno močno prisotna v go-

Reformni zaostanki pri prestrukturiranju podjetniškega in finančnega sektorja ter javne uprave

Inflacija glavni makroekonomski problem

spodarstvu – delež zasebnega sektorja v bruto domačem proizvodu se je s privatizacijo družbene lastnine s 30%, kolikor je znašal leta 1992, povečal na 65% leta 2000 - vendar še vedno zaostaja za drugimi tranzicijskimi državami (glej EBRD, 2001). Proces olastninjenja in privatizacije sta v letu 2002 stekla tudi v finančnem sektorju (kjer je po dolgotrajni diskusiji o nacionalnem interesu država prodala 39-odstotni delež Nove ljubljanske banke tujcem); po ugotovitvi deleža družbene lastnine v neolastninjenih zavarovalnicah pa se bodo tudi v tej dejavnosti lahko spremenila lastniška razmerja. Reforma javne uprave poteka počasi, stroški delovanja javnega sektorja pa se povečujejo predvsem zaradi hitre rasti plač in zaposlenosti v javnem sektorju.

2.1 Gospodarska rast in inflacija

Po transformacijski depresiji, ki je označevala konec osemdesetih in začetek devetdesetih let, je bruto domači proizvod začel ponovno naraščati leta 1993. V letu 1994 je Slovenija dosegla najvišjo stopnjo gospodarske rasti v devetdesetih letih (5,4%), ki je bila posledica uspešnega preusmerjanja na bolj zahtevne evropske trge, ponovnega povečanja izrabe obstoječih kapacitet in ugodnega mednarodnega okolja. Po letu 1994 se je tempo gospodarske rasti sicer nekoliko

upočasnili, vendar je v obdobju 1995-2000 le-ta še vedno znašala 4,3% povprečno letno. Zaradi majhnosti in odprtosti gospodarstva je Slovenija občutljiva na zunanje pogoje gospodarjenja, gospodarska gibanja v devetdesetih letih pa so bila zelo odvisna od gospodarskih gibanj pri najpomembnejših trgovinskih partnericah. Tako je bila upočasnitev gospodarske rasti v letih 1995-96 posledica upočasnitve gospodarske rasti v EU, v letu 1998 pa povezana z rusko krizo in recesijo na Hrvaškem. V letu 1999 je neugodne vplive, ki so prihajali iz mednarodnega okolja, več kot nadomestilo močno domače povpraševanje, ki je bilo posledica pričakovanih ob uvedbi davka na dodano vrednost. Tako je v letu 1999 s 5-odstotno gospodarsko rastjo Slovenija zabeležila najhitrejšo gospodarsko rast med kandidatki za vstop v EU. Upočasnitev gospodarske rasti v letih 2001 in 2002 pa je ob močni upočasnitvi rasti investicij ponovno močno povezana tudi s poslabšanjem razmer v mednarodnem okolju.

Slovenija je ob več kot 4-odstotni povprečni letni stopnji gospodarske rasti v obdobju 1993-2002 vse do leta 1997 ohranjala ravnovesje v javnih financah, do leta 1999 pa tudi ni bilo opaznega primanjkljaja na tekočem računu plačilne bilance. Glavni dejavnik rasti je bilo, z izjemo leta 1999, tuje povpraševanje, z vidika razvojnih možnosti pa je bila vse do leta 2000 zelo ugodna tudi struktura domačega povpraševanja, saj je bila povprečna letna rast investicij v osnovna sredstva skoraj trikrat višja od rasti končne potrošnje. Javnofinančno ravnovesje se je porušilo v letu 1997, ko so se na strani prihodkov pokazale posledice zmanjševanja prispevkov za socialno varnost in upadanja prihodkov od carin in uvoznih dajatev, na strani javnofinančnih odhodkov pa so se postopoma povečevali pritiski s strani plač in zaposlenosti ter pokojnin in drugih socialnih transferjev. V obdobju 1997-2001 se je javnofinančni primanjkljaj (po metodologiji Government Finance Statistics-IMF) gibal med 0,6 in 1,4% bruto domačega proizvoda, kar je bistveno manj kot znaša v zadnjih letih v večini ostalih tranzicijskih držav.

Porušenje zunanje ravnovesja leta 1999 je posledica na eni strani hitre rasti uvoza

Tabela 1: Gospodarska rast, produktivnost, zunanje (ne)ravnovesje in inflacija

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gospodarska rast v %	3,5	4,6	3,8	5,2	4,6	2,9	3,2
Rast izvoza v %	3,6	11,6	6,7	1,7	12,7	6,4	6,1
Rast uvoza v %	2,1	11,9	10,4	8,2	6,1	3,0	4,8
Saldo trgovinske menjave v primerjavi z BDP (v %)	-4,5	-4,2	-4,1	-6,2	-6,0	-3,2	-1,1
Saldo tekočega računa plačilne bilance v primerjavi z BDP (v %)	0,2	0,3	-0,6	-3,5	-2,8	0,1	1,7
Javnofinančno ravnovesje	0,3	-1,2	-0,8	-0,6	-1,3	-1,3	-3,0 ³
Inflacija (povprečje leta) ¹	9,7	9,1	7,9	6,1	8,9	8,4	7,6
Produktivnost dela ²	4,4	5,2	3,6	3,4	4,0	2,5	3,2

Vir: SURS, BS, MF preračuni UMAR.

Opombe: ¹Do leta 1998 je merilo inflacije indeks cen na drobno, po tem letu indeks cen življenjskih stroškov.

²Dodana vrednost na zaposlenega.

³Predhodni podatek

zaradi močnega domačega povpraševanja, ki so ga spodbudila pričakovanja pred uvedbo davka na dodano vrednost, in na drugi strani skromne rasti izvoza zaradi upočasnitve gospodarske rasti v mednarodnem okolju. V letu 2000 se je primanjkljaj tekočega računa ohranil na sorazmerno visoki ravni zaradi poslabšanja pogojev menjave in dinamične rasti uvoza za vmesno porabo. Do ponovnega uravnoteženja stanja plačilne bilance je prišlo v letu 2001 in je povezano s šibko dinamiko rasti domačega trošenja na eni in ohranjanjem razmeroma visokih stopenj rasti izvoza (povečan izvoz na trge jugovzhodne Evrope in bivše Sovjetske zveze) na drugi strani. Obdobje presežka v tekočem računu plačilne bilance se je nadaljevalo tudi v letu 2002.

Po umiritvi problema plačilnobilančnega primanjkljaja po letu 1999 se negativni trendi pojavljajo predvsem na področju gibanja inflacije, ki je postala glavni makroekonomski problem. Sorazmerno hitri stabilizaciji rasti cen s tromestne na enomestno letno raven v obdobju 1992-1995 je sicer sledilo obdobje zmerne inflacije s počasnim trendom zmanjševanja; ta trend pa je bil prekinjen v letu 1999 ob uvedbi davka na dodano vrednost in ob naraščanju cen primarnih surovin na svetovnih trgih. Ob povečanem nihanju mesečnih stopenj rasti cen se je njihova raven povečevala vse do druge polovice leta 2001, nato pa se je inflacija pričela zmanjševati in je konec leta 2001 znašala 7%. Gibanje inflacije v letu 2002 so močno označevale fiskalne spremembe (povišanje stopnje davka na dodano vrednost, trošarin in okoljskih taks), ki so skupaj z nadzorovanimi cenami in naftnimi derivati na začetku leta 2002 ustavili trend zniževanja inflacije. Trend zniževanja inflacije se je ponovno uveljavil sredi drugega četrtletja, kljub temu pa je inflacija ob koncu leta 2002 preseгла inflacijo ob koncu leta 2001.

Postopno naraščanje cen v letu 2000 in v prvi polovici leta 2001 je bilo v največji meri posledica nadaljevanja naraščanja cen nafte na svetovnem trgu, ki je delno prispevalo tudi k počasnemu umirjanju rasti cen v letu 2001. Med notranjimi dejavniki, ki so omogočili vztrajanje inflacije na relativno visoki ravni, pa lahko izpostavimo

predvsem relativno hitrejšo naraščanje reguliranih cen, pogoste spremembe na davčnem področju ter usmerjenost denarne politike na uravnavanje gibanja deviznega tečaja, ki je imelo ob povečanih finančnih prilivih za posledico povečano naraščanje denarnih agregatov. Po tem, ko je bila inflacija v Sloveniji leta 1996 z izjemo Češke najnižja med državami luksemburške skupine kandidatki za članstvo v Evropski uniji, je bila inflacija ob koncu leta 2002 v Sloveniji najvišja med omenjenimi državami, hkrati pa je bila približno trikrat višja od ravni, določene s konvergenčnim kriterijem EU glede stabilnosti cen.

Sorazmerno hitro in stabilno gospodarsko rast je spremljala tudi dinamična rast produktivnosti dela, ki je eden osnovnih sintetičnih kazalcev gospodarske razvitosti. V devetdesetih letih je bila Slovenija ena izmed držav z najbolj dinamično rastjo produktivnosti v Evropi. Kljub temu je, v primerjavi z razvitimi, produktivnost še vedno relativno nizka, saj dosega okoli 45% povprečja v EU. V prvih letih tranzicije se je produktivnost povečevala predvsem zaradi zmanjševanja števila zaposlenih, šele po letu 1998 na produktivnost močnejše vplivajo tudi učinki prestrukturiranja podjetij, saj produktivnost narašča ob naraščanju števila zaposlenih.

2.2 Trg delovne sile

Pozitivni trendi na trgu delovne sile so bili kljub dinamični gospodarski rasti po letu 1993 zabeleženi šele leta 1999. Upadanje oziroma stagnacija zaposlenosti vse do leta 1999 je bila posledica intenzivnega prestrukturiranja podjetij, predvsem v industriji, zaposlenost v storitvah pa je postopno vseskozi naraščala. Vse do leta 1999 se registrirana brezposelnost ni bistveno zmanjšala, nekoliko se je zmanjšala le brezposelnost po anketi o delovni sili. V obdobju 1993-1998 se je število registriranih brezposelnih gibalo okoli 125 tisoč, stopnja registrirane brezposelnosti pa med 14% in 14,5%. Stopnja brezposelnosti po anketi o delovni sili se je po letu 1995 gibala med 7 in 8%, v letu 2001 pa se je znižala na 6,4% in se na tej ravni ohranila tudi v letu 2002. Do leta 1996 je bila brezposelnost moških večja kot brezposelnost žensk, saj je bila na začetku tranzicije bolj prizadeta industrija s pretežno

Hitro naraščanje reguliranih cen

Produktivnost dela še vedno relativno nizka

**Upočasnitev
rasti
zaposlovanja
in
zmanjševanje
registrirane
brezposelnosti**

moško delovno silo. Po letu 1996 pa tako podatki iz ankete o delovni sili kot tudi podatki o registrirani brezposelnosti kažejo na višjo stopnjo brezposelnosti med ženskami.

K visoki stopnji rasti števila zaposlenih in zmanjšanju števila registriranih brezposelnih v letu 1999 je prispevala sprememba vodenja registriranih brezposelnih, ki so vključeni v programe javnih del in programe izobraževanja. Do leta 1999 so bili brezposelni, vključeni v javna dela in programe izobraževanja, še naprej vodeni kot brezposelne osebe, po letu 1999 pa so vodeni kot zaposleni, če so vključeni v javna dela ali program politike zaposlovanja z zaposlitvijo, oziroma kot neaktivni, če so vključeni v izobraževanje. Pozitivni trendi so se nadaljevali tudi v obdobju 2000-2002, vendar sta se z upočasnitvijo gospodarske rasti upočasnila tudi rast zaposlenosti in zmanjševanje registrirane brezposelnosti. Predvsem v letu 2002 se je rast zaposlenosti močno upočasnila, zmanjševanje brezposelnosti pa se je skoraj ustavilo.

probleme težje zaposlivih in z upokojevanjem tistih starejših oseb, ki so izpolnile pogoje za upokojevanje, pa se je delež zniževal tudi v letu 2002. Bolj trdovraten pa je problem zaposlovanja brezposelnih brez izobrazbe, saj njihov delež vseskozi ostaja na ravni okoli 47%.

Strukturni značaj brezposelnosti se kaže tudi na regionalni ravni, in sicer v vsaki regiji na drugačen način: npr. pomurska in zasavska regija imata nadpovprečen delež mladih brezposelnih, JV Slovenija dolgotrajno brezposelnih in tistih z nizko izobrazbo, gorenjska starejših od 40 let... Med regijami so razlike v stopnji registrirane brezposelnosti precejšnje. Predvsem je očitna razlika med zahodno in vzhodno polovico države. V zahodni polovici države je stopnja registrirane brezposelnosti bistveno nižja od povprečja v državi, v vzhodni polovici pa bistveno višja. Najvišjo stopnjo registrirane brezposelnosti v letu 2002 so zabeležili v podravski in pomurski regiji, poleg tega pa še v zasavski, spodnjeposavski in savinjski regiji; na meji slovenskega povprečja so v koroški regiji. Najnižjo stopnjo brezposelnosti ima že vrsto let goriška regija (čeprav je tudi tu v letu 2002 porasla), zelo nizko pa še obalno-kraška in osrednjeslovenska regija.

Tabela 2: Osnovni kazalci stanja na trgu delovne sile 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Stopnja brezposelnosti	7,3	7,4	7,9	7,6	7,0	6,4	6,4
- Moški	7,5	7,1	7,7	7,3	6,8	5,9	5,9
- Ženske	7,0	7,6	8,1	7,9	7,3	7,0	6,8
Stopnja delovne aktivnosti ¹	61,9	63,5	63,3	62,5	62,9	63,9	63,4
- Moški	66,2	68,0	67,6	66,9	67,2	68,7	69,1
- Ženske	57,7	59,0	58,9	57,8	58,5	58,9	59,2
Rast zaposlenosti - v ekvivalentu polnega delovnega časa	-1,0	-0,5	0,0	1,2	1,1	0,9	-0,1
Povprečna bruto plača na zaposlenega - realna rast v %	5,1	2,4	1,6	3,3	1,6	3,2	2,0
- Zasebni sektor	4,0	1,5	2,2	3,2	1,3	2,3	2,3
- Javni sektor	6,8	3,8	-0,2	3,7	2,1	5,0	1,1

Vir: SURS, plače po sektorjih izračuni UMAR

Opomba: ¹delovno aktivni v % od delovno sposobnega prebivalstva 15-64 let

Večje zaposlovanje brezposelnih onemogoča strukturni značaj brezposelnosti, ki se najbolj kaže v prisotnosti dolgotrajne brezposelnosti, vztrajno visokem deležu brezposelnih brez izobrazbe, neugodna pa je tudi starostna struktura brezposelnih. Delež dolgotrajno brezposelnih se je v letu 2001 zaradi upokojevanja in drugih črtanj nekoliko znižal (s 63% leta 2000 na 59%), z bolj intenzivno usmerjenostjo politike zaposlovanja na

Nadpovprečna stopnja registrirane brezposelnosti je značilna za regije, ki so bile v preteklosti pomembne industrijske ali rudarske regije, obremenjene predvsem s staro industrijsko strukturo. Spremenjene gospodarske razmere so se tam najprej odrazile v naraščajoči brezposelnosti. Razlika med regijo z najnižjo in najvišjo stopnjo registrirane brezposelnosti je bila v letu 1997 1: 2,7, v letu 2001 je to razmerje znašalo 1: 3,1. V letu 2002 se je to razmerje ponovno znižalo na 1: 2,7 zaradi povečanja brezposelnosti v regiji z najnižjo stopnjo brezposelnosti. Sicer se je koeficient variacije v stopnji brezposelnosti ponovno nekoliko povečal (33,4%; leta 2001 pa 32,3%), kar kaže na naraščanje razlik med regijami po tem kazalcu.

Slika 1: Upravne enote z nadpovprečno stopnjo registrirane brezposelnosti v letu 2002**2.3 Politika plač**

Politika plač je vseskozi zasledovala cilj zaostajanja rasti povprečne bruto plače na zaposlenega za rastjo produktivnosti. Vendar cilj v posameznih letih ni bil vedno dosežen. Do leta 1997 je bil cilj dosežen le v letu 1994. V obdobju 1997-2000 pa je učinkovit dogovor socialnih partnerjev omogočil doseganje zelenih makro-ekonomskih razmerij, ki so bila v letu 2001 spet porušena. Za prehitevanje rasti produktivnosti so bile v letu 2001 krive predvsem plače v javnem sektorju, ki so se realno povečale za 5%. Visoka rast plač v javnem sektorju je bila v letu 2001 posledica uvedenih dodatkov k plačam v državni upravi in v izobraževanju in je bila del drugega vala povečevanja dodatkov v javnem sektorju, ki se je začel v letu 1998. V letu 2002 se je rast plač v javnem sektorju umirila, skupna rast plač pa je ponovno zaostajala za rastjo produktivnosti.

Težnja dosedanje plačne politike v Sloveniji je bila tudi zmanjševanje neenakosti plač. Za doseganje tega cilja so se leta 1995 socialni partnerji v Socialnem sporazumu

za leto 1995 dogovorili o uvedbi instituta minimalna plače kot najnižjega možnega izplačila za opravljeno delo. Določena pa je bila tudi najvišja možna plača. Razlog za take odločitve so bile v čedalje večji disperziji plač tako v spodnjem kot v gornjem delu porazdelitve. Določilo o najvišji možni plači je bilo uvedeno le za eno leto, vendar je tudi v kasnejših letnih dogovorih o plačah vedno bila tudi omejitev rasti plač, ki niso določene s kolektivno pogodbo. Leta 1997 so socialni partnerji v okviru dogovorjene plačne politike za obdobje 1997 do 1999 poleg usklajevanja minimalne plače na enak način kot izhodiščne plače uvedli še dodatno usklajevanje minimalne plače enkrat letno z ugotovljeno rastjo bruto domačega proizvoda za preteklo leto. Dodatna uskladitev je bila namenjena temu, da bi se najnižja raven bruto plač potisnila rahlo navzgor in tako prispevala k omejevanju disperzije plač v smeri najnižjih plač. Učinek teh ukrepov na porazdelitev bruto plač je bil pozitiven. Vendar je po letu 1999 prišlo do povečevanja že tako velikega razmerja med bruto plačo mediane in bruto plačo devetega decilnega razreda, kar pomeni, da

*Večanje
plačnih razlik*

Tabela 3: Kazalci neenakosti za porazdelitev zaposlenih glede na višino bruto plače v Sloveniji v obdobju 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
9.decil /1.decil	3,36	3,39	3,34	3,39	3,46	3,51
Mediana /1.decil	1,67	1,69	1,68	1,70	1,70	1,72
9.decil / mediano	2,01	2,00	1,98	1,99	2,04	2,04
Ginijev koeficient	0,278	0,289	0,287	0,293	0,295	0,299
Povprečna bruto plača/mediana*100	120,4	120,2	119,9	121,4	122,1	122,7

Vir: SURS, preračuni UMAR

se porazdelitev poslabšuje v zgornjem delu. Ugotovitev, da se je porazdelitev začela poslabševati z letom 1999, potrjujeta tudi druga dva kazalca neenakosti: Ginijev koeficient in razmerje med povprečno bruto plačo in mediano bruto plače.⁶

Tabela 4: Kazalci neenakosti za porazdelitev zaposlenih glede na višino bruto plače v javnem sektorju v obdobju 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
9.decil /1.decil	3,30	3,36	3,35	3,43	3,46	3,45
Mediana /1.decil	1,73	1,75	1,80	1,81	1,85	1,87
9.decil / mediana	1,91	1,92	1,86	1,89	1,86	1,84
Ginijev koeficient	0,250	0,270	0,270	0,277	0,273	0,270
Povprečna bruto plača/Mediana*100	114,0	115,7	114,1	114,9	112,8	112,2

Vir: SURS, preračuni UMAR

Pogled v porazdelitev plač v javnem sektorju pokaže, da država kot delodajalec v drugi polovici devetdesetih let ni bila uspešna pri ohranjanju nespremenjene ravni razlik

Tabela 5: Kazalci neenakosti za porazdelitev zaposlenih glede na višino bruto plače v zasebnem sektorju v obdobju 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
9.decil /1.decil	3,10	3,18	3,17	3,20	3,22	3,30
Mediana /1.decil	1,60	1,61	1,61	1,63	1,61	1,61
9.decil / mediano	1,93	1,97	1,96	1,97	2,00	2,05
Ginijev koeficient	0,277	0,284	0,282	0,288	0,292	0,294
Povprečna bruto plača /Mediana*100	121,9	120,8	120,5	121,7	122,6	123,8

Vir: SURS, preračuni UMAR

v plačah. Razmerje med bruto plačo devetega decila in prvega decila se je v drugi polovici devetdesetih stalno povečevalo do vključno leta 2000, čeprav Ginijev koeficient kaže na izboljšanje porazdelitev plač v javnem sektorju že v letu 2000. Mediana bruto plače se je postopno približevala povprečni bruto plači, vendar je bila to bolj posledica večje diferenciacije plač v spodnjem delu porazdelitve in manj zmanjšanja diferenciacije v zgornjem delu. Decentraliziran sistem kolektivnega pogajanja v javnem sektorju (na ravni ministrstev) je bil velika ovira za doseganje želenih makroekonomskih ciljev gibanja plač v javnem sektorju. V letu 2002 sprejeti novi Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, ki bo stopil v veljavo leta 2004, zato predvideva centralizirano kolektivno dogovarjanje in ima eksplicitno vgrajeno zmanjševanje razlik v plačah.

Neenakost v porazdelitvi plač se je povečevala tudi v zasebnem sektorju. Uvedba minimalne plače in dodatno usklajevanje minimalne plače z rastjo bruto domačega proizvoda preteklega leta je sicer ustavila povečevanje razmerja med mediano in prvim decilom, vendar pa ni prinesla bolj enakomerne porazdelitve plač. Nekoliko večja razlika med bruto plačo devetega decila in mediano od razlike med mediano in bruto plačo prvega decila v zasebnem sektorju ni presenetljiva, ker analiza porazdelitve plač zajema tako plače, ki jih določa kolektivna pogodba, kot tudi plače po individualnih pogodbah (poslovodni kadri). Bolj skrb vzbujajoča je hitra rast visokih plač (povečevanje odmika med bruto plačo devetega decila in mediano), ki je dobila zalet zlasti po letu 1999. Vzroke za tako povečevanje razlik lahko verjetno iščemo v nekoliko bolj ohlapni omejitvi rasti plač, ki niso določene s kolektivno pogodbo, v dogovoru o politiki plač za obdobje 1999-2001. Deloma pa jo lahko verjetno pripišemo tudi zmanjšanemu nadzoru nad izvajanjem usmeritev v dogovoru o politiki plač zaradi razpustitve Agencije za plačilni promet z reformo sistema plačilnega prometa.

⁶ Vrednost Ginijeva koeficienta 0 pomeni popolno enakost v porazdelitvi plač, vrednost 1 pa popolno neenakost. Bliže je povprečna bruto plača bruto plači mediane, enakomernejša je distribucija.

3. Implikacije (makro)ekonomskih determinant za človekov razvoj

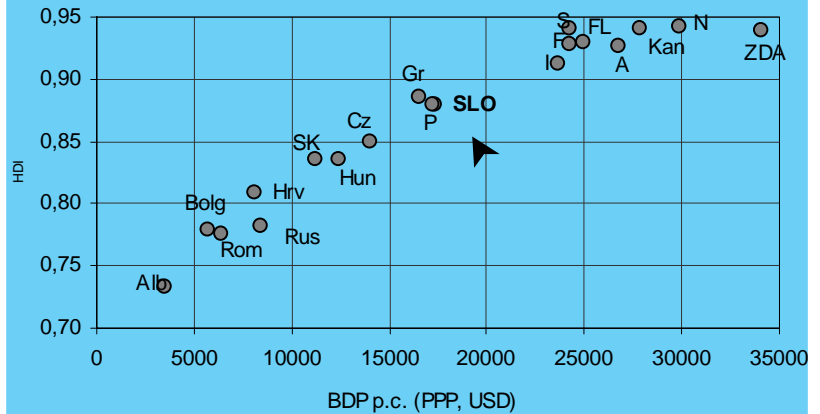
Z vidika človekovega razvoja ni nobenega temeljnega konflikta v trditvi, da je gospodarska rast (merjena preko obravnavanih determinant razvoja) zelo pomembna. Nasprotno; izkaže se, da je povezanost med BDP in kazalci človekovega razvoja v glavnem pozitivna in statistično pomembna.

Seveda je potemtakem res, da je, čim višji je povprečni dohodek v državi, višja verjetnost – hkrati z drugimi dejavniki – da se bo dvignila pričakovana dolžina življenja ter upadla stopnja smrtnosti dojenčkov in otrok, s tem pa se bo zvišala tudi vrednost indeksa človekovega razvoja. Vendar se moramo, ko priznavamo pomen gospodarske rasti kot sredstva razvoja, zavedati “naključne” narave njene učinkovitosti. Učinkovitost tega instrumenta je namreč odvisna od številnih družbenih in ekonomskih okoliščin, pomembno vlogo pa odigra predvsem preusmeritev (porazdelitev) presežkov dohodka. Gospodarska rast pomembno pomaga pri ustvarjanju virov, ki pa jih je treba razporediti tako, da se zmanjšajo neenakosti ali vsaj neenake možnosti v družbi. Najmočnejši učinek lahko pričakujemo zlasti tam, kjer je rast povprečnega BDP povezana z močnim zmanjševanjem neenakosti, predvsem revščine. Realne izkušnje vsakodnevnega sveta pa kažejo, da tovrstne povezave niso popolne in da je gospodarska rast potreben, a ne zadosten temelj človekovega razvoja.

3.1 Socialna varnost, socialna povezanost

Človek kot družbeno bitje mora imeti poleg osnovnih življenjskih potreb zadovoljene tudi socialne, kulturne, duhovne in druge potrebe, tudi tisto po socialni varnosti in socialni povezanosti. Osnovni element socialne povezanosti je namreč stik s človekom in polna vključenost v okolje, v katerem lahko posameznik/ca enakopravno in recipročno prispeva k razvoju okolja, katerega del je, ter s tem vzajemno krepi in razvija tudi svoje osebne potenciale. Ena od osnov socialne povezanosti je materialna varnost

Slika 2: Razmerje med BDP na prebivalca in indeksom človekovega razvoja, izbrane države, 2000



Vir: (2002) HDR. UNDP, Oxford University Press, New York, Oxford

posameznika/ce, na osnovi katere je mogoče izkoristiti priložnosti za sodelovanje v družbi, za socialno vključenost, za razvoj osebnih potencialov.

Kakovost življenja, ki jo ljudje uživajo, ni odvisna le od 1) individualnih pobud ljudi, ampak tudi od 2) družbenih okoliščin. Ideja trajnosti je namreč ob individualnih prizadevanjih uresničljiva le z ustrezno sistemsko podporo in institucionalno ureditvijo.

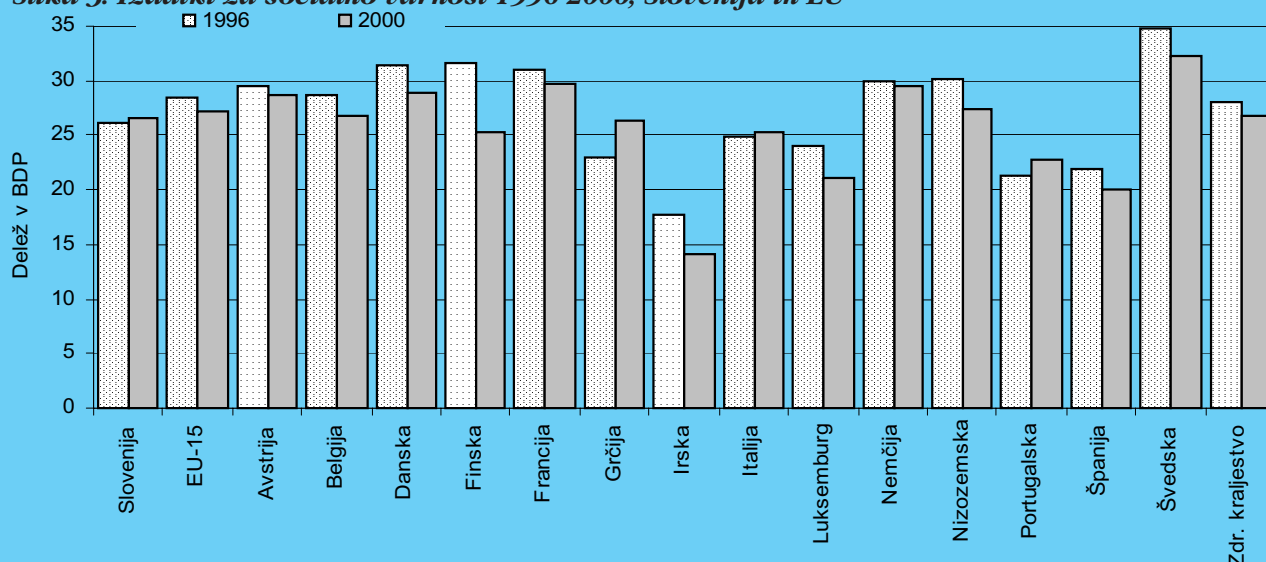
Vire za zadovoljevanje potreb je treba pravično (re)distribuirati, kar med drugimi omogoča tudi sistem socialne varnosti. Preko tega sistema država skrbi za prebivalce/ke, ki zaradi različnih vzrokov izpadejo iz procesa dela (bolni, invalidi, brezposelni), ker zaradi mladosti v proces dela še niso vstopili ali so zaradi starosti iz njega izstopili ali pa zaradi drugih razlogov nimajo dovolj sredstev za preživljanje. Pri tem je pomembno, da sistem socialne varnosti posredno krepi in podpira tudi neformalno socialno varovalno omrežje. Tako delujoč sistem je obenem dobra osnova za politično stabilnost in socialno povezanost ter je obenem vzpodbuda gospodarski rasti.

Raven izdatkov za socialno varnost kaže tudi skrb države za revne, zato imajo države EU z nizkim deležem izdatkov za socialno varnost praviloma visoko stopnjo revščine (Irska, Grčija, Španija in Portugalska). Omenjena povezanost se kaže tudi za Slovenijo. Ob relativno visokem deležu

Politična stabilnost in socialna povezanost vzpodbuda gospodarski rasti

Stopnja revščine v Sloveniji relativno nizka

Slika 3: Izdatki za socialno varnost 1996-2000, Slovenija in EU



Vir podatkov: SURS, Statistične informacije, št. 205, julij, 2001 in Statistične informacije, št. 143, julij 2002. Vir za države EU: European social statistics – Social protection, Expenditure and recipients 1990-1999, European Commission, Luxembourg, 2002.; Social protection in Europe in 2000; Eurostat, News Release, februar, 2003

Opombe: 1 PKM = pariteta kupne moči, 2 zaradi pomanjkljivosti niso zajeti podatki o nastanitvah.

izdatkov za socialno varnost je stopnja revščine v Sloveniji relativno nizka.

Kot je razvidno iz Slike 3, je Slovenija v letu 2000 za izdatke socialne varnosti namenila 26,6% BDP. Izdatki za socialno varnost so se v letu 2000 v primerjavi z letom poprej

povečali za 10,7% (realno za 2%). Od leta 1996 do leta 2000 pa so se izdatki realno povečali za 19%. V primerjavi z evropskimi državami je Slovenija zelo blizu evropskega povprečja. Po podatkih za leto 2000 namenja le 0,7 odstotne točke manj sredstev za socialno varnost kot povprečna država evropske petnajsterice. Sredstva za te namene se v opazovanem obdobju celo povečujejo, v večini evropskih držav (z izjemo Grčije, Portugalske in Italije) pa se zmanjšujejo. Seveda pa so v EU-15 velike razlike med posameznimi državami; največ za socialno varnost namenjajo na Švedskem (32,3% BDP) in najmanj na Irskem (14,1% BDP). Slovenija bi se s 26,6% BDP uvrstila na 8. mesto med državami članicami EU, za njo pa Grčija, Finska, Italija, Portugalska, Luksemburg, Španija in Irska.

Leta 1999 je Slovenija za socialno varnost na prebivalca namenila 2.522 ekujev, kar je 43,1% vrednosti, ki so jo za socialno varnost na prebivalca v povprečju namenile države EU (5.851 ekujev). Leta 1996 je Slovenija za te namene porabila 1,968 ekujev na prebivalca, kar je predstavljalo 37,3% evropske vrednosti. Gledano po kupni moči (PPS) na prebivalca v posamezni državi, je Slovenija v letu 1999 za socialno varnost namenila 3.973 ekujev na prebivalca, kar znaša 68,6% vrednosti, ki so jo za socialno varnost na prebivalca v povprečju namenile države EU (leta 1996 smo namenili 61,3% povprečja držav EU). To je več, kot za socialno varnost namenjajo

Tabela 6: Socialna varnost in revščina, Slovenija in EU, 1999

Država	Delež sredstev za socialno varnost v BDP (v %)	Stopnja revščine * (v %)
Slovenija	26,6	13,6
EU-15	27,6	15 s
Avstrija	28,6	12
Belgija	28,2	13
Danska	29,4	11
Finska	26,7	11
Francija	30,3	15
Grčija	25,5	21
Irska	14,7	18
Italija	25,3	20
Luksemburg	21,9	13
Nemčija	29,6	11
Nizozemska	28,1	11
Portugalska	22,9	21
Španija	20,0	19 p
Švedska	33,9	9
Velika Britanija	26,0	19 p

Vir: European social statistics Social protection, Expenditure and recipients 1980 - 1999, European Commission, Luxembourg, 2001; za revščino: SURS in EUROSTAT, CIRCA (strukturni indikatorji)

Opombe: * stopnja revščine posameznika; meja revščine je enaka 60% mediane dohodkov, uporabljena je OECD modificirana ekvivalenčna lestvica.

"s" ocena EUROSTAT

"p" ocena države

v Luksemburgu, Italiji, Grčiji, Španiji, na Irskem ter Portugalskem.

V strukturi celotnih izdatkov za socialno varnost se razmerja med posameznimi področji skoraj ne spreminjajo. Tudi v letu 2000 je šlo največ sredstev za področje starost (43,4%), sledijo izdatki za bolezen in zdravstveno varstvo (30,7%), izdatki za družino in (9,2% sredstev), izdatki za invalide (9%), sredstva za brezposelne (4,1% vseh sredstev), izdatki za smrt hranitelja družine (2%), izdatki za druge oblike socialne izključenosti pa so z 1,6% sredstev na zadnjem mestu (Slika 4).

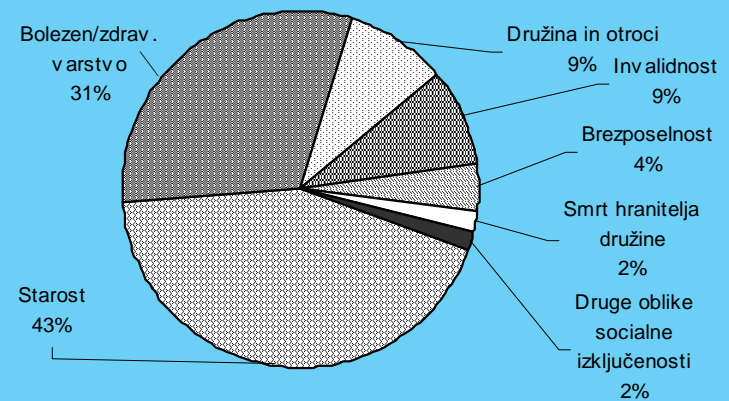
V letu 2000 (Slika 5) so bila, glede na leto 1996, nekoliko višja sredstva za otroke in družine (za 0,7-odstotne točke) ter sredstva za invalidnost (za 0,5 odstotne točke). Zmanjšala so se sredstva za starost (za 0,8 odstotne točke) in za druge oblike socialne izključenosti. Na ostalih treh področjih je stanje ostalo nespremenjeno.

Po podatkih za leto 1999 smo v Sloveniji, v primerjavi z EU-15, več sredstev namenjali za starost, za bolezen in zdravstveno varstvo, za družino in otroke ter za invalidnost. Manj kot v evropski petnajsterici pa za brezposelnost ter za primere smrti hranitelja družine. Večino sredstev za socialno varnost v Sloveniji predstavljajo prejemki (dobrobiti) v denarju (69%), 31% pa nedenarne dobrobiti (v obliki storitev, odloženih plačil itd.); glavni vir financiranja, tako kot v EU-15, so socialni prispevki (prispevki delodajalcev in zavarovancev).

3.2 Revščina kot najbolj drastična oblika neenakosti

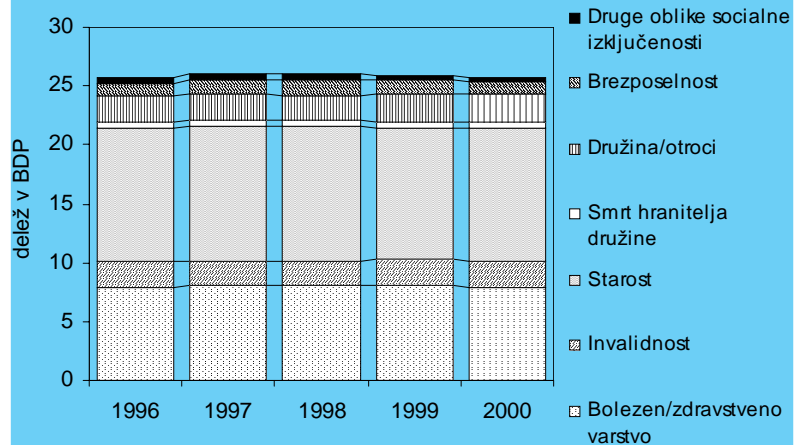
Revščina v najširšem smislu pomeni družbeno nesprejemljive oblike neenakosti ter s tem prikrajšanosti na materialnem in socialnem področju (povezane z omejenim dostopom do izobrazbe, zdravja, kulturnih dobrin) in izločenost na socialno obrobje. Slaba izobrazba, slabo zdravje, socialna izključenost (tudi lakota in brezdomstvo) pomenijo kratenje človeškega dostojanstva ter so najbolj množičen vzrok kršenja človekovih pravic v svetu. Zato je Generalna skupščina OZN obdobje od leta

Slika 4: Struktura izdatkov za socialno varnost, SLO, 2000



Vir: Statistične informacije št. 143, julij, 2002

Slika 5: Izdatki za socialno varnost po področjih, Slovenija, 1996-2000*



Vir: SURS; Statistične informacije št. 143, julij 2002. Opomba: * zaradi pomanjkljivosti podatki o nastanitvah niso vključeni.
Opomba: * zaradi pomanjkljivosti podatki o nastanitvah niso vključeni.

1997 do 2006 razglasila za desetletje izkoreninjanja revščine (Okvirček II).

Revščina je posledica pomanjkanj in neenakosti na materialni in nematerialni ravni. Je zelo spremenljiv in sam v sebi relativen pojem, odvisen od socioekonomskih okoliščin, v katerih jo opazujemo; in zdaleč ne več odvisen le od dohodkov posameznika/ce ali njegove/njene družine. Pomemben je tudi nematerialni vidik človekovega (so)delovanja; pomembni so izobrazba, informacije in komunikacije, ki skupaj z razvitimi socialnimi in čustvenimi kompetencami omogočajo socialno vključenost in povezanost (socialno kohezijo).

Slovenska vlada je v začetku leta 2000 sprejela *Program boja proti revščini in socialni izključenosti*, s čimer sledi strateškemu ciljem Evropske unije (Lizbona 2000), za uresničitev katerih naj bi posodobili Evropski socialni model, vlagali v človeški kapital in zmanjšali revščino ter socialno izključenost.

Okvirček II: Cilji za novo tisočletje

Deklaracija za novo tisočletje (United Nations Millennium Declaration), sprejeta na Generalni skupščini septembra 2000, predstavlja 8 ciljev. Sprejelo jo je 147 vodij držav in vlad oziroma 191 narodov, in sicer kot Resolucijo 55/2. Njeni cilji sovpadajo z 18 usmeritvami (kriteriji).

Cilji so:

1. Odpraviti ekstremno revščino in lakoto.
Usmeritev 1. Med letom 1990 in 2015 prepолоviti število ljudi, katerih dohodek je manj kot en dolar na dan.
Usmeritev 2. Med letom 1990 in 2015 prepолоviti število ljudi, ki trpijo lakoto.
2. Doseči univerzalno osnovno izobraževanje
Usmeritev 3. Zagotoviti, da bodo do leta 2015 otroci po vsem svetu, dečki in deklice, končali osnovno šolo.
3. Vzpodbujati enakopravnost med spoloma in opolnomočenje žensk
Usmeritev 4: Odpraviti razkorak med spoloma v osnovnem in srednjem izobraževanju do leta 2005 ter, najkasneje do leta 2015, na vseh ravneh izobraževanja.
4. Zmanjšati umrljivost otrok
Usmeritev 5. Med leti 1990 in 2015 za dve tretjini zmanjšati umrljivost otrok, starih manj kot 5 let.
5. Izboljšati zdravje mater
Usmeritev 6. Med leti 1990 in 2015 za tri četrtine zmanjšati umrljivost mater ob porodu.
6. Premagati HIV/AIDS, malarijo in druge bolezni
Usmeritev 7. Do leta 2015 za polovico zmanjšati število okužb HIV/AIDS in nadaljevati v smeri zmanjševanja primerov okužb.
Usmeritev 8: Do leta 2015 za polovico zmanjšati število primerov malarije in drugih bolezni in nadaljevati v smeri zmanjševanja primerov okužb.
7. Zagotoviti okoljsko uravnoteženost
Usmeritev 9: Vključiti principe uravnoteženega razvoja v razvojne programe narodov in držav.
Usmeritev 10. Do leta 2015 prepолоviti število ljudi, ki nimajo zagotovljenega dostopa do pitne vode.
Usmeritev 11. Do leta 2020 doseči pomemben napredek v življenju vsaj 100 milijonov ljudi, ki živijo v siromašnih mestnih četrtih.
8. Razviti globalno partnerstvo za razvoj
Usmeritev 12. Razviti odprt, predvidljiv, nediskriminatoren trgovinski in finančni sistem, ki bo temeljil na sprejetih pravilih.

Usmeritev 13. Upoštevati posebne potrebe najmanj razvitih dežel.

Usmeritev 14. Upoštevati posebne potrebe držav brez izhoda na morje (celinskih držav) in majhnih otoških držav v razvoju.

Usmeritev 15. Spopasti se z dolžniškimi problemi nerazvitih dežel s pomočjo nacionalnih in internacionalnih ukrepov, da bi v daljšem časovnem obdobju uravnotežili dolgove.

Usmeritev 16. V sodelovanju z deželami v razvoju, razviti in uveljaviti strategije za dostojno in produktivno življenje mladih.

Usmeritev 17. V sodelovanju s farmacevtskimi podjetji omogočiti dostop do najpomembnejših zdravil po dostopnih cenah tudi za države v razvoju.

Usmeritev 18. V sodelovanju s privatnim sektorjem omogočiti dostop do dosežkov nove tehnologije, še posebej informacij in komunikacij.

Našteti cilji in usmeritve so izjemno pomembni za blaginjo ljudi predvsem najmanj razvitih dežel, kjer ljudje trpijo lakoto, nimajo dostopa do pitne vode, živijo v revnih četrtih brez komunalnih priključkov, kjer matere umirajo ob porodu, in ogromno otrok ne dočaka niti prvega rojstnega dne, kjer je splošna izobrazba zelo nizka in izobrazba žensk bistveno slabša od izobrazbe moških, kjer je enakopravnost med spoloma na zelo nizki ravni (ali je sploh ni), kjer AIDS desetka predvsem srednjo generacijo itd. Slovenija kot srednje razvita socialna država z urejenim sistemom socialnega zavarovanja in socialne varnosti tovrstnih problemov nima. Kar pa ne pomeni, da se ne sooča z razvojnimi problemi in oblikami neenakosti in negotovosti na socialnem področju. Slednje skuša blažiti predvsem z ukrepi socialne politike tako, da ljudem omogoča enak dostop do vseh družbenih položajev in funkcij. Gotovo najpomembnejša ovira pri doseganju enakosti v možnostih ter dostopnosti do življenjsko pomembnih virov je revščina, s katero se sooča tudi Slovenija. Vendar tu ne gre za absolutno revščino (ki skorajda ne omogoča preživetja, ker je le živetarjenje na robu biološkega preživetja), temveč za relativno revščinoⁱ, ki jo povzročajo siceršnje materialne, kulturne in socialne okoliščine v državi. To pomeni stanje, ko je gospodinjstvo, oziroma posameznik/ca zaradi materialnega pomanjkanja potencialno izključen/a iz običajnega načina življenja v svoji državi. Relativnost pomeni tudi dejstvo, da je oseba z isto življenjsko ravno v določeni državi revna, v drugi pa ni. Pri ciljih za novo tisočletje zato postaja kontekstualna (nad)določena distinkcij toliko bolj očitna in pomembna.

ⁱ Slovenski urad za statistiko uporablja definicijo revščine, ki jo je sprejel Evropski svet leta 1984, kot sledi: "Revne so osebe, družine ali skupine oseb, katerih sredstva (materialna, kulturna in socialna) so tako omejena, da jim ne omogočajo minimalno sprejemljivega življenja v državi, v kateri živijo."

Slovenija od leta 1993 spremlja stanje relativne revščine po metodologiji, ki kot prag revščine uporablja 50% povprečnih ekvivalentnih⁷ izdatkov gospodinjstev. Izračuni po tej metodologiji (Tabela 7) kažejo, da se je stopnja revščine gospodinjstev leta 1999, v primerjavi z letom

1993, zmanjšala za 1,4 odstotne točke. Tudi mnenjski podatki, ki jih spremlja SURS o dohodkih gospodinjstev, kažejo, da se delež gospodinjstev, ki z velikimi težavami shajajo s svojimi mesečnimi dohodki, vztrajno zmanjšuje. Podobno kažejo

⁷ Da bi lahko primerjali življenjsko raven gospodinjstev med seboj, moramo upoštevati njihovo velikost in sestavo. Vsi člani gospodinjstva nimajo enakih potreb, zato se uporabljajo ekvivalenčne lestvice, ki upoštevajo ekonomijo obsega porabe gospodinjstev. SURS tako uporablja modificirano OECD ekvivalenčno lestvico za izračun izdatkov na ekvivalentnega člana. Ta lestvica daje prvemu odraslemu članu utež 1, drugim članom, starih 14 ali več let, utež 0,5, mlajšim od 14 let pa utež 0,3.

Poudarek 2: Uresničevanje Programa boja proti revščini in socialni izključenosti

V začetku leta 2000 sprejeti Program boja proti revščini in socialni izključenosti se uresničuje v skladu z načrtanimi smernicami. Kratkoročni ukrepi, ki so bili predvideni zlasti s povečanjem socialnih pomoči *materialno najbolj ogroženim* prebivalcem/kam, so večinoma izvedeni. Gre zlasti za uvedbo denarne socialne pomoči (to od septembra 2001 določa Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o socialnem varstvu) in pomeni okrog 37-odstotno povišanje pomoči najrevnejšim. Posameznik/ca brez lastnih dohodkov od januarja 2002 dalje tako prejema 40.599 SIT mesečno. Na področju *pokojninsko-invalidskega zavarovanja* sta bila uvedena dva nova socialna prejemka (državna in vdovska pokojnina); na področju *pomoči otrokom in družini* pa so bili na novo urejeni pravica do starševskega in očetovskega dopusta in nadomestilo zanj, povišani otroški dodatki za otroke enostarševskih družin, enkratni letni dodatek za družino s tremi ali več otroki ter delno plačilo za izgubljeni dohodek, do katerega bo imel pravico eden od staršev, ki bo zaradi nege in varstva otroka s posebnimi potrebami prekinil delovno razmerje ali pričel delati krajši delovni čas (te pravice so se pričele izvajati s 1.1.2003). Na *stanovanjskem področju* je bila uvedena pravica do

znižane neprofitne najemnine. Ukrepi na področju *izobraževanja in zaposlovanja* imajo dolgoročneje in predvsem preventivne učinke v smislu preprečevanja revščine in socialne izključenosti. Zato so nadaljnji ukrepi strategije socialnega vključevanja prednostno naravnani predvsem k naslednjim ciljem:

- širitev možnosti za dvig izobrazbene ravni ter izboljšanje možnosti in vzpodbud za izobraževanje
- širitev možnosti za vključevanje brezposelnih v programe aktivne politike zaposlovanja
- zagotavljanje možnosti izobraževanja, usposabljanja, zaposlovanja in neodvisnega življenja oseb z invalidnostjo.

Vlada RS je v luči uresničevanja Programa boja proti revščini in socialni izključenosti leta 2002 sprejela sklep, da posamezna ministrstva, ki s svojim delovanjem vplivajo na socialni položaj prebivalstva, skrbno proučijo vplive svojih ukrepov, ki bi utegnili poslabšati položaj dohodkovno najšibkejših.

Slovenija se vključuje tudi v prizadevanja Evropske Komisije za povečanje socialnega vključevanja. V ta namen bo do konca leta 2003 pripravila Skupni memorandum o socialnem vključevanju (Joint Inclusion Memorandum), s čimer bo sodelovala pri posodobitvi evropskega socialnega modela.

javnomenjski podatki Fakultete za družbene vede, saj se je leta 2001, v primerjavi z letom 1993, delež oseb, ki menijo da živijo v pomanjkanju, oziroma da se močno omejujejo pri nakupih hrane, skoraj razpolovil (z 8,9% na 4,5%). Tudi Ginijev količnik kaže, da se je leta 1999 v primerjavi z letom 1993 dohodkovna neenakost zmanjšala.

Od leta 2000 se v Sloveniji uporablja spremenjena metodologija izračunavanja revščine, pri kateri se sicer še vedno upošteva relativni koncept revščine in modificirana OECD ekvivalenčna lestvica, spremembe pa so naslednje: (1) prag tveganja revščine je enak 60% mediane ekvivalentnih denarnih dohodkov in (2) enota porazdelitve in analize je posameznik/ca (in ne več gospodinjstvo).

Izračuni na osnovi tovrstne metodologije kažejo, da se je leta 1999, v primerjavi z letom 1993, revščina oseb rahlo povečala (s 13% na 13,6%), od leta 1997 pa se zmanjšuje. Leta 1999 je po tej metodologiji pod pragom revščine živelo okrog 265.000 prebivalcev/k Slovenije. Globina revščine pa se je, v primerjavi z letom 1993,

Tabela 7: Stopnje revščine gospodinjstev¹, Slovenija, 1993-1999

Prag revščine	Stopnja revščine v %			
	1993	1997	1998	1999
Povprečni ekvivalentni dohodki:				
40% povprečja	5,2	4,9	4,5	4,5
50% povprečja	11,2	9,0	9,2	9,5
60% povprečja	20,5	17,4	17,9	17,7
Povprečni ekvivalentni izdatki:				
40% povprečja	5,7	5,7	6,0	6,2
50% povprečja	13,6	11,2	11,9	12,2
60% povprečja	24,6	19,8	20,1	20,9
Ginijev koeficient ²	0,29	0,26	0,27	0,27

Vir: SURS, Analiza revščine na podlagi podatkov ankete o porabi v gospodinjstvih, Slovenija, 1999; Statistične informacije št. 165, junij 2002.

Opombe: ¹Prag revščine je enak 50% povprečnih ekvivalentnih izdatkov gospodinjstev. Uporabljena je OECD modificirana ekvivalenčna lestvica.

²Ginijev koeficient v našem primeru prikazuje mero koncentracije porazdelitve izdatkov med gospodinjstvi, oziroma neenakost porazdelitve. Vrednost tega količnika je med 0 in 1. Kolikor višji je, toliko večja je neenakost.

zmanjšala.⁸ Podatki tudi kažejo, da bi bila (po izračunih SURS) stopnja tveganja revščine za 6,9 odstotnih točk višja, če prebivalstvo ne bi imelo na voljo socialnih transferjev, ter da je stopnja tveganja revščine med ženskami še vedno višja kot med moškimi.

⁸ Prag revščine je leta 1999 znašal 58.291 SIT mesečno, revni pa so v povprečju razpolagali s 45.350 SIT mesečnih dohodkov, kar pomeni, da jim je primanjkovala dobra petina (22,2%) dohodka, da bi dosegli prag; to imenujemo vrzel revščine, ki najbolje pojasnjuje globino revščine. Leta 1993 je vrzel revščine znašala 25,2%.

Okvirček III: Izdatki gospodinjstev za hrano

Delež potrošnih izdatkov, ki jih gospodinjstva namenijo za hrano, je pomemben kazalec življenjskega standarda in posredno tudi revščine. Revna gospodinjstva namreč namenijo največji del svojih dohodkov za hrano. Leta 2001 je povprečno slovensko gospodinjstvo za hranoⁱ porabilo blizu 25% svojih dohodkov (gl. Tabela 1). Ta delež se sicer vztrajno zmanjšuje, vendar pa je v primerjavi s članicami Evropske unije velik (tam v povprečju znaša okrog 17%). Med tranzicijskimi državamiⁱⁱ, kjer znaša delež za hrano v povprečju okrog 40%, pa nasprotno Slovenija dosega najnižji delež (gl. Sliko 1).

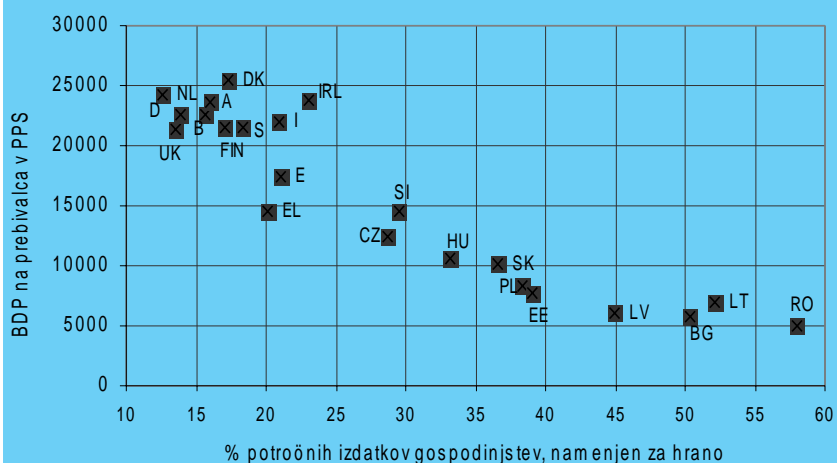
Tabela 1: Delež brane v izdatkih gospodinjstev za življenjske potrebščine, letno povprečje (v %)

Izdatki po namenu / Leto	1997	1998	1999	2000	2001	Razlika 97-01, v o. t.
Hrana in brezalkoholne pijače	26,1	25,8	23,4	22,8	22,2	-4,0
Alkoholna pijača in tobak	3,4	3,1	2,9	2,8	2,6	-0,8
Hrana skupaj	29,5	28,9	26,3	25,6	24,8	-4,7

Vir: SURS, Ankete o porabi gospodinjstev (APG)

V letu 2001 so bili v Sloveniji izdatki za hrano realnoⁱⁱⁱ za 3,1% manjši kot v letu prej oz. za 15,3% manjši kot v letu 1997. Padanje lahko povežemo z naraščajočim povprečnim dohodkom prebivalstva v skladu z Engelovim zakonom, ki pravi, da prebivalstvo povečano kupno moč potem, ko zadovolji osnovne potrebe po hrani, bolj usmerja v nakup drugih, bolj luksuznih dobrin in ne živil, saj je pri porabi

Slika 1: Delež brane v izdatkih gospodinjstev za življenjske potrebščine in BDP na prebivalca, leto 1999



Vir: Eurostat New Cronos Database, SURS, preračuni UMAR.

ⁱ Izdatke gospodinjstev za življenjske potrebščine ločimo po COICOP klasifikaciji na 12 skupin, pri tem spadajo izdatki za hrano in brezalkoholne pijače v prvo, izdatki za alkoholne pijače in tobak pa v drugo skupino. Če ni drugače omenjeno, razumemo pod imenom hrana obe kategoriji skupaj.

ⁱⁱ Netehtano povprečje, izračunano za 10 tranzicijskih držav: Bolgarijo, Češko, Estonijo, Latvijo, Litvo, Madžarsko, Poljsko, Romunijo, Slovaško in Slovenijo.

ⁱⁱⁱ Deflacirano z indeksom cen življenjskih potrebščin

hrane fiziološko omejeno. To potrjuje tudi korelacija med porabo hrane povprečnega gospodinjstva različnih evropskih držav (skupaj 23) in njihovim življenjskim standardom, merjenim z bruto domačim proizvodom na prebivalca, ki je močno negativna (-0,87).

Tabela 2: Struktura porabe brane in brezalkoholnih pijač po dohodkovnih kvartilih, obdobje 1998-2000 (v %)

Struktura/ Kvartilni razred	1. kvartilni razred	2. kvartilni razred	3. kvartilni razred	4. kvartilni razred	Povprečje
Hrana in brezalkoholne pijače	28,3	23,8	21,0	16,8	22,5
Alkoholne pijače in tobak	2,8	2,4	2,1	1,8	2,3
Hrana skupaj	31,1	26,2	23,1	18,6	24,8
Izdatki za življenj. potrebščine	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: SURS, APG 1998-2000, izračuni UMAR.

Kot je razvidno iz Tabele 2 predstavljajo hrana in brezalkoholne pijače gospodinjstvom najnižjega dohodkovnega kvartilnega razreda relativno največji delež v izdatkih za življenjske potrebščine (28,3%). V gospodinjstvih najvišjega kvartilnega razreda predstavljajo ti izdatki 16,8%. Razlike so tudi v vrstah porabljene hrane; tako gospodinjstva najvišjega kvartilnega razreda zaužijejo v povprečju več rib in mesa, gospodinjstva najnižjega pa nasprotno več kruha in maščob. Gledano povprečno, pa analiza porabe različnih vrst hrane v obdobju 1997-2001 kaže, da gospodinjstva v Sloveniji porabljajo vse več za brezalkoholne pijače, sokove in mlečne izdelke ter manj za alkohol, sladkor ter maščobe.

Gospodinjstvom, katerih nosilci so upokojene ali brezposelne osebe, predstavljajo izdatki za hrano in brezalkoholne pijače okrog 26% njihovih potrošnih izdatkov, vdovskim gospodinjstvom ter gospodinjstvom z večjim številom otrok 28%, gospodinjstvom, katerih nosilec je brez osnovnošolske izobrazbe, pa več kot 33%. Razlike med gospodinjstvi se povečajo, če primerjamo absolutne zneske, ki so jih gospodinjstva namenila porabi hrane in brezalkoholnih pijač. Tako so gospodinjstva četrtega kvartilnega razreda zanje odštela skoraj dvakrat več sredstev kot gospodinjstva prvega kvartilnega razreda. Neenakost med gospodinjstvi je tako prisotna tudi pri izdatkih za hrano.

Tabela 8: Kazalniki socialne povezanosti - revščina¹ in neenakost porazdelitve dohodka, Slovenija, 1999 (v %)

Tveganje revščine:	
- Stopnja tveganja revščine po socialnih transferjih ² :	13,6
- moški	13,0
- ženske	14,0
- Stopnja tveganja revščine pred socialnimi transferji ² :	20,5
- moški	19,7
- ženske	21,3
- Prag tveganja revščine v evrih ³	3.596,00
- Relativna vrzel tveganja revščine:	22,2
Neenakost porazdelitve dohodka:	
- Razmerje kvintilnih razredov	3,6
- Ginijev koeficient	0,25

Vir: SURS; Prva statistična objava štev. 133; Kazalniki socialne povezanosti - Dohodek in revščina, november 2002.

Opombe: ¹Prag tveganja revščine je enak 60% mediane ekvivalentnih denarnih dohodkov. Enota distribucije je posameznik; uporabljena je OECD modificirana ekvivalentna lestvica. ²Brez dohodka v naravi; pokojnine so vključene v dohodek (tečaj Eurostata). ³Podatek na letni ravni.

Gospodinjstva samskih starih oseb izkazujejo najvišjo stopnjo revščine, vendar se je le-ta med vsemi tipi gospodinjstev v obdobju 1993-1999 najbolj zmanjšala (od 48,4% v letu 1993 na 23,5% leta 1999), v gospodinjstvih z otroki pa povečala. To kaže tudi analiza Stropnik, Stanovnik (2002), (čeprav preračunana po nekoliko drugačni metodologiji), na osnovi katere se je dohodkovna situacija gospodinjstev z

Poudarek 3: Subjektivna ocena revščine

Ali bi zase in za svojo družino lahko rekli:	1993	1997	1999	2000	2001
- da vam ničesar ne primanjkuje; da se posebej ne omejujete	9,5	6,9	11,6	13,6	13,6
- da ste bolj varčni, da se omejujete pri manj pomembnih stvareh, manj luksuza ipd.;	33,6	40,1	47,8	43,5	46,3
- da morate zelo skrbno gospodariti z denarjem, se omejujete pri nakupih opreme, obleke ipd.;	45,7	37,1	33,3	36,9	35,0
- da se močno omejujete tudi pri nakupih hrane;	6,7	2,8	3,5	4,0	3,4
- da živite v pomanjkanju osnovnih dobrin;	2,2	1,0	0,7	1,2	1,1
- da živite v revščini;	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4
- ne vem, neodločen	1,4	1,4	2,6	0,2	0,4

Vir: SJM93, SJM97, SJM99, SJM00, SJM01

Merjenje revščine na način subjektivne ocene anketiranih v longitudinalni raziskavi Slovensko javno mnenje je le eden od načinov prikazovanja oziroma merjenja revščine. Gre za stališča posameznikov/íc o njihovih zmožnostih preživetja (vendar ne le materialnega) oziroma mnenja o tem, kako v njihovih družinah "vežejo konec s koncem". Ker gre za subjektivno oceno, je treba tovrstno mnenje sprejeti z vsaj dvema omejitvama: a) zadovoljstvo posameznika/ce z danimi možnostmi je odvisno od njegovih/njenih aspiracij, b) priznanje, da ti v življenju ne gre dobro, je stigmatizirajoče in krni pozitivno samopodobo.

Kljub tem omejitvam pa trendi praktično pri vseh postavkah kažejo, da se občutek materialne ogroženosti v prikazanem obdobju zmanjšuje.

otroki do 18 let poslabšala, situacija starih gospodinjstev (kjer živi vsaj ena oseba, stara 60 in več let) pa izboljšala. Pri takem ugotavljanju revščine igra pomembno vlogo

Tabela 9: Stopnje revščine glede na tip gospodinjstva¹, Slovenija, 1993-1999

Tip gospodinjstva	Stopnje revščine (- v %)			
	1993	1997	1998	1999
Samska oseba stara 65 in več let	48,4	23,1	27,6	23,5
Samska oseba do 64 let	27,1	14,1	15,4	14,3
Ena odrasla oseba z otroki do 16 let	6,9	(5,2) ²	8,2	14,3
Par brez otrok, vsaj en član je star 65 let	25,7	20,2	19,5	15,9
Par brez otrok, oba mlajša od 65 let	7,7	6,4	6,5	7,8
Par z enim otrokom do 16 let	2,6	5,0	7,0	9,1
Par z dvema otrokoma do 16 let	4,0	5,7	5,2	4,4
Par s tremi ali več otroki do 16 let	9,0	13,8	13,7	13,6
Ena odrasla oseba ali par z otroki nad 16 let	8,0	9,4	/	/
Ena odrasla oseba z otroki tudi nad 16 let	/	/	15,2	19,9
Par z otroki tudi nad 16 let	/	/	8,3	9,0
Drugo	9,0	11,5	11,7	13,0

Viri: SURS Analiza revščine na podlagi podatkov ankete o porabi v gospodinjstvih, Slovenija, 1999; Statistične informacije št. 165, junij 2002.

Opombe: ¹Tovrstni preračun po novi metodologiji (razen za leto 1999) še ni na voljo. Prag revščine je enak 50% povprečnih ekvivalentnih izdatkov gospodinjstev. Uporabljena je OECD modificirana ekvivalentna lestvica.

²Podatek ni zanesljiv, ker je tovrstnih gospodinjstev premalo; / ni podatka

Okvirček IV: Izboljšanje dohodkovnega položaja upokojencev in upokojenskih gospodinjstev

Dohodkovni položaj upokojencev/k in starejših oseb sploh, se je izboljševal skozi daljše časovno obdobje. To je splošni fenomen, ki ga zaznavamo tudi v državah na prehodu. Tako je npr. primerjalna analiza¹, ki je zajela Slovenijo, Madžarsko in Poljsko pokazala, da se je delež upokojencev v spodnjih treh decilnih razredih precej zmanjšal v vseh treh državah. Iz Tabele 1 in 2 je npr. razvidno, da se je leta 1983 38,7% vseh upokojencev v Sloveniji nahajalo v spodnjih treh decilnih razredih, leta 1993 pa 31,4%. Ob tem velja poudariti, da je zmanjševanje deleža upokojencev v spodnjih treh decilnih razredih bilo bolj izrazito kot povečanje njihovega deleža v zgornjih treh decilnih razredih. Z drugimi besedami, vse večji delež upokojencev/k se sedaj nahaja v sredini dohodkovne porazdelitve.

Tabela 1: Delež upokojencev v spodnjih treh decilnih razredih

Država	Delež upokojencev (%)		Razlika (v odstotnih točkah)
	sredina osemdesetih	sredina devetdesetih	
Madžarska	40,7	20,7	-20,0
Poljska	28,6	16,6	-12,0
Slovenija	38,7	31,4	-7,3

Tabela 2: Delež upokojencev v zgornjih treh decilnih razredih

Država	Delež upokojencev (%)		Razlika (v odstotnih točkah)
	sredina osemdesetih	sredina devetdesetih	
Madžarska	20,9	23,8	+2,9
Poljska	27,6	36,7	+9,1
Slovenija	23,7	26,9	+3,2

Vir: Stanovnik, Stropnik, Prinz (2000). Opomba: Osebe so razvrščene glede na ekvivalentni dohodek gospodinjstva. Ekvivalenčna lestvica je (1; 0,7; 0,5) tj. OECD ekvivalenčna lestvica. Za Madžarsko so relevantna leta 1987 in 1996; za Poljsko 1987 in 1996; za Slovenijo 1983 in 1993.

Izboljšanje dohodkovnega položaja ni značilno samo za upokojence, temveč tudi za upokojenska gospodinjstva - to so gospodinjstva z vsaj enim upokojencem in brez aktivnih članov (tj. brez zaposlenih, samozaposlenih ali brezposelnih članov). Tako iz Tabele 3 vidimo, da je izmed posameznih tipov upokojenskih gospodinjstev v relativno najboljšem položaju gospodinjstvo z dvema zakoncema. Skupina *druga upokojenska gospodinjstva* dejansko predstavlja zelo heterogeno oziroma "rezidualno" skupino, ki ni tako številčna. Skupina samskih moških upokojenskih gospodinjstev je številčno zelo majhna. Številčno močnejša je skupina samskih žensk upokojenskih gospodinjstev, ki je kljub relativnemu izboljšanju dohodkovnega položaja še vedno močno zastopana v nižjih decilnih razredih v Sloveniji in na Madžarskem. Tako je bilo npr. na Madžarskem leta 1996 kar 45,9% vseh samskih ženskih upokojenskih gospodinjstev v spodnjih treh decilnih razredih.

Tabela 3: Delež upokojenskih gospodinjstev v spodnjih treh decilnih razredih, po skupinah upokojenskih gospodinjstev

Država	Tip upokojenskega gospodinjstva				
	samski moški	samska ženska	zakonca	Drugo	vsa upokoj. gospodinj.
osemdeseta					
Madžarska (1987)	50,2	69,7	45,7	61,0	57,8
Poljska (1987)	30,8	50,5	22,9	45,5	41,8
Slovenija (1983)	(50,8)	55,5	46,6	61,7	52,8
devetdeseta					
Madžarska (1996)	(10,9)	45,9	14,4	60,0	33,3
Poljska (1996)	20,0	24,8	8,7	42,6	22,0
Slovenija (1993)	(36,2)	42,8	28,0	54,2	39,0

Vir: Stanovnik, Stropnik, Prinz (2000). Opomba: oklepaji označujejo majhno število v vzorcu.

Izboljšanje dohodkovnega položaja starejših

Tabela 4 podaja deleže starejših oseb (kot odstotek vseh oseb dane starostne skupine), ki se nahajajo v spodnjih treh decilnih razredih. Iz tabele je razvidno, da se relativni dohodkovni položaj slabša s starostjo. Tako imajo npr. osebe v starostni skupini 60 do 69 let praviloma boljši relativni dohodkovni položaj od oseb v starostni skupini 70 do 79 let itd. Edina izjema je Poljska (leta 1987). V tem letu je bilo 36,4% vseh oseb starostne skupine 70 do 79 let razvrščenih v prvih treh decilnih razredih. Delež oseb, starih 80 in več let, ki so bili dohodkovno umeščeni v prvih treh decilnih razredih, pa je bil le 29,3%. Pojav slabšanja dohodkovnega položaja v starejših dohodkovnih skupinah lahko pojasnimo z dejstvom, da mlajše starostne kohorte prejemajo višje dohodke iz dela in - posledično - tudi višje pokojnine. Druga, prav tako pomembna razlaga je, da narašča delež žensk v starejših starostnih skupinah. To povzroča slabšanje relativnega dohodkovnega položaja, kajti v bismarckijanskih sistemih socialnega zavarovanja so pokojnine, ki jih prejemajo ženske (bodisi starostne bodisi družinske pokojnine), nižje od pokojnin, ki jih prejemajo moški.

Tabela 4: Delež oseb v spodnjih treh decilnih razredih, po starostnih skupinah

Država	Starostna skupina (leta)		
	60-69	70-79	80 in več
osemdeseta			
Madžarska (1987)	36,4	56,4	58,4
Poljska (1987)	28,1	36,4	29,3
Slovenija (1983)	46,0	52,7	55,6
devetdeseta			
Madžarska (1996)	17,4	20,4	28,4
Poljska (1996)	18,5	18,8	19,0
Slovenija (1993)	37,4	48,7	52,7

Vir: Stanovnik, Stropnik, Prinz (2000).

Skupni projekt "Ekonomska blaginja starejšega prebivalstva in pokojninska reforma." Rezultati objavljeni v: Stanovnik, T., Stropnik, N., Prinz, C. (ur.): *Economic Well-being of the Elderly*. Ashgate: Aldershot.

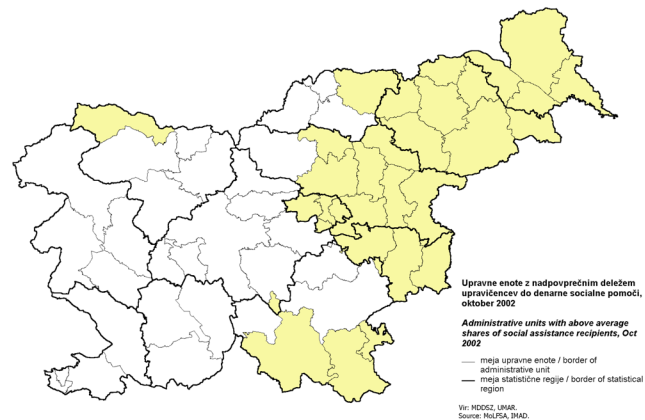
življenjski slog. Tako so gospodinjstva starih v povprečju večkrat uvrščena med revne, ker manj trošijo, čeprav razpolagajo z višjim dohodkom kot npr. mlajša gospodinjstva (Okvirček IV). Da so bila gospodinjstva starejših verjetno spoznana za preveč revna, dokazuje tudi raziskava dohodkovnih porazdelitev (Stropnik, Stanovnik, 2002), kjer ugotavljajo, da se je v obdobju 1993 do leta 1999 gospodinjstvom starejših stanje najbolj izboljšalo.

3.3 Regionalne dimenzije revščine

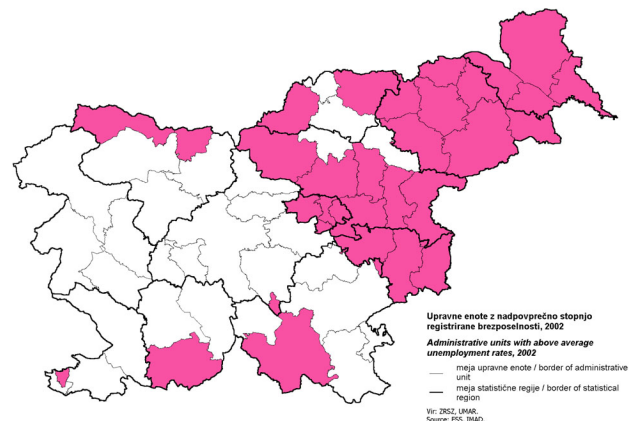
Čeprav v Sloveniji nimamo na voljo statističnih podatkov o neenakosti in revščini po regijah, pa nam lahko podatki o upravičencih do denarnih socialnih pomoči, skupaj s kazalcem brezposelnosti, pokažejo, na katerih območjih so prisotni problemi v družbenem razvoju. Podatki kažejo, da se regionalna razporeditev upravičencev/k do denarne socialne pomoči močno prekriva (Sliki 6, 7) z območji nadpovprečne stopnje registrirane brezposelnosti in podobno kot pri ostalih kazalcih delijo Slovenijo na vzhodni del z izrazitejšimi socialnimi problemi in zahodni del, kjer je tovrstnih problemov manj. Po podatkih iz oktobra 2002 je največ upravičencev do denarne socialne pomoči na 1.000 prebivalcev v pomurski regiji, ki za več kot dvakrat presega slovensko povprečje. To dejstvo ne preseneča, saj je v pomurski regiji poleg že omenjene nadpovprečne stopnje brezposelnosti še visok delež kmečkega prebivalstva z nizkimi dohodki in nadpovprečen delež starih. Posledice visoke brezposelnosti in nizkih dohodkov (izraženih v osnovi za dohodnino na prebivalca) se kažejo v visoko nadpovprečnem deležu upravičencev do denarne socialne pomoči tudi v podravski, zasavski, savinjski in spodnje-posavski regiji. Druge regije, ki so pretežno v zahodni polovici države, kažejo relativno ugodnejšo podobo. Najnižje število upravičencev do denarne socialne pomoči je v goriški regiji, ki dosega dobro četrtno slovenskega povprečja.

Če omenjenemu prikazu dodamo še podatke o prejemnikih do denarnega nadomestila in denarne pomoči za brezposelnost, pa se opisanim regijam, ki

Slika 6: Upravne enote z nadpovprečnim deležem upravičencev/k do denarnih socialnih pomoči, oktober 2002



Slika 7: Upravne enote z nadpovprečno stopnjo registrirane brezposelnosti, 2002



odstopajo od slovenskega povprečja, pridružita še koroška in gorenjska regija. Koroška regija je bila po stopnji registrirane brezposelnosti vse do leta 2002 pod slovenskim povprečjem (tako kot gorenjska), v letu 2002 pa je porasla na raven slovenskega povprečja. Za obe je značilno nadpovprečno število prejemnikov denarnega nadomestila ali denarne pomoči za brezposelnost. Na Koroškem je to posledica predvsem nizkih dohodkov in povišane brezposelnosti v letu 2002 na Gorenjskem pa specifične strukture brezposelnih (trajni presežki in veliko starejših brezposelnih).

3.4 Dohodkovna neenakost

Velika dohodkovna neenakost povzroča subjektivni občutek revščine in socialne izključenosti, nizki dohodki (ki so predvsem posledica visoke brezposelnosti) pa so eden od kazalcev revščine. Leta 1998 je 60% celotnega dohodka gospodinjstev v Sloveniji izviralo iz zaposlitve, 6% iz samozaposlitve, 25% dohodka so predstavljale pokojnine in 6% socialni prejemki.⁹ V primerjavi z letom 1993 se je delež socialnih prejemkov zvišal za 1,5 odstotnih točk, delež dohodka iz zaposlitve za 2 odstotni točki, delež pokojnin pa za 4 odstotne točke. Iz slednjega lahko posredno sklepamo, da se trend izboljševanja dohodkovnega položaja upokojenjskih gospodinjstev (Okvirček IV) nadaljuje.

Delež brezposelnih se močno povečuje v najnižjem dohodkovnem razredu

Delež dohodka se je v prvih sedmih decilnih razredih povečal (razen v tretjem decilnem razredu, kjer je ostal nespremenjen), dohodkovni deleži v zgornjih treh decilnih razredih pa so se v istem obdobju zmanjšali (Tabela 10). Tako so npr. leta 1993 gospodinjstva iz desetega decilnega razreda razpolagala z 21,4% dohodka vseh gospodinjstev, v leta 1998 pa je njihov delež padel na 19,3%. Najrevnejša desetina gospodinjstev je leta 1998 razpolagala s 3,6% dohodka vseh gospodinjstev, kar je le neznatno več kot leta 1993. V obdobju med leti 1993 in 1998 so se tako dohodki premožnejših relativno

zmanjšali, dohodki v spodnjih in predvsem srednjih decilnih razredih pa so se povečali.

V nadaljevanju predstavljamo strukturo dohodkovnih virov in dohodkovno porazdelitev treh skupin gospodinjstev, za katere je značilno visoko tveganje revščine. To so gospodinjstva z brezposelnim članom, gospodinjstva z otroki, starimi do vključno 18 let, in gospodinjstva z osebo, staro 60 let in več. *Gospodinjstva z brezposelnim članom* so bila bolj zgoščena v nižjih decilnih razredih. Še posebej izrazita je močno povečana koncentracija gospodinjstev z brezposelnim članom v nižjih decilnih razredih leta 1998 glede na leto 1993, kar pomeni, da se je dohodkovni položaj teh gospodinjstev **poslabšal**.

Ugotovitev glede zgoščenosti v nižjih dohodkovnih decilih velja tudi za gospodinjstva z osebo, staro 60 let in več. Toda za razliko od gospodinjstev z brezposelnim članom se je njihova dohodkovna situacija v obdobju 1993-1998 **izboljšala**.

Porazdelitev gospodinjstev *z otroki do vključno 18 let* po decilnih razredih pa je dokaj enakomerna, čeprav se je njihov položaj leta 1998 v primerjavi z letom 1993 **poslabšal**. Leta 1993 je bil delež teh gospodinjstev v spodnjih dveh decilnih razredih podpovprečen. Leta 1998 je to veljalo le za prvi decil, hkrati pa se je precej zmanjšal delež gospodinjstev z otrokom do vključno 18 let v zgornjih dveh decilih.

Tabela 10: Dohodkovni deleži po decilnih razredih (v %)

Decilne skupine	1993 (1)	1998 (2)	Razlika (2-1)
1	3,4	3,6	0,2
2	5,5	5,8	0,3
3	6,5	6,5	0,0
4	7,7	8,1	0,4
5	8,8	9,6	0,8
6	9,2	10,2	1,0
7	10,4	11,3	0,9
8	12,2	12,1	-0,1
9	14,9	13,6	-1,3
10	21,4	19,3	-2,1
Skupaj	100,0	100,0	0,0

Vir: Anketa o porabi gospodinjstev, 1993 in 1997-1999, lastni izračuni.
Opomba: Zaradi zaokroževanja vsota ni nujno 100% oziroma 0.

Delež gospodinjstev z otrokom do vključno 18 let med vsemi gospodinjstvi se zmanjšuje (leta 1993 je znašal 47%, leta 1998 pa 42%), delež gospodinjstev z (vsaj enim) brezposelnim članom pa se povečuje (leta 1993 14%, leta 1998 18%). Iz Tabele 11 je tudi razvidno, da se v najnižjem dohodkovnem razredu delež brezposelnih močno povečuje (leta 1993 je bilo v prvem decilnem razredu vsako četrto gospodinjstvo z brezposelnim članom/ico, leta 1998 pa že skoraj vsako drugo gospodinjstvo – 46,1%). Delež gospodinjstev z osebo, staro 60 in več let, pa

⁹ Socialni prejemki vključujejo prejemke na podlagi brezposelnosti, bolniško nadomestilo, starševsko nadomestilo, denarne socialne pomoči, prejemke na osnovi vojnih zakonov (prejemke vojnih veteranov, vojnih invalidov in žrtev vojnega nasilja), pomoč za opremo novorojenca, starševski dodatek, otroški dodatek, dodatek za nego otroka in štipendije.

se v istem obdobju ni bistveno spremenil; znašal je okoli 40%.¹⁰

V Tabeli 12 so prikazane vrednosti treh kazalcev dohodkovne neenakosti: Ginijev koeficient, percentilno razmerje 90/10 in percentilno razmerje 75/25.¹¹ Izračunani so na osnovi celotnega ekvivalentnega dohodka gospodinjstev in dohodka gospodinjstev brez socialnih prejemkov.¹²

Ginijev koeficient je naraščal vse od leta 1983, v obdobju 1993-1998 pa se je občutno znižal: z 0,2696 na 0,2356. Če ne bi bilo socialnih prejemkov, bi leta 1993 znašal 0,2915, leta 1998 pa 0,2568. Ob vsem tem pa je treba poudariti, da so spremembe v kazalcih dohodkovne neenakosti predvsem posledica počasnejše realne rasti dohodkov premožnih gospodinjstev, (čeprav ni možno z gotovostjo trditi, v kolikšni meri se statistično ugotovljeno dejstvo iz anket dejansko sklada z resničnim stanjem¹³). Ne glede na to, katero mero uporabljamo, je bila dohodkovna neenakost leta 1998 občutno manjša kot leta 1993. V primeru, ko v dohodkih gospodinjstev ne upoštevamo socialnih prejemkov (mednje ne štejemo pokojnin), je dohodkovna neenakost v obeh letih bistveno višja, torej bi bil relativni dohodkovni položaj revnejših gospodinjstev bistveno slabši, če teh prejemkov ne bi bilo. Iz tega sledi sklep, da socialni prejemki pomembno blažijo dohodkovno neenakost oziroma da je socialna politika v tem pogledu v Sloveniji učinkovita.

Tabela 11: Deleži podskupin gospodinjstev kot % vseh gospodinjstev v posameznih decilnih razredih, 1993 in 1998

Decilni razredi	Gospodinjstva z brezposelnim članom		Gospodinjstva z otrokom do vključno 18 let		Gospodinjstva z osebo, staro 60 let in več	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
1	24,3	46,1	35,2	38,5	60,0	50,3
2	24,7	34,4	45,0	42,1	55,6	52,1
3	15,2	20,2	47,0	40,8	48,6	52,2
4	14,5	19,2	54,3	49,6	38,7	37,8
5	16,7	19,6	53,5	52,0	34,3	38,3
6	14,0	10,9	49,1	46,0	40,6	42,2
7	10,5	11,7	47,2	44,5	33,7	39,4
8	6,9	8,3	47,7	42,1	31,6	31,6
9	9,0	5,3	48,5	37,2	28,8	33,8
10	4,9	3,4	42,0	27,8	20,7	31,0
Skupaj	14,1	17,9	46,9	42,1	39,2	40,9

Vir: Stropnik in Stanovnik, 2002.

Opomba: Isto gospodinjstvo se lahko pojavlja v več podskupinah.

Tabela 12: Kazalci dohodkovne neenakosti, 1993 in 1998

Kazalci dohodkovne neenakosti	1993	1998
Ginijev koeficient	0,2696	0,2356
Ginijev koeficient (dohodki brez socialnih prejemkov)	0,2915	0,2568
Percentilno razmerje 90/10	3,38	3,22
Percentilno razmerje 90/10 (dohodki brez socialnih prejemkov)	3,92	3,83
Percentilno razmerje 75/25	1,83	1,77
Percentilno razmerje 75/25 (dohodki brez socialnih prejemkov)	1,94	1,89

Vir: Stropnik in Stanovnik, 2002.

Opomba: Socialni prejemki, izvzeti iz dohodkov gospodinjstev, so: prejemki na podlagi brezposelnosti, bolniško nadomestilo, porodniško nadomestilo, denarne socialne pomoči, prejemke na osnovi vojnih zakonov (prejemke vojnih veteranov, vojnih invalidov in žrtev vojnega nasilja), pomoč za opremo novorojenca, starševski dodatek, otroški dodatek, dodatek za nego otroka in štipendije.

¹⁰ Po drugi strani pa se je precej spremenila njihova porazdelitev po decilnih razredih. Tako je bilo leta 1993 v prvem decilnem razredu 60% vseh gospodinjstev z osebo, staro 60 let in več, leta 1998 pa se je ta delež znižal na 50%. Delež teh gospodinjstev pa se je močno povečal v najvišjem decilnem razredu. Vse to pomeni, da se je dohodkovni položaj teh gospodinjstev precej izboljšal. Leta 1993 je bilo med vsemi gospodinjstvi v najvišjem decilnem razredu okrog 21% gospodinjstev z osebo, staro 60 let in več, leta 1998 pa že okrog 31%.

¹¹ Ginijev koeficient predstavlja dvakratnik ploščine med Lorenzovo krivuljo in krivuljo (premico) popolne dohodkovne enakosti. Vrednost koeficienta je med nič in ena. Vrednost nič zavzame, ko Lorenzova krivulja sovpada s krivuljo popolne enakosti, vrednost ena pa takrat, ko ena sama oseba (ali eno samo gospodinjstvo) prejema ves dohodek. Razmerje 90/10 (dostokrat poimenovano tudi decilno razmerje) kaže razmerje med ekvivalentnim dohodkom gospodinjstva (ali osebe) devetdesetega percentila in ekvivalentnim dohodkom gospodinjstva (ali osebe) desetega percentila. Gospodinjstvo devetdesetega percentila je tisto gospodinjstvo, od katerega ima 10% gospodinjstev višji ekvivalentni dohodek, gospodinjstvo desetega percentila pa je gospodinjstvo, od katerega ima 90% gospodinjstev višji dohodek. Razmerje 90/10 torej bolj upošteva ekstremske dohodkovne porazdelitve, razmerje 75/25 pa sloni na manj ekstremnih točkah v dohodkovni porazdelitvi.

¹² Za definicijo glej opombo 9.

¹³ Nedvomno je izmerjena nižja realna rast dohodka premožnih gospodinjstev tudi posledica manjše pripravljenosti teh gospodinjstev, da bi anketarjem zaupali podatke o dejanski višini svojih dohodkov.

Okvirček V: Globalizacija – “strah, ki hodi po svetu”

Družboslovna znanost je zadnje desetletje označila za leta novih tveganj in nevarnosti, ki se zdijo celo močnejši od izzivov nadaljnje modernizacije z vsemi znanstvenimi, tehnološkimi, kulturnimi novostmi in spremembami. Globalizacija se je v desetih letih, odkar o njej govorimo, prelevila iz obeta emancipacije v “strah, ki hodi po svetu”, kot pravi znani nemški sociolog Ulrich Beck (1998: 28). Gospodarski in družbeni razvoj vsepovsod po svetu beži iz okvirov državnih politik in se organizira na globalni ravni. Socialne posledice tega procesa vse bolj padajo na pleča posameznih držav. Države pa analogno zopet “redelegirajo” socialne posledice globalizacije na še nižje lokalne ravni. Končno se velikanska teža socialnih stroškov globalizacije in modernizacije znajde na plečih posameznikov, njihovih družin in drugih ad hoc vzpostavljenih socialnih mrež.

Tudi zato je posameznik postal “strateško mesto” novih družbenih delitev. Prevzema čedalje večji del družbenih stroškov in bremen nove modernizacije in globalizacije. Vse to razbija solidarnostne institucije v družbi, ki niso zasnovane na jasni logiki dobička in izgub, tako tudi “podporno mrežo”. Ljudje so tako rekoč prisiljeni k individualnemu stilu življenja, dela, učenja itd. Zdi se, kot da posameznik neposredno postaja mesto križanja in posredovanja zasebnega in javnega, splošnega in posebnega interesa.

Dr. Mirjana Ule

Človekov razvoj kot možnost

»Dolžnost, ki jo imamo zaradi trajnosti, ni ta, da bi potomstvu zapustili kakšno posebno stvar, temveč da jim predamo tisto, kar je potrebno, da bodo dosegli vsaj tako dobro življenjsko raven, kakršna je naša, in podobno poskrbeli za naslednjo generacijo.«

/R. Solow, 1992:15/

Postopno in vztrajno izboljševanje vrednosti razvojnih indeksov kaže počasen, a ustaljen in pozitiven razvojni trend Slovenije. Kljub temu pa Slovenija ostaja po ključnih dimenzijah indeksov oddaljena od točke maksimalne družbene razvitosti (=1), ki se ji po vseh omenjenih indeksih tudi v letu 2000 najbolj približajo Norveška, Švedska in Kanada¹⁴.

Čeprav se vrednosti vseh razvojnih indeksov povečujejo, Slovenija v svetovnem merilu še vedno najbolj zaostaja po pričakovani dolžini življenja - enem od sumarnih kazalcev zdravja. Wilkinson (v: Annandale, 1998: 94-95) npr. ugotavlja, da obstaja prag, kjer absolutni dvig življenjskega standarda v neki družbi ni več povezan s podaljšanjem pričakovane dolžine življenja posameznika/ce. V družbah, ki tak prag blaginje presežejo, postanejo ključni dejavniki zdravja relativne družbene razlike. To nas je spodbudilo, da tokratno Poročilo namenimo vprašanju socioekonomske pogojenosti zdravja.

Vendar moramo biti pri tovrstnih, zgoj na indekse oprtih interpretacijah previdni. Razvoja namreč ne določajo samo v indekse zajeti kazalniki. Celotne ocene razvitosti pač ni mogoče podati skozi en sam statistični

artefakt, ne glede na njegovo dodelanost. Zato mora, če hočemo seči dlje in podrobneje analizirati človekov razvoj, v tem kontekstu vrednost poročanja o človekovem razvoju seči čez koristnost ozko utemeljenega indeksa človekovega razvoja. Seči moramo k podrobnejšim informacijam, ki nam jih ponuja dinamična realnost. Seveda so taki in drugačni indeksi koristni pripomočki za praktično delo, saj ponujajo alternativo splošnemu žarišču pozornosti (ko se razvitost npr. meri zgolj z gospodarsko rastjo). Obenem so indeksi pomembni za interpretacijo, saj omogočajo relativno vrednotenje razvojnih stanj in trendov. Vendar pa ne sme prevladati mehanično branje “ene resnice”, ker bi nam tako ušle druge pomembne resnice, ki nam jih riše avantura desetletja - tranzicija. Človekov razvoj je namreč pluralistični in obenem integralni koncept, ki združuje različne dimenzije razvoja z gospodarsko

rastjo. Vrednotenje razvoja mora zato temeljiti na pluralnosti pozornosti. Ne nazadnje se, medtem ko si ga ogledujemo, spreminja tudi svet sam.

Ekonomska aktivnost v okvirih razumevanja človekovega razvoja sicer ostaja temelj in pomembna determinanta delovanja in razvoja. Vendar ne vsaka – pomembni sta tako njena struktura kot kakovost. Politiki in drugi so kar prepogosto očarani z velikostjo gospodarske rasti. Razvoj se namreč pogosto enači kar z gospodarsko rastjo. Le-te pa ne spremlja nujno tudi rast zaposlovanja, manjša neenakost, večja stopnja demokratizacije družbe ipd. In ni nujno, da taka (hitra) gospodarska rast upošteva princip trajnosti. Narobe: lahko se je celo večala na račun brezobzirnosti in škode, ki je bila pri tem povzročena okolju in posameznikom/cam tako sedanjih kot prihodnjih generacij.

Razvoj, kakor ga določa paradigma človekovega razvoja, ima vse karakteristike trajnostnega razvoja. Ideja trajnosti, ki usmerja človekov razvoj, odseva temeljno prepričanje, da moramo biti pozorni tako na interese prihodnjih kot tudi na interese sedanjih generacij. Uveljavljanje človekovega razvoja v sodobnem svetu je zato treba povezati z varovanjem njegovih rezultatov za prihodnost¹⁵. Šele v tem primeru lahko govorimo o *zdržnem (trajnostnem) človekovem razvoju*. Vendar pa v skrbi za prihodnje generacije ne smemo spregledati zahtev in potreb današnjih. To bi bila kršitev univerzalističnega načela: biti obseden z medgeneracijskimi (ne)enakostmi, ne da bi se obenem lotevali znotrajgeneracijskih problemov. Skrbeti moramo za enake možnosti v tem trenutku – da jih bodo ljudje deležni v različnih časovnih obdobjih.

¹⁴ Kanada je prva presegla vrednost HDI 0,9.

¹⁵ Vprašanje ostaja, katera (družbeno) diskontna mera izenači sedanje stroške s prihodki. In - ali upoštevamo *use* stroške?

ČLOVEKOV RAZVOJ IN ZDRAVJE

1. Umeščenenost zdravja v družbeni kontekst

*Salus rei publicae lex maxima**

Zdravje je družbeno definiran fenomen¹⁶ in dinamičen koncept. Zaradi tega definicija in merjenje zdravja nista dorečena in ne poznamo enotne definicije, le konsenzualne oziroma dogovorne. Gledano širše, koncept zdravja zato razvrščamo v enega od naslednjih konceptualnih modelov ali pa v kombinacijo le-teh:

- zdravje kot zunanje in notranje ravnotežje organizma
- kot odsotnost bolezni
- kot zmožnost delovanja
- kot znak blaginje.

Ottawska listina (1986) navaja, da človekovo zdravje v veliki meri sodoločajo zagotovljene osnovne življenjske možnosti in viri, kot so primeren prostor za bivanje, hrana, delo, izobrazba, dohodek, mir,

socialna pravičnost, enakopravnost in ekološka uravnoveženost. Sodobne teoretične opredelitve razumevanja zdravja se tako pogosto navezujejo na kombinacijo zgoraj omenjenih modelov. V ospredju je namreč celovito razumevanje zdravja, ki je opredeljeno kot stanje 'popolne fizične, psihične in družbene blaginje' (SZO 1948; Declaration of Alma-Ata, 1978).

O zdravju lahko govorimo v okvirih multidimenzionalnih modelov razumevanja zdravja. Omenjene definicije opozarjajo na medsebojno povezanost posameznikovega zdravja in zunanjih dejavnikov, ki ga opredeljujejo. Čeprav novejši socio-ekološko-ekonomski modeli razvoja zdravja že presegajo dilemo individualnega delovanja nasproti nadindividualnim družbenim strukturam, pa se medijska produkcija in sistemska naravnost poudarjeno navezujeta na ekskluzivistični koncept odgovornosti, tj. individualne odgovornosti posameznika/ce za lastno

* Blagostanje družbe – najvišji zakon.

¹⁶ Zaradi družbene pogojenosti koncepta zdravja so v različnih družbah sprejeta različna merila in ocene zdravja. Odvisno od 'stopnje (ne)razvitosti', od ekonomskih pogojev ipd. Glej Okvirček II.

Okvirček VI: Zdravje kot vrednota in problem mladih

Raziskave mladih, ki smo jih v zadnjem desetletju opravljali v Sloveniji, kažejo, da se postopno spreminja register pglavitnih vrednotnih orientacij mladih (Ule, 1996). V zgodovinskem oblikovanju sodobne urbane mladine se je namreč močno spremenil tudi sam proces prisvajanja, oblikovanja in razumevanja vrednot, norm in življenjskih ciljev. Na mesto velikih vrednot, ki so bile oprte na močne ideologije (politika, religija, nacionalna vezanost), stopajo vrednote, ki so bližje posamezniku in njegovemu osebnemu izkustvu (materialna in socialna varnost, prijateljstva in odnosi, zdravo okolje, kvaliteta vsakdanjega življenja). V analizi vrednotnega prostora narašča pomen "družbeno korektnih" vrednot (zdravje, red in stabilnost, družinsko življenje).

Stvari, ki so lahko pomembne v življenju, oz. h katerim težimo (v %)

	Zelo	Srednje	Nepomembna
Zdravje, dobro počutje	93,9	5,3	0,8
Resnično prijateljstvo	93,4	6,3	0,3
Varnost moje družine	91,3	7,9	0,8
Mir v svetu brez vojn in konfliktov	83,0	14,0	3,0
Svoboda delovanja in mišljenja	81,4	17,6	1,0
Varovanje narave	71,3	26,8	1,9
Red in stabilnost v družbi	63,0	34,0	3,0
Svet lepega, lepa narava, umetnost	60,0	36,0	4,0
Varnost mojega naroda	57,9	33,4	8,7
Materialne dobrine, denar	48,1	46,9	4,9
Ustvarjalnost, originalnost, fantazija	48,8	45,1	6,2
Vznemirljivo življenje	47,2	46,1	6,7
Ohranjanje tradicionalnih vrednot	32,3	54,2	13,5
Biti avtoriteta, voditelj/ica	15,7	57,4	26,9
Imeti moč nad drugimi	11,6	50,5	37,9

Vir: Mladina 98 (odgovori dijakov in dijakinj 8. razredov osnovnih šol v Sloveniji); N = 1687

Oblikovanje vsakdanjega življenjskega in vrednotnega sveta je za mlade danes del vsakdanjega iskanja ravnotežja med osebnimi željami in pričakovanji ter možnostmi in zahtevami družbe. Ravnotežje pa je v sodobnem svetu vedno znova le pogojno in izpostavljeno številnim tveganjem. V iskanju samoizpolnitve mladi ljudje potujejo na vse konce sveta, puščajo se prešolati, se postijo, ukvarjajo se s športom,

spreminjajo telesno podobo in modne stile. Obsedeni z željo po samoizpolnitvi se trgajo od zemlje, da bi ugotovili, ali so njihove korenine resnično zdrave.

Zdravja kot najpomembnejše vrednote mladih seveda ne moremo razumeti dobesedno. Zdravje na vrhu vrednostne lestvice je simbolni odgovor na mnoge dimenzije življenja mladih;

- Vrednota zdravje je zunanji znak novo razvijajoče se etike "dolžnosti do samega sebe". Gre za novo etiko individualizacije, ki se zdi popolno nasprotje tradicionalni etiki, sloneči na dolžnostih do drugih in družbe. Zato lahko vzbujajo vtis egoizma in narcisizma. Vendar se v tem kaže nekaj novega, ker ne izključuje občutljivosti do drugih.
- Vrednota zdravja je tudi odgovor na nova tveganja vsakdanjega življenja, ki jih vsebuje in odkriva sodobna družba, npr. ekološka in prehranska tveganja.
- Strah pred boleznimi pomeni tudi ponotranjanje strahov odraslih, staršev, pedagogov, družbenih institucij, ki so v skrbi za zdravje našli novo sredstvo pritiska in prisile na posameznika in posameznico in ki včasih že meji na moralno paniko.
- Osrediščenost okrog zdravja pomeni tudi redukcijo kompleksnosti problemov, v katerih so se znašli mladi ljudje danes. Mladi se odzivajo tako, da zožujejo probleme na takšne, ki so jim osebno, zlasti telesno blizu. Povečana pozornost na svoje zdravje in psihofizično kondicijo je tipična za to obliko redukcije kompleksnosti. Močno jo podpirajo tudi popularni mediji s populariziranjem predstav o zdravem mladem telesu itd.

Mladost je življenjsko obdobje, ki prinaša velike razvojne in integracijske naloge. Večina mladih uspešno opravi prehod v odraslost. Kljub težavam zaradi vse manjših delovnih priložnosti in splošne negotovosti glede prihodnosti obdržijo ti mladi občutek smiselnosti in osebne integritete. Za pomembno manjšino pa je "družba tveganja" negativni dvojniki informacijske družbe. Izginjanje "družbenega reda", podpornih omrežij in gotovosti, ki so povezane z njimi, povzroča negotovost in povečano ranljivost mladih. Na vprašanje o tem, kaj so pglavitni problemi mladih, so nam mladi v devetdesetih letih sporočali, da so največji problemi, povezani z zaposlovanjem in ekonomskim osamosvajanjem (Ule, Miheljak, 1995; Ule idr., 1996). V raziskavi mladih, ki smo jo opravili leta 2000 na splošni populaciji med 16. in 29. letom, pa so mladi nenadoma kot največja problema izpostavili bolezen, invalidnost ter pomanjkanje prostega časa.

Strah pred boleznijo in skrb za zdravje danes ni zgolj osebni interes posameznika, temveč prerašča v družbeno normo. Zdravje pa predstavlja vrednoto, ki v nekaterih potezah predstavlja sekularizirano obliko vsakdanje religije. Skrb za zdravje in psihofizično kondicijo predstavlja srednjo komponento individualiziranega življenjskega stila posameznika in posameznice, ki se umešča tik poleg skrbi za telesni izgled posameznika in posameznice. Kratkoročna in dolgoročna skrb za zdravje ni zgolj zaželeno usmeritev posameznika, temveč je učinek družbene norme in ponotranjenih družbenih pritiskov na ljudi. Osnovni vzrok je, da je v individualizirani družbi posamezniku naložena skrb za to, kako razvija svoje osebne potenciale in jih spreminja v razne oblike kapitala (ekonomski, psihosocialni, kulturni kapital). Če ne skrbi za svoje potenciale in jih ne kapitalizira,

Nekaj možnih problemov mladih. Za vsakega od njih povej, v kolikšni meri velja zate...

	Zelo velja	Srednje	Ne velja
Bolezen, invalidnost	40,5	24,3	34
Pomanjkanje prostega časa	37,3	33,7	28,8
Pomanjkanje denarja	33,6	38,8	27,5
Stanovanjski problem	30,8	20,5	46,8
Strah pred izgubo zaposlitve	24,1	24,9	36,8
Bojim se, da se ne bom mogel/la zaposliti	19,5	22,5	47,7
Strah pred neuspehom v šoli, službi, poklicu	19,1	36,9	43,2
Spolnost	12,8	20,9	65
Osamljenost	9,1	17	72,6
Bojim se, da bi bil/a odvisen/na od drog	4,5	3,3	90,7

mu hitro grozi socialna izločitev in marginalizacija. Mladi zgodaj prepoznajo in zaznajo te zadalžitve, najprej kot norme vsakdanje kulture, potem pa še kot nujne naložbe za prihodnost.

Rezultati raziskave mladih torej v celoti kažejo, da mladi spreminjajo identiteto in socialne vloge. Duh časa se je v zadnjih letih spremenil. Zahteva spremembe identitetnega kategorialnega aparata, vendar ne na področju uspešnih identitet, temveč na področju neuspešnih identitet (Giddens, 1991). Procesi individualizacije in spremenjeni družbenoekonomski odnosi mlade ljudi silijo v tak razvoj identitete, ki bi ga po prejšnjih merilih lahko označili kot

neuspešno identiteto (Ule, 2000). Rezultati raziskav tudi kažejo, da mladi v svojem identitetnem delu niso prav nič ekspanzivni, temveč prej defenzivni. Usmerjajo se manj k eksperimentom ali inovacijam in bolj k simulacijam različnih stereotipov normalnosti in to kljub temu, da izhajajo iz zelo različnih izhodiščnih situacij. Zanimivo je, da tudi drugi raziskovalci v Evropi poročajo o vse pogostejši težnji mladih po "normalnosti"; mladi želijo "normalno življenje", "normalen zaključek šolanja", "normalno službo" in zdravje. Mladi želijo varnost in zdravje pomeni varnost, gotovost, normalnost. Nimajo nenavadnih idej niti nenavadnih želja. Te podatke lahko razložimo kot novo preusmeritev k splošnim življenjskim normam odraslih, h katerim sodi majhen odklon od realnosti in demonstrativno vztrajanje pri normalnosti. Zdi se, kot da podatki raziskav govorijo: "Nisem nič posebnega in tudi nočem biti kaj posebnega. Poskušam le doseči, da jemljem stvari takšne, kot so, vendar lahko vsak čas vse postane drugačno".

Želja po normalnosti je lahko izraz spremenjenih družbenoekonomskih okoliščin. Lahko je normalnost postala nekaj, kar je komajda mogoče doseči. Lahko je tudi zatočišče pred "terorjem individualizacije". Obenem je tudi izraz individualističnega samozavarovanja v smislu: moja individualna rešitev mojih življenjskih problemov ni v celoti gledano nič boljša, pa tudi nič slabša, kot so rešitve drugih. V tem je možnost "priznavanja različnosti", povezanosti med ljudmi kljub njihovim individualnim razlikam. Vsekakor pa odraščanje in oblikovanje identitete mladih vsebuje vse manj igrivosti, prej se zdi nek posebni "krizni menedžment", s pomočjo katerega se mladi želijo izogniti tveganjem, in skozi to ugotovitev je treba razumeti dejstvo, da je največji problem mladih nenadoma strah pred boleznimi in najvišja vrednota zdravje.

Dr. Mirjana Ule

zdravje. Pričakuje se, da posameznik/ca, ne glede na (ne)primerljivost materialne in politične moči, suvereno nadzoruje in obvladuje visoko kompleksno družbeno okolje.

Kontradiktorni splet okoliščin (ekonomska kriza, politizacija idej o družbeni produkciji bolezni, kritike medicine in prepričanja, da je zdravstvena oskrba pravica slehernega posameznika/ce) je omogočil nastanek nove ideologije: individualne odgovornosti za zdravje (Crawford, 1977: 665). 'Zdrav način življenja' je postal magični recept za dolgo življenje in razumevanje zdravja, zapolnjeno z ideološkimi zahtevami. Pri tem pa so spregledana družbena tveganja za zdravje, kot so družbena izključenost, družbena neenakost, bivanje v bližini virov onesnaženja ali v objektih, zgrajenih iz ekološko oporečnih materialov, izpostavljenost strupenim snovem na delovnem mestu, karcinogeni dodatki v hrani, mutageni dodatki v kozmetičnih sredstvih in sploh vse nepredvidene in nezaželene posledice (tehnološkega) napredka v moderni dobi (Tivadar, 1996). Zdravje v

družbi je zato mogoče celovito predstaviti le skozi kompleksno in prepletajočo se optiko:

- (ocen) telesnega in duševnega stanja
- prisotnosti škodljivih/koristnih razvad/navad
- družbene blaginje
- družbene diferenciacije
- družbene kohezije
- družbene vključenosti.

Izbrani miselni model nato določa merske instrumente. V grobem lahko kazalce zdravja ločimo na *objektivizirane* in *mnenjske*. Vsak tak specifičen kazalec zase pa ponuja le omejeno informacijsko zalogo. Objektivizirani kazalci so običajno omejeni na prisotnost bolezni; tj. merijo zdravje v njegovi odsotnosti - kar je svojevrsten paradoks, saj večina teh kazalcev meri zdravje z negativne strani kontinuuma. Te kazalce lahko opredelimo kot *pozitivne* ali kot *negativne*. Negativno opredeljenih kazalcev je vsekakor več. Med njimi so najbolj indikativne *stopnje umrljivosti*, ki so sicer že sestavni del kazalca pričakovane

'Zdrav način življenja' je postal magični recept za dolgo življenje

dolžine življenja in tako del pozitivno opredeljenih kazalcev. Pozitivno opredeljeni kazalci zdravja pa so razmeroma redki, kar je posledica boljše statistike bolezni kot statistike zdravja in preohlapnih definicij zdravja. Med njimi je najpogosteje uporabljena *pričakovana dolžina življenja*. Po drugi strani pa *samoocena zdravja* kot mnenjski kazalec velja za enega močnejših kazalcev zdravja, saj je močno povezana z objektiviziranimi kazalci zdravja in življenjskih razmer prebivalstva. Čeprav gre za subjektivno oceno, je ta nekakšna zmes posameznikovega videnja družbenih, bioloških in psiholoških dimenzij zdravja in posameznik/ca vanjo na sebi lasten način vključuje elemente medicinske diagnoze, njenega trajanja, silovitosti in simptomov, funkcionalnih zmožnosti, zaznave blagostanja in sposobnosti soočanja z življenjskimi situacijami, osebni odnos in optimistično/pesimistično naravnost ter lastno skrb za zdravje.

Z omenjenimi kazalci torej "merimo" zdravje posameznika/ce, posamezne družbene skupine ali pa kar celotne populacije. S pomočjo razvitega merskega instrumentarija prikazujemo in merimo tudi zdravstvene vire. Omenjeni kazalci kažejo porazdelitev zdravstvenih virov ter zdravstveni standard v posamezni državi.

Poudarek 4: Javnozdravstveni informacijski sistem

Živimo v obdobju tranzicije, ko v Sloveniji tudi na področju zdravstva vzpostavljamo nove baze podatkov in iščemo možnosti povezovanja med njimi. Srečujemo se s težavami v definiranju spremenljivk, v povezovanju podatkov med različnimi bazami podatkov in z naporji pri vzpostavljanju skupnega informacijskega sistema. Upamo, da bomo tovrstne ovire čim prej uspešno premostili, kajti tovrstna dokumentacija bi pripomogla k boljšemu razumevanju zdravstvenih problemov in spodbudila potrebne spremembe v zdravstveni politiki. Pri tem bi radi opozorili tudi na napake, ki se praviloma pojavljajo pri vsaki uporabi statističnih podatkov. Kljub še tako skrbnemu analiziranju in vrednotenju podatkov ostane del napak prisoten tudi po objavi, zato mora biti uporabnik/ica pri rokovanju z izsledki pozoren/na. Velik sistem zbiranja podatkov, kar javnozdravstveni informacijski sistem nedvomno je, vedno spremljajo tudi dvomi o ustreznosti in pravilnosti podatkov. Nepopolnosti, nepravilnosti ali nerazumljivosti v zvezi s podatki nas lahko zavedejo v napačne zaključke oziroma v pristranost. Zavedati se moramo, da je v javnozdravstvenem informacijskem sistemu zelo veliko udeležencev (dajalci informacij - npr. bolniki; obdelovalci informacij - npr. službe informacijske podpore; uporabniki informacij - npr. zdravniki, zdravstveni politiki; inšpektorji - kontrolorji zakonitosti rokovanja, posredovanja, shranjevanja ter distribuiranja podatkov) ter da vsak med njimi lahko tako ali drugače prispeva h kakovosti, zanesljivosti in ažurnosti informacij. Glede na to, da je javnozdravstveni informacijski sistem javna dobrina, so si dolžni vsi udeleženci v sistemu prizadevati za čim bolj kakovostne informacije, kar pa v praksi ni vedno doseženo.

Mnenje, da je zdravje zgolj družbena in ne tudi ekonomska zadeva ter da razporejanje virov, postavljanje prioritet ter druga ekonomska načela na tem področju ne pridejo v poštev, je napačno. Če bi namreč želeli zagotoviti vsem ljudem zeleno zdravljenje, nobena družba na svetu ne bi imela zadosti virov. Zato je določanje prioritet in uporaba ekonomskih načel tudi na področju zdravstva nujna. V zadnjem desetletju se je potreba po ekonomskih analizah v zdravstvu močno povečala: uporablja se pri razporeditvi virov, postavljanju prioritet, planiranju, oblikovanju cen, vpeljavi zdravil na trg itd. Ekonomska evalvacija omogoča rangiranje zdravstvenih storitev glede na njihovo relativno učinkovitost. Osnovna definicija ekonomike, ki govori o redkih virih in neskončnih potrebah prebivalstva, v zdravstvu dobi še posebno težo. Vendar pa je potrebno pri vsakem določanju prioritet v zdravstvu upoštevati, da so zdravstvena vprašanja pomembna in občutljiva, zato se pri določanju prioriteten zdravstvenih programov ne moremo ozirati le na kratkoročno učinkovitost, pač pa moramo upoštevati tudi druga načela, kot npr. solidarnost in pravičnost. Vendar mora biti prva prioriteta izboljševanje zdravja; pri tem bodo ob določenih investicijah nastali verjetno največji prihranki.

Slovenija je država, ki skuša v kar največji meri omogočiti vsem državljanom/kam univerzalen in pravičen dostop do dobrih zdravstvenih storitev. Ta odločitev izhaja iz naslednjih vrednot in načel:

- v središču pozornosti so ljudje
- zagotavlja se splošen dostop, kar pomeni univerzalno zdravstveno varstvo, ki se ozira na potrebe ljudi in ne na njihov materialni status
- zagotavlja se pravičen dostop, kar pomeni dobro zdravstveno oskrbo pod enakimi pogoji za vse ljudi, ne glede na njihove socialne okoliščine ali kraj prebivališča
- zdravstveno varstvo je v pristojnosti javnega sektorja, temelji na solidarnosti, kolektivnih in ne toliko individualnih pravicah
- financiranje zdravstva temelji na principu solidarnosti in trajnosti, ne glede na to, ali se denar zbira preko davkov, prispevkov socialnega

- zavarovanja ali kot kombinacija obojega zdravstvena dejavnost temelji na raznolikosti ponudnikov zdravstvenih storitev – javnih, nepridobitnih in zasebnih organizacij – v skladu s cilji in vrednotami slovenske družbe.

Postavljanje prioritet na osnovi učinkovitosti programov je za marsikoga etično sporno. Narava nudenja zdravstvenih storitev je namreč taka, da prevladujejo etična načela, ki so vezana na pojme, kot so enakost, solidarnost in pravičnost. Kljub vsemu pa je etično še bolj sporna suboptimalna razporeditev redkih dobrin, predvsem zaradi pomanjkanja finančnih sredstev. Zato je zasledovanje ekonomskih ciljev nujno tudi na področju zdravstva. Zahtevo po večji učinkovitosti na strani izvajalcev postavlja tudi program "Zdravje za vse do leta 2004", kar bi lahko prevedli v zahtevo po doseganju največje možne učinkovitosti pri razporeditvi razpoložljivih virov (Nacionalni zdravstveni program RS, 2000). Nacionalni zdravstveni program naj bi s tem zagotavljal, da bodo odločitve o smeri razvoja zdravstva in obsegu zdravstvenih storitev temeljile na analizi tako zdravstvenih, ekonomskih kot tudi družbenih stroškov in koristi.

Za prikaz gibanja zgoraj omenjenih objektiviziranih kazalcev smo uporabili statistične podatke, za pridobitev približne slike pozitivno opredeljenega zdravja pa tudi mnenja prebivalcev in prebivalk Slovenije o njihovem občutenju zdravja. Za prikaz prvih smo uporabili obstoječe podatkovne baze Statističnega urada RS, Inštituta za varovanje zdravja, Svetovne zdravstvene organizacije – Regionalnega urada za Evropo in Razvojnega programa Združenih narodov. Obenem v tem Poročilu prvič objavljamo in uporabljamo tudi delne rezultate obširne raziskave socioekonomskih determinant vzorcev umrljivosti v Sloveniji. Za prikaz drugih pa smo uporabili izsledke raziskav Slovenskega javnega mnenja¹⁷. Pri oblikovanju potrebne podatkovne baze smo se soočili s številnimi pomanjkljivostmi obstoječih vhodnih podatkov; predvsem zaradi

(ne)primerljivosti definicij in časovnih vrst. Zato smo, kadar smo predstavljali kazalce, ki se nanašajo le na Slovenijo, uporabili slovenske virov. Kadar pa je šlo za mednarodne primerjave, smo ustrezno uporabili omenjena mednarodna vira. Od tod tudi morebitna (sicer minimalna) razhajanja v posameznih podatkih.

V tem delu Poročila smo se omejili na prikaz tistih kazalcev, ki lahko, po našem mnenju, prikažejo sliko zdravja-bolezni v kontekstu družbenega razvoja v Sloveniji, pri čemer ni namen ekspertiza zdravstvenega stanja slovenskega prebivalstva. Z vidika človekovega razvoja, katerega pomembna določilnica je zdravje prebivalstva in družbe same, pa smo poskušali primerjati najpomembnejše kazalce z drugimi državami (Slovenija v prostoru) ter njihovo gibanje v turbulentnem obdobju razvoja v zadnjem desetletju (Slovenija v času). Pri tem smo vključevali druge države glede na več kriterijev: sosednje države, države, ki smo jim podobni po razvoju, in države, ki jim želimo biti podobni.

Za vsemi kazalniki družbenih razmer in socioekonomskega stanja posameznika/ce se plete mreža povezanosti ne le z zdravjem, temveč tudi med njimi samimi in odzivi nanje. Šele ko to mrežo spoznamo pobliže, se lahko nanjo odzovemo s primernim spletom javnih politik. Naš namen ni podati popolne ocene zdravja v Sloveniji. Kljub temu poskušamo osvetliti znana dejstva z drugih, doslej morda manj znanih perspektiv. Podrobnejše analize dejstev in pojavov, ki so odraz stanja v danem trenutku in prostoru in ki jih predstavljamo v Poročilu, pa naj služijo kot osvetlitev pomembnih točk nadaljnega raziskovanja zdravstvenih sociologov/inj, socialnih medicincev/k, epidemiologov/inj, zdravstvenih ekonomistov/k in drugih strokovnjakov in strokovnjakinj tega področja.

Pozitivno opredeljeni kazalci zdravja so razmeroma redki

Številne pomanjkljivosti obstoječih podatkov

¹⁷ Raziskava Slovensko javno mnenje (SJM) je vodilni slovenski empirični družboslovni projekt, ki poteka od leta 1968. Izvaja jo Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij pri Fakulteti za družbene vede v Ljubljani (CJM). Raziskava je namenjena spremljanju stališč in ravnanj prebivalcev/k Slovenije skozi več desetletij. Anketa SJM se izvaja na način osebnega intervjuja. Vzorec anketirancev je narejen na način slučajnega izbora iz Registra prebivalcev s stalnim bivališčem v Sloveniji. Je reprezentativen za populacijo Slovenije od vključno 18. leta starosti naprej. Velikost vzorca se giblje med 1000 in 1100 realiziranih enot. Glavni uporabniki podatkov iz raziskav SJM so družboslovni raziskovalci, učitelji in študentje, državna administracija ter mediji. Projekt financira Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport.

2. Socioekonomske determinante zdravja

Akumuliranje tveganj in stresov pri nižjih slojih

Zdravje je *rezultat* dejavnikov, ki posameznika/co spremljajo vse življenje. Že skoraj poldrugo stoletje se raziskovalci/ke s področja socialne medicine in zdravstvene sociologije ukvarjajo z vprašanjem, kateri dejavniki so za zdravje najpomembnejši – biološki, geografski ali socioekonomski. Tako zastavljeno vprašanje je le poskus najti univerzalne etiološke dejavnike, s pomočjo katerih bi pojasnjevali vse zdravstvene pojave v *vseh* zgodovinskih obdobjih, medtem ko je v realnosti zdravje vedno umeščeno v konkreten družbeni kontekst. Kljub tej kompleksnosti pa se postavlja vprašanje, kako različne statične (spol) in dinamične dimenzije socioekonomskega stanja posameznika/ce (starost, dosežena raven izobrazbe, dohodek, poklic, socialna neenakost) vplivajo na njuno zdravje. Zdravje je, kot rečeno, vpeto v družbeni kontekst, in različne socioekonomske deprivacije imajo večdimenzionalne posledice; ena izmed njih je lahko tudi slabše zdravje.

Značilnost socioekonomskih pomanjkanj je njihova trajnost

Dohodek in z njim povezana potrošnja v moderni družbi ne služita le zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb, ampak zagotavljata tudi identiteto. Taka (psihosocialna) interpretacija upošteva vplive strukturalnih, politično-ekonomskih procesov, in z njimi materialne okoliščine vsakdanjega življenja, ki sooblikujejo neenakost, še preden se ta dejansko občuti na individualni ravni. Družbena neenakost (tako absolutna kot relativna) povzroča akumuliranje tveganj in stresov pri nižjih slojih in koncentracijo priložnosti pri višjih (Müller, Nemeth, Toš, 2002:21).¹⁸ Npr. posameznikom/cam in gospodinjstvom razpoložljivi dohodek tako poleg družbenega statusa in (občutka) varnosti omogoča tudi potrošnjo različnih dobrin,

preko katerih je dohodek dejansko povezan z zdravjem. Z njimi se posameznik/ca ali gospodinjstvo zoperstavi morebitnim neugodnim življenjskim okoliščinam. Dohodek se namreč skozi vso svojo porazdelitev pri prebivalstvu navadno pokaže kot dober kazalec (ustreznosti) prehrane, bivalnih razmer in, predvsem v državah z bolj tržnim načinom financiranja zdravstvenega sistema, tudi dostopa do ustrezne zdravstvene oskrbe.

Pri tem se izkaže, da ima stalno pomanjkanje in življenje v revščini mnogo hujše posledice za zdravje kot občasne epizode materialne deprivacije. Nizki dohodki, nizka izobrazba in kvalifikacija so praviloma trajna stanja. Družbeno pogojeni stresi se sčasoma pretvorijo v fiziološke bolezenske simptome.¹⁹ V nadaljevanju nas tako zanima neposredna zveza med kazalci družbenih razlik ter kazalci zdravja.

2.1 Socioekonomski kazalci

Dohodkovno stanje

Vprašanje vpliva dohodkovne neenakosti na zdravje je eno najbolj kontroverznih raziskovalnih področij. Dohodkovna neenakost je med drugim tudi pokazatelj historigičnih procesov, ki so vplivali na (pod)investiranje v človeško, fizično, zdravstveno in socialno infrastrukturo. Wilkinson npr. ugotavlja (1997), da pričakovana dolžina življenja ob rojstvu ni najvišja v državah, ki imajo najvišji BDP na prebivalca, ampak v tistih, kjer je dohodek porazdeljen najbolj egalitarno (kar kaže tudi Slika 8). Vpliv dohodkovne neenakosti kot statistični artefakt, ki nastane zaradi uporabe agregatnih podatkov, je ovrednotil Gravelle (1998). Vendar pa ugotavlja, da dohodkovna neenakost sama po sebi ni odločilni dejavnik zdravja. Kot kažejo

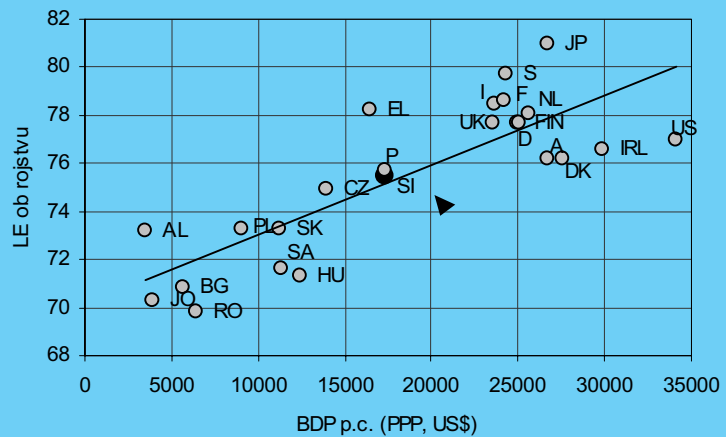
¹⁸ Teh je več vrst: senzorični stresi (močna svetloba, hrup), stresi dosežka (delovne naloge), socialni stresi (pomanjkanje zasebnosti ali pretirana osamljenost, izolacija), okoljski stresi (hrup, umazanija, strupene snovi), stresi odločanja (konflikt ciljev), strah pred prihodnostjo. Tudi socioekonomska spremenljivka 'poklic' se kaže kot eden ključnih generatorjev socioekonomskimi stresov. Ponavljajoče se delo (tekoči trak), de-kvalificirano, nadurno, izmensko delo, zlasti pa strah pred izgubo dela ali dejanska izguba dela povzročajo živčnost, nevroze, glavobole in stres (Doyal, 1984:74). Nižje kot je nekdo na poklicni lestvici, slabše je njegovo zdravstveno stanje in krajša je njegova življenjska doba (White, 2002:37). Vendar pa stresni življenjski dogodki niso le družbeno, ampak tudi zasebno pogojeni (družinski problemi, smrt bližnjega, nesreče ipd).

¹⁹ Fiziološke reakcije posameznika/ce na stres se kažejo v medicinsko merljivih oblikah, kot so povišan krvni pritisk, povišan srčni utrip, pospešeno dihanje, spremembe na koži, povečevanje količine maščobnih kislin. Socialni stresi najbolj neposredno vplivajo na kardiovaskularni in imunski sistem (glej Müller, Nemeth, Toš, 2002:27-29), bolj posredno tudi na srčna obolenja, diabetes, rak, kapi, depresije, nizko porodno težo (White, 2002:66).

raziskave, je odločen že dohodek sam po sebi. Dohodek ima močnejši vpliv na zdravje pri svojih nizkih kot pri visokih vrednostih. Le-ta je pomembno povezan z zdravstvenim stanjem, vendar se njegovi doprinosi k izboljššanemu zdravstvenemu stanju izkazujejo kot čedalje manj vplivni. Tako povezavo lahko označimo kot padajočo mejno koristnost dohodka.

Življenjska raven je preko socialne infrastrukture, tj. večinoma javno financiranega zdravstvenega sistema, javne varnosti, javnega šolstva, stanovanjskih razmer, prehrane ipd. pomembno in neposredno povezana z zdravjem. Boljši/slabši družbeni položaj posameznika/ce pa (ne)posredno vpliva na psihosocialno stanje in posredno na boljše/slabše zdravje. Dejansko povezanost zdravja z dohodkovnim stanjem posameznika smo proučevali s pomočjo podatkov slovenskega javnega mnenja (SJM). Na osnovi rezultatov modela A (Tabela 13), kjer smo kot napovedne dejavnike zdravja upoštevali dohodek gospodinjstva²⁰, spol in starost, je mogoče govoriti o dohodkovni pogojenosti zdravja slovenskega prebivalstva. To dejstvo statistično spremljamo preko razmerja obetov²¹. V našem primeru bodo obeti, višji od 1, pomenili, da se z višanjem povprečnega dohodka gospodinjstva izboljšuje tudi posameznikova samoocena zdravstvenega stanja. To se dejansko tudi dogodi, saj se v vseh opazovanih letih pri anketiranih, ki so zaključili izobraževanje, vsak višji dohodkovni decil, v katerega se vključuje gospodinjstvo, odrazi v 15-30 % višjih obetih, da bo posameznik svoje zdravstveno stanje ocenil kot dobro. Obenem to razmerje obetov (in hkrati približek determinacijskega koeficienta) trendno narašča, kar pomeni, da povprečni

Slika 8: Razmerje med BDP p.c. (PPP, USD) in pričakovano dolžino življenja, izbrane države, 2000



Vir: (2002) HDR. UNDP, Oxford University Press: New York, Oxford

dohodek gospodinjstva časovno gledano igra čedalje pomembnejšo vlogo. Ocenjeno razmerje obetov je bilo najnižje v osemdesetih letih, in se je začelo povečevati v devetdesetih.

Dodatno smo za leto 1999 ocenili še povezanost subjektivno ocenjenega pomanjkanja razpoložljivih finančnih sredstev²² gospodinjstva s samooceno zdravja (Tabela 14). Povezanost se izkaže pri obeh spolih; še posebej je izrazita v srednji starostni skupini (45-64 let). To je skupina, ki je večinoma še vedno ekonomsko aktivna, in s tem izpostavljena vplivom družinskih finančnih obveznosti in večji ali manjši negotovosti zaslužka iz dela. Izpostavljenost te starostne skupine lahko razložimo tudi s procesom kopičenja socioekonomskih vplivov skozi življenje. Pri moških z zaključenim izobraževanjem finančno pomanjkanje gospodinjstva oz. težje shajanje z dohodkom pomeni celo do več kot sedemkrat večje razmerje obetov, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenili

Dobodek je eden pomembnih dejavnikov zdravja

²⁰ V uporabljenih datotekah ta spremenljivka sicer ni najboljša, saj od leta 1994 naprej manjka kar od 30 do 40% podatkov o dohodku gospodinjstva. Izkaže se, da je razkritje tega podatka povezano s posameznikovo izobrazbo in s starostjo. Zato smo skušali respondente z manjkajočimi odgovori v analizi nadomestiti s tistimi s popolnimi informacijami tako, da smo identificirali osebe s popolnimi podatki, ki so podobni posameznikom, za katere podatek o dohodku manjka, in na ta način osebe s popolnimi podatki za vsako anketo posebej obtežili. Ker gre dejansko le za simulacijo podatkov oseb, o katerih nimamo dovolj podatkov, se seveda pri tem soočimo z določeno stopnjo nezanesljivosti, zato jemljimo te rezultate le za orientacijo.

²¹ Ti so antilogaritmi ocenjenih regresijskih koeficientov iz ustreznih logističnih regresij. Poenostavljeno so obeti razmerje med številom določenih analiziranih dogodkov (npr. število oseb z dobrim samoocenjenim zdravjem) in številom nasprotnih dogodkov (v tem primeru oseb s slabim zdravjem) v isti skupini (npr. v tretjem decilu dohodkovne porazdelitve), oz. $p_1 = q_1 / (1 - q_1)$, pri čemer je q_1 delež analiziranih dogodkov (delež oseb z dobrim samoocenjenim zdravjem v tem dohodkovnem decilu). Razmerje obetov nadalje primerja obete v dveh različnih zaporednih skupinah (torej npr. obeti v četrtem decilu dohodkovne porazdelitve (p_2) proti obetom v tretjem dohodkovnem decilu (p_1)), torej $p = p_2 / p_1$.

²² To je (subjektivna) informacija, ki absolutni višini razpoložljivega dohodka priredi še relacijo tega dohodka s potrebami. Posamezniku/ci je pripisana vrednost 0, če njegovo/njeno gospodinjstvo težko ali zelo težko shaja s tem dohodkom, in 1, če z njim shaja lahko ali celo zelo lahko.

Tabela 13: Razmerja obetov za (dobro) zdravje glede na decil povprečnega dohodka gospodinjstva, 1982-2001 (samo anketiranci/ke, ki so zaključili/e šolanje)

Model A					
	1982	1994	1996	1999	2001
Ocena razmerja obetov (za dobro zdravje) glede na dohodkovni decil povprečnega dohodka gospodinjstva respondenta	1,13	1,22	1,20	1,27	1,26
Spol (1= ženske)	0,70		0,65		
Starost (leta)	0,96	0,95	0,95	0,95	0,94
Ocena determ koeficienta glede na doh. gosp. po decilih	0,129	0,176	0,198	0,202	0,233
Model B					
	1982	1994	1996	1999	2001
Ocena razmerja obetov za (dobro zdravje) glede na dohodkovni decil povprečnega dohodka gospodinjstva respondenta	1,11	1,19	1,14	1,16	1,19
Ocena razmerja obetov za (dobro zdravje) v primeru končane srednje šole	1,46		1,91	4,62	
Ocena razmerja obetov za (dobro zdravje) v primeru več kot srednja šola		2,40			
Spol (1=ženske)	0,744				
Starost (leta)	0,959	0,96	0,95	0,97	0,94
Ocena determ koeficienta glede na doh. gosp. po decilih in izobrazbo	0,133	0,186	0,214	0,279	0,248

Vir: Toš in drugi 1982; Toš in drugi 1989; Toš in drugi 1994; Toš in drugi 1996; Toš in drugi 1999; Toš in drugi 2001; lastni preračuni.

Opombe: Vsa ocenjena razmerja obetov so ocenjena s pomočjo logističnih regresij in značilna s $P < 0,01$. Kjer ocenjeno razmerje obetov ni statistično značilno na ravni 0,05, rezultat ni podan. Ocena determinističnega koeficienta (oz. deleža z modelom pojasnjene variance; Nagelkerke R^2)

Tabela 14: Ocenjena razmerja obetov za dobro zdravje glede na shajanje respondentovega gospodinjstva z razpoložljivimi finančnimi sredstvi in respondentovo izobrazbo (samo anketiranci/ke, ki so zaključili/e šolanje), 1999

	18-44 let		45-64 let		65 let in več	
	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
Shajanje respondentovega gospodinjstva z razpoložljivimi finančnimi sredstvi			7,66**	2,77*		
Srednja šola		3,95*	3,40*	3,43*		
Več kot srednja šola						
Ocena determ. koeficienta glede na doh. gosp. po decilih in izobrazbo	0,118	0,167	0,235	0,174	0,167	0,090

Vir: Toš in drugi 1999; lastni preračuni.

Opombe: Srednja šola = respondent je nadaljeval šolanje po osnovni šoli. > Srednja šola = respondent je končal šolanje na višji ali visoki ravni. Ocena determinističnega koeficienta (oz. deleža z modelom pojasnjene variance; Nagelkerke R^2) * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$. Kjer ocenjeno razmerje obetov ni statistično značilno na ravni 0,05, rezultat ni podan. Razmerja obetov so ocenjena s pomočjo logističnih regresij.

kot slabo (Tabela 14), pri ženskah pa je to razmerje nekaj manjše od tri (pri čemer je že upoštevan vpliv najvišje dosežene izobrazbene ravni). V obeh ostalih starostnih skupinah, mlajši in starejši, ni zaznati pomembnejše povezanosti med shajanjem s finančnimi sredstvi in samooceno zdravja, čeprav je to lahko tudi posledica majhnega števila respondentov/k v nekaterih starostno-spolnih kategorijah. K temu lahko dodamo, da je razmerje obetov, da svoje zdravstveno stanje ocenijo kot slabo, dvakrat večje pri respondentih/kah s težavami pri shajanju z razpoložljivim dohodkom gospodinjstva kot pri tistih, ki podobnih težav niso zaznali (tisti v starostni skupini 45-64 let pa še nekaj višja). To pomeni, da se soočajo s stanjem (najmanj) dvojne deprivacije: finančne in zdravstvene. Na osnovi podatkov SJM tako ugotavljamo, da povezava vseh v analizo zajetih dejavnikov (dohodka, izobrazbe, spola) z oceno zdravja z leti narašča.

Obenem ugotavljamo, da so medrazredne razlike v zdravju na dnu socioekonomske lestvice prvenstveno razložljive skozi povezavo z dohodkom, bolj proti vrhu pa s funkcijo izobrazbe. Ko dohodek doseže neko normalno/zadovoljivo raven, pa postanejo pomembnejši ostali dejavniki, ki so med drugim povezani z iskanjem in uporabo ustreznih informacij.

Da bi ugotovili, katera raven izobrazbe je tista, ki ima večji vpliv na zdravje, smo v model B (Tabela 13) dodatno vključili še izobrazbeno raven²³. Zaradi korelacije med izobrazbo in povprečnim dohodkom gospodinjstva se ocenjena razmerja obetov za dohodkovno spremenljivko v modelu B nekoliko znižajo, vendar še vedno ostajajo pomembna. Rezultati v Tabelah 13 in 14 tako kažejo, da ima dohodkovna situacija gospodinjstva kljub upoštevanju izobrazbe stabilen vpliv na zdravje, prav tako pa je zelo pomembna tudi izobrazbena raven. Še posebej se zdi pomemben preskok z ravni osnovne šole na raven vsaj srednje izobrazbe.

²³ Izobrazbena raven je upoštevana v dveh dihodontnih spremenljivkah. Spremenljivka "srednja šola" pomeni, da ima respondent doseženih vsaj 9 let izobrazbe, torej je dosegel neko srednjo izobrazbo ali tudi več. Nasprotno spremenljivka ">srednja šola" pomeni, da ima posameznik dodatno zaključeno še šolanje na višji ali visoki ravni.

Zaključimo lahko, da sta izobrazbena raven in dohodkovni položaj dva sicer povezana in pomembna, vendar z zdravstvenega vidika ločena indikatorja. Od leta 1982 (prvo v analizo vključeno leto) in še zlasti v devetdesetih letih pa vse do danes, pa postaja povprečni dohodek gospodinjstva za zdravje vse bolj pomemben (glej tudi Izdatki gospodinjstev za zdravje). Kot bomo videli, pa je situacija pri psihosomatskih kazalcih nekoliko drugačna oziroma bolj socioekonomsko določena. Kazalci psihosomatskih težav imajo poseben teoretični pomen, saj so te težave kazalec prisotnosti psihosocialnih stresov oziroma 'vmesna stopnja' med socialnim stresom in fiziološko boleznijo (Müller, Nemeth, Toš, 2002).

2.2 Psihosomatski kazalci

Dobrodokovno stanje

'Psihosomatizacija' ekonomskih stresov se očitno kaže kot predstopnja njihove somatizacije. Tovrstna sistematična zveza je razvidna iz Tabele 16. Prisotnost psihosomatskih simptomov je praviloma nižja v višjem dohodkovnem razredu. Zadnja dva kazalca predstavljata subjektivne ocene (Tabeli 16, 17). Pri prvem so anketiranci ocenjevali svojo srečo oz. zadovoljstvo z življenjem. Podatki pokažejo veliko razliko v deležu srečnih med vrhom in dnom dohodkovne lestvice, vmes pa sistematično gradacijo. Dobrodokovno stanje je torej nedvomno povezano z občutki zadovoljstva z življenjem. Sorazmerno še večja razlika se kaže v drugem od kazalcev, v subjektivnih ocenah zdravstvenega stanja: anketiranci/ke iz spodnjega dela dohodkovne lestvice doživljajo svoje zdravje kot opazno slabše.

Zanimiva je tudi povezava med dohodkom in značilnostmi *delovnega okolja*. Višji dohodek je povezan z manj pogostimi fizičnimi obremenitvami, višjo stopnjo avtonomije ter nižjo stopnjo negotovosti v zvezi z delovnim mestom in obvezo po podrejanju. Raziskave kažejo, da so zdravstveno najbolj izpostavljeni tisti zaposleni, ki imajo fizično in/ali psihično zahtevno delo brez večjega zadovoljstva ob opravljanju le-tega, hkrati pa nizek zaslužek.

Tabela 15: Primerjava povprečne subjektivne ocene zdravja na lestvici od 0 do 4, Slovenija, 1982-2001

Leto	Povprečna subjektivna ocena zdravja ^a	Sprememba glede na leto 1982 ^b
1982	1,97	
1989	2,03	0,06
1994	2,04	0,07
1996	2,08	0,11**
1999	2,11	0,14**
2001	2,14	0,18**

Vir: Toš in drugi 1982; Toš in drugi 1989; Toš in drugi 1994; Toš in drugi 1996; Toš in drugi 1999; Toš in drugi 2001; lastni preračuni.

Opombe: ^aIzračunana kot aritmetična sredina odgovorov na vprašanje o subjektivni oceni zdravstvenega stanja (na lestvici od 0-zelo slabo do 4-odlično). Ker gre v osnovi za ordinalno spremenljivko, velja izračune jemati le za orientacijo.

^bZnačilnost medletnih sprememb je ocenjena s post-hoc testi: ** P<0,01.

Poudarek 5: Spremembe v povprečni lastni zaznavi zdravja med izobrazbenimi ravni, na lestvici od 0 do 4, Slovenija, 1982-2001

Leto	Osnovna šola		Srednja šola		Višja ali visoka šola	
	Povprečna subjektivna ocena zdravja ^a	Sprememba glede na leto 1982 ^b	Povprečna subjektivna ocena zdravja ^a	Sprememba glede na leto 1982 ^b	Povprečna subjektivna ocena zdravja ^a	Sprememba glede na leto 1982 ^b
1982	1,87		2,08		2,08	
1989	1,77	-0,10	2,20	+0,12*	2,35	+0,27**
1994	1,79	-0,08	2,14	+0,06	2,41	+0,33*
1996	1,78	-0,09	2,22	+0,14*	2,49	+0,42**
1999	1,73	-0,14*	2,28	+0,20**	2,25	+0,17
2001	1,89	+0,02	2,21	+0,13*	2,44	+0,36**

^aIzračunana kot aritmetična sredina odgovorov na vprašanje o subjektivni oceni zdravstvenega stanja (na lestvici od 0 - zelo slabo do 4 - odlično). Ker gre v osnovi za ordinalno spremenljivko, velja izračune jemati le za orientacijo. ^bZnačilnost medletnih sprememb je ocenjena s post-hoc testi. * P<0,05 in ** P<0,01. Vir: Toš in drugi 1982; Toš in drugi 1989; Toš in drugi 1994; Toš in drugi 1996; Toš in drugi 1999; Toš in drugi 2001; lastni preračuni.

Iz rezultatov, prikazanih v Tabeli, lahko razberemo, da je bila samoocena zdravja odvisna od izobrazbene ravni tudi pred spremembo političnega in ekonomskega sistema. Nižje izobraženi so svoje zdravstveno stanje v povprečju ocenjevali z nižjo oceno kot srednje in višje izobraženi. Respondenti/ke SJM z nižjo ravno izobrazbe so svoje lastno zdravstveno stanje v povprečju ocenjevali slabše kot posamezniki/ce z višjo izobrazbo. Kar je še pomembneje, v zadnjih dvajsetih letih se ocena posamezniki/ce z osnovnošolsko izobrazbo ni spreminjala. Do leta 2001 se povprečna samoocena zdravja pri nižje izobraženih ni bistveno izboljšala, nakazan je celo rahel naklon na slabše, a ga statistično ni moč potrditi. Nasprotno pa respondenti/ke SJM, ki so dosegli več kot osnovnošolsko izobrazbo, v tem obdobju v povprečju svoje zdravje dojemajo kot boljše. To velja tako za skupino s srednješolsko izobrazbo kot za skupino z višjo in visoko izobrazbo. Pri slednjih so pozitivna odstopanja od leta 1982 najvišja. Osebe z višjo in visoko izobrazbo so tako v tem obdobju pridobile največ. Sklepamo lahko, da so se izobrazbeno pogojene razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva, ki so obstajale že prej, v zadnjih dvajsetih letih še povečale.

Delovna aktivnost

Zaposlitev je vir finančnega in socialnega kapitala. Zaradi izgube vsega tega hkrati je brezposelnost psihološko izrazito stresna

Tabela 16: Zveza med materialnim stanjem in psihosomatskimi težavami (anketiranci/ke do 55 let)

Dohodek na člana gospodinjstva (mesto na dohodkovni distribuciji)	0-37 tisoč sit (spodnjih 14%)	38 - 54 tisoč (15% - 31%)	55 - 74 tisoč (32% - 50%)	75 - 125 tisoč (51% - 85%)	nad 125 tisoč (zgornjih 15%)
POGOSTO IMA TEŽAVE...	%	%	%	%	%
močno razbijanje srca	30	29	23	15	8
slabost	18	18	16	8	4
težave z dihanjem	20	8	11	10	5
težave s spanjem	32	34	29	27	20
vrtočlavlava	21	17	18	11	7
močne bolečine v prsih	18	12	14	7	7
nemirnost, zaskrbljenost	45	43	40	38	30
pobitost	30	29	24	21	18
V ZADNJEM LETU IMEL TEŽAVE Z.	%	%	%	%	%
živci	33	14	18	12	16
zvišanim tlakom	16	16	14	10	7
SUBJEKTIVNI KAZALCI	%	%	%	%	%
delež srečnih*	36	39	46	48	61
delež subj. zdravih**	18	26	28	37	49

Vir: SJM2001/3

*Ocena na številčni lestvici od 0 ('zelo nesrečen') do 10 ('zelo srečen'). Prikazan je seštevek odgovorov 8,9,10.

**Lestvica ocene svojega zdravja: 1 'odlično' 2 'zelo dobro' 3 'dobro' 4 'slabo' 5 'zelo slabo'. Prikazan je seštevek odgovorov 'odlično' in 'zelo dobro' zdravje.

in zdravju škodljiva. Do določene mere velja to tudi za prehod v upokojenski status; zaradi sprememb v dohodku, statusu in socialnih vezeh. Omenjamo tudi status gospodinjke, ker se le-ta v številnih študijah navaja kot zdravju 'nevaren'. Med gospodinjami je namreč veliko depresivnih obolenj, tesnob in drugih psiholoških motenj, predvsem zato, ker ima gospodinjstvo nizki status, ni vir ekonomske neodvisnosti, je socialno izolirano, ponavljajoče se in generira negativno samopodobo (Doyal, 1984:75). Zaključimo lahko, da je pomanjkanje socialnih vezi za zdravje tvegano stanje:

skupina zaposlenih ima najmanj psihosomatskih znakov. Zaposleni/e so tudi bolj zadovoljni/e s svojim življenjem in bolje ocenjujejo svoje zdravstveno stanje.

Subjektivni razred

Socioekonomska spremenljivka, katere učinek na zdravje bomo opazovali še na osnovi podatkov SJM, je samoumestitev v družbene razrede²⁴. Takšna subjektivna umestitev je pomemben kazalec predvsem zato, ker zajame subjektivni vidik anketirančevega socioekonomskega optimizma ali pesimizma. Res je, da se

Tabela 17: Zveza med delovno aktivnostjo in psihosomatskimi težavami

vrsta delovne (ne)aktivnosti	Zaposleni (49%, N=536)	Nezaposleni (6%, N=62)	Gospodinjke (4%, N=43)	Upokojenci (31%, N=337)
POGOSTO IMA TEŽAVE...	%	%	%	%
močno razbijanje srca	17	33	36	33
slabost	9	26	24	21
težave z dihanjem	10	16	33	28
težave s spanjem	27	34	45	52
vrtočlavlava	13	14	33	26
močne bolečine v prsih	9	21	21	19
nemirnost, zaskrbljenost	37	52	55	45
pobitost	21	33	45	31
V ZADNJEM LETU IMEL TEŽAVE Z.	%	%	%	%
živci	14	26	39	27
zvišanim tlakom	13	19	26	34
SUBJEKTIVNI KAZALCI	%	%	%	%
delež srečnih*	46	28	33	32
delež subj. zdravih**	31	23	14	12

Vir: SJM2001/3

*Ocena na številčni lestvici od 0 ('zelo nesrečen') do 10 ('zelo srečen'). Prikazan je seštevek odgovorov 8,9,10.

**Lestvica ocene svojega zdravja: 1 'odlično' 2 'zelo dobro' 3 'dobro' 4 'slabo' 5 'zelo slabo'. Prikazan je seštevek odgovorov 'odlično' in 'zelo dobro' zdravje.

²⁴ Anketiranci/ke se po svoji presoji umestijo v enega od naslednjih razredov: čisto spodnji, delavski, srednji, višji srednji, zgornji.

Tabela 18: Zveza med samoumestitvijo v sloj in psihosomatskimi težavami (anketiranci/ke, stari/e 18 let in več)

subjektivni sloj	spodnji*** (4%, N=40)	delavski (38%, N=400)	srednji (52%, N=544)	višji-srednji*** (6%, N=67)
POGOSTO IMA TEŽAVE...	%	%	%	%
močno razbijanje srca	47	30	18	13
slabost	42	19	12	9
težave z dihanjem	45	22	12	9
težave s spanjem	62	42	30	27
vrtočlavica	45	23	14	10
močne bolečine v prsih	37	16	9	3
nemirnost, zaskrbljenost	80	42	40	37
pobitost	52	33	22	9
V ZADNJEM LETU IMEL TEŽAVE Z..	%	%	%	%
živci	45	25	16	9
zvišanim tlakom	52	25	15	13
SUBJEKTIVNI KAZALCI	%	%	%	%
delež srečnih*	13	33	47	73
delež subj. zdravih**	10	15	32	51

Vir: (SJM2001/3)

*Ocena na številčni lestvici od 0 ('zelo nesrečen') do 10 ('zelo srečen'). Prikazan je seštevek odgovorov 8,9,10.

** Lestvica ocene svojega zdravja: 1 'odlično' 2 'zelo dobro' 3 'dobro' 4 'slabo' 5 'zelo slabo'. Prikazan je seštevek odgovorov 'odlično' in 'zelo dobro' zdravje.

***Zaradi majhnega števila respondentov v tej skupini navajamo podatke bolj v orientacijo.

samouvrstitev v sloj v grobem ujema s kazalci materialnega stanja anketiranca/ke, vendar pa se anketiranci/ke s podobnim materialnim stanjem samo-uvrščajo precej različno, od 'čisto spodnjega' do 'srednjega' sloja, oziroma v 'srednjega' ali 'višjega srednjega' (v zgornji sloj se anketiranci/ke skoraj ne uvrščajo). Zato so te razlike bolj posledica večjega ali manjšega socio-ekonomskega optimizma in samozavesti anketiranca/ke kot pa razlik v materialnem stanju.

Samoumeščanje v skrajni skupini nakaže zvezo med 'socioekonomskim' optimizmom ali pesimizmom anketiranca/ke in psihosomatskimi indikacijami. To zvezo potrjujeta obe srednji, daleč najštevilčnejši skupini: 'delavski' in 'srednji' sloj. Razlike med njima v luči prej opisanih razlik med skrajnima skupinama morda niso videti tako velike, vendar pa so opazne in sistematične. V kategoriji samoumeščenih v delavski sloj je višja prisotnost vseh psihosomatskih simptomov, nižje je zadovoljstvo z življenjem in slabša (samo)ocena zdravja. Obenem pa je pomembna tudi zelo velika razlika med 'čisto spodnjim' in 'delavskim' slojem, ter nekoliko manjša med 'srednjim' in 'višjim srednjim'. Vsaka umestitev v višji sloj pokaže opazno izboljšanje psihosomatskih indikacij; celotni prikaz pa izpostavi velik pomen kombinacije materialnega stanja ter subjektivne percepcije tega stanja za zdravje posameznika/ce.

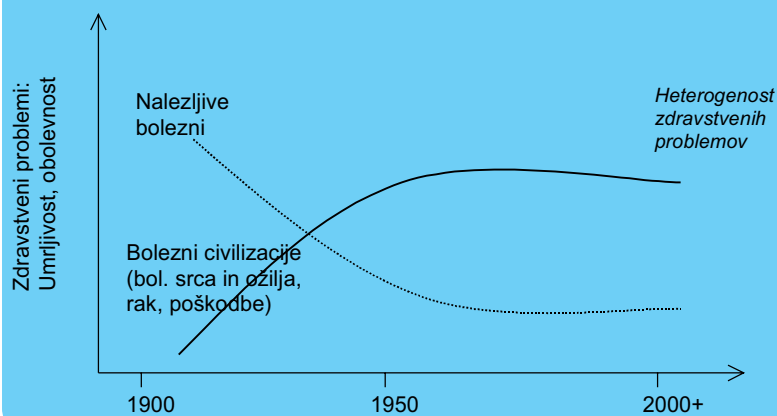
Zdravje in njegovo dožemanje je torej močno vpeto v konkreten družbeni in zgodovinski kontekst. Vsa navedena empirična dejstva potrjujejo, da revščina in druge oblike socioekonomske deprivacije posameznika/co prizadenejo na več ravneh – tudi preko (slab(š)ega) zdravja. Dohodkovna neenakost še posebej vpliva zaradi dokazane padajoče mejne koristnosti na zdravje; padec dohodka ima večje negativne posledice za zdravje kot povišanje dohodka na izboljšanje zdravja. Zato lahko sklepamo, da se posamezniki/ce na spodnjem repu dohodkovne porazdelitve dejansko soočajo s povprečno najslabšim zdravjem, najnižjo zdravstveno pogojeno kvaliteto življenja in najvišjimi stopnjami prezgodnje umrljivosti.

3. Analiza izbranih kazalcev zdravja v Sloveniji

Industrializacijo in urbanizacijo sta spremljala dva pomembna procesa: demografski in epidemiološki prehod (Slika 9); stopnje umrljivosti so začele upadati, močno pa se je spremenila slika obolenosti in vzročna struktura umiranja. Odkrivanje in razširjanje uporabe antibiotikov je postopoma zmanjševalo in končno praktično izkoreninilo umiranje zaradi nalezljivih bolezni. V tem, razmeroma kratkem času, se je življenje hitro podaljševalo. Ko pa je bilo napredovanje, povezano z uporabo

Višja prisotnost psihosomatskih simptomov v 'delavskem sloju'

Slika 9: Epidemiološka tranzicija bolezni v 20. in 21. stoletju



antibiotikov, izčrpano in se je morala medicina spoprijeti z degenerativnimi in socialnimi boleznimi, je zniževanje umrljivosti za nekaj časa zastalo. Poleg tega smo v Sloveniji v začetku devetdesetih zabeležili začasen zastoj v podaljševanju življenja, ki ga strokovnjaki/nje povezujejo s težavami ob prehodu v drug družbeni sistem.

V Sloveniji je bila v letih 1997–1998 pričakovana dolžina življenja ob rojstvu za moške 71 let in za ženske 79 let. S takšnimi vrednostmi se Slovenija na evropski lestvici uvršča približno v sredino. Če Slovenijo primerjamo z državami vzhodne Evrope, so naša življenja najdaljša, najkrajša pa v primerjavi z državami zahodne Evrope.

Pričakovana dolžina življenja ob rojstvu je v Sloveniji za približno 6 let krajša kot v državah z najnižjo umrljivostjo (Švica, Švedska, Francija) in za 6 do 7 let daljša kot v državah z najvišjo umrljivostjo v Evropi (Ukrajina, Belorusija, Madžarska, Romunija, Ruska federacija). Čeprav se pričakovana dolžina življenja kot eden od sumarnih pokazateljev zdravstvenega stanja zvišuje, pa Slovenija zaostaja po nekaterih drugih kazalcih, kot npr. po stopnji umrljivosti zaradi poškodb in še posebej po stopnjah umrljivosti zaradi namernih samopoškodb.

Prebivalci/ke Slovenije, rojeni v letih 1931–1933, so lahko pričakovali 50 (moški) oziroma 54 (ženske) let življenja. Najhitreje se je pričakovana dolžina življenja podaljševala v naslednjih dvajsetih letih, nato pa čedalje počasneje. Če primerjamo rojene v letih 1931–1933 z rojenimi v letih 1997–1998, se je življenje moških podaljšalo za 21 let, ženskam pa za skoraj 25 let. Hkrati z zniževanjem umrljivosti se je spreminjala tudi razlika med umrljivostjo moških in žensk. V letih 1930–1933 je bilo življenje žensk za 4 leta daljše od življenja moških, v letih 1970–1972 pa že za 7,5 let. Ta razlika se odtlej z manjšimi nihanjem ohranja do danes. Daljše življenje žensk je v razvitih državah postalo pravilo. Države se razlikujejo le po velikosti te razlike.

Tabela 19: Pričakovana dolžina življenja za nekatere starosti po spolu, Slovenija, obdobje od 1931/1933 do 2000/2001

Starost	Obdobje								
	1931-33	1952-54	1960-62	1970-72	1980-82	1990-92	1997-98	2000-01	2020*
Moški									
0	50,1	63,0	66,3	65,4	67,5	69,6	71,1	72,1	76,0
1	57,8	66,8	67,7	66,1	67,5	69,1	70,5	71,5	
10	52,8	58,9	59,3	57,6	58,9	60,3	61,7	62,6	
20	44,2	49,5	49,8	48,0	49,3	50,6	52,0	52,9	
40	28,7	31,7	31,6	30,2	31,1	32,2	33,4	34,1	
60	14,4	15,7	15,3	14,7	15,8	16,3	17,0	17,7	
80	4,5	5,0	5,0	5,0	5,4	5,6	6,0	6,4	
Ženske									
0	54,2	68,1	71,9	72,9	75,1	77,2	78,7	79,6	82,5
1	60,6	71,0	72,8	73,5	75,1	76,7	78,0	78,9	
10	55,4	63,0	64,3	64,9	66,3	67,9	69,1	70,0	
20	46,6	53,3	54,5	55,2	56,5	58,0	59,3	60,1	
40	30,4	34,5	35,4	36,0	37,3	38,6	39,8	40,5	
60	14,9	17,2	17,7	18,4	19,7	20,7	21,7	22,4	
80	4,8	5,4	5,4	5,7	6,3	6,7	7,0	7,4	

Vir: SURS. Opomba: *Projekcija SURS

Tabela 20: Umrlji po starosti in spolu, Slovenija, 1981-1998

Spol Leto	Umrlji na 1000 prebivalcev v vsaki starostni skupini							
	Vse starosti	0 let	1-14	15-29	30-44	45-64	65-79	80 in več let
Ženske								
1981	9,2	12,0	0,3	0,6	1,5	6,5	35,7	130,6
1991	9,2	5,6	0,2	0,4	1,1	6,1	30,1	132,4
1998	9,2	4,1	0,2	0,4	1,0	6,3	25,1	134,4
Moški								
1981	10,6	14,0	0,5	1,7	3,5	14,1	60,5	153,6
1991	10,1	10,3	0,3	1,4	3,0	14,0	53,7	160,1
1998	10,1	6,4	0,3	1,2	2,6	14,4	47,2	164,8

Vir: SURS

Zdravje v danem trenutku odseva tisto, kar se je s posameznikom/co *in* populacijo dogajalo do trenutka merjenja; vplivi se gostijo transverzalno in akumulirajo longitudinalno. Eden od kazalcev zdravstvenega stanja je *umrljivost*, ki meri nekaj, kar je posledica določenega zdravstvenega stanja. Umrljivost (kot kazalec (ne)zdravja) pogojujejo dejavniki, ki ljudi spremljajo vse življenje. Zaradi podaljšanja življenjske dobe število umrlih narašča počasneje, če izvzamemo manjša nihanja, povezana z generacijami, ki so utrpeli velike izgube v obeh svetovnih vojnah. Razmerje med številom umrlih in številom živih se že od konca druge svetovne vojne skoraj ne spreminja; niha med 9 in 10 umrlimi na 1.000 prebivalcev. Vrednost tega razmerja, ki ga imenujemo splošna stopnja umrljivosti, je za moške vedno nekoliko večja kot za ženske.

Umrljivost se spreminja s starostjo. Visoka je v prvem letu življenja, nato se znižuje, od približno 15. leta dalje pa narašča do najvišjih starosti. Med leti 1981 in 1998 so se stopnje umrljivosti znižale v vseh starostnih skupinah razen v najvišji (Tabela 20). Najbolj so se znižale umrljivost dojenčkov in ljudi, starih med 65 in 79 let. Moški umirajo pogosteje kot ženske v vseh starostih. Razlike v spolu so največje med mladimi. V starosti od 15 do 29 let je pogostost smrti med moškimi celo trikrat večja kot med ženskami.

V skoraj štiridesetletnem obdobju se je precej spremenilo tudi razmerje med posameznimi vzroki smrti. Kronične nenalezljive bolezni so izpodrinile nalezljive bolezni. Vedno več ljudi umre zaradi bolezni srca in ožilja (bolezni obtočil) in novotvorb, leta 1998 že 67%.

Sledijo poškodbe in bolezni dihal. Poškodbe so vodilni vzrok smrti do približno 45. leta starosti, med 45. in 64. letom starosti so to novotvorbe, po 65. letu starosti pa bolezni obtočil. Delež tistih nalezljivih bolezni, med katere sodi tudi AIDS, že od začetka 80. let predstavlja 1% vseh nalezljivih bolezni.

Tabela 21: Deleži umrlih po izbranih vzrokih smrti, Slovenija, 1960-1998 (v %)

	1960	1970	1980	1990	1998
Število umrlih (=100%)	15145	17353	18820	18555	19039
Nalezljive bolezni	4	2	1	1	1
Bolezni obtočil	25	41	47	47	42
Novotvorbe	15	16	19	22	25
Bolezni dihal	10	8	7	6	8
Bolezni prebavil	3	4	7	6	6
Poškodbe	8	11	11	9	8
Ostalo	34	18	9	9	11

Vir: SURS

Število ljudi, ki umre zaradi novotvorb in bolezni obtočil, narašča. Delni razlog za to je podaljševanje življenjske dobe in s tem vedno večje število priletnega prebivalstva. Tovrstne bolezni so namreč tesno povezane s starostjo; pogostost obolenja s starostjo narašča. Na večjo pogostost vplivajo tudi spreminjajoče se življenjske navade, predvsem večja pogostost nezdravih razvad, ki skrajšujejo življenje oziroma povečujejo število prezgodnjih smrti. To so smrti, katerim bi se bilo mogoče izogniti (vsaj) za nekaj let.

Število smrtnih nezgod se zmanjšuje. Obenem se spreminja njihova sestava. V obdobju 1970-1998 se je delež umrlih v prometnih nezgodah zmanjšal, delež umrlih zaradi naključnih padcev pa povečal. Ker

Vodilni vzrok umrljivosti za vse starosti skupaj so bolezni srca in ožilja

Tabela 22: Smrtne nezgode po vzrokih, 1970-1998

	1970	1980	1990	1998
Vse smrtne nezgode	1248	1436	1139	1017
Prometne nezgode	563	549	494	342
Prometne nezgode z motornimi vozili	485	502	442	299
Druge prometne nezgode	78	47	52	43
Druge nezgode	685	887	645	675
Naključni padci	115	395	332	346
Drugo	570	492	313	329

Vir: SURS

so žrtve naključnih padcev večinoma stari, se bo njihov delež v prihodnje verjetno še povečeval. Število umrlih v prometnih nezgodah se zmanjšuje že od druge polovice 70. let. Takrat sta zaradi prometne nezgode umrli povprečno dve osebi vsak dan, leta 1998 pa ena oseba vsak dan.

Okvirček VII: Namerne samopoškodbe (samomor)

Pri namernih samopošodbah gre za stvarnost, ki je prikrita in neartikulirana. Ljudje zvečine o tem ne govorimo na glas. Obstaja splošni konsenz, da je z ljudmi, ki se sami poškodujejo, nekaj narobe. Pravzaprav pa nihče ne ve točno, kaj je z njimi narobe. Zato se jih hitro označi kot pijance ali ljudi z duševnimi motnjami - da se jih le čimprej stigmatizira in spremeni v ljudi 'ki nam sploh niso podobni'. In vendar to sploh ne drži. V življenju vsakega človeka lahko nastopi trenutek, ko bo razmišljal o namerni samopoškodbi.

Ideja namerne samopoškodbe je povezana z osebnimi in medosebnimi dogajanja na način duševnih in telesnih reakcij. Lahko gre za primarno družbeno pogojene probleme; na ekonomskem ali kulturnem področju. Lahko gre za primarno individualno pogojene probleme. Interakcijske, psihološke in biološke dimenzije posameznika so pri tem ključnega pomena. Ti problemi, te ravni in dimenzije se med seboj običajno prepletajo, in sicer tako, da vzpodbujajo (krepijo) druga drugo. Možna povezava je lahko pozitivna, nevtralna ali negativna. Namerna samopoškodba je končni rezultat alienacije posameznika iz njegovega okolja. Je konec dolgega procesa. Misli na samopoškodbo zorijo dolgo. Povod je le zadnja kaplja čez rob. Vsak človek, ne glede na starost, izobrazbo, poklic, izkušnje ... se lahko znajde na robu.

Do namerne samopoškodbe pride zaradi izgube objekta (drugega ali sebe), ki prizadene občutek identitete. Prisoten je izjemen stres, izgubi se občutek za bodočnost. To je boleč proces (psihična bolečina), ki gre skozi faze konflikta, krize, izgubljanja samospoštovanja, samorazvrednotenja in samoobdolževanja. Temu sledi depresija in introjicirana agresija – (samo)kaznovanje (ideja, načrt in dejanje).

Vir: Povzeto po strani Slovenskega združenja za preprečevanje samomora (www.zrc-sazu.si/prepreci-samomor/)

Ideja namerne samopoškodbe se prenaša skozi imitacijo ali modeliranje. Kulturne tradicije imajo pri tem velik vpliv. Uspešna socializacija in družbena kohezija se kaže skozi spoštovanje kulturno določenih družbenih norm. Število namernih samopošodb v družbi kaže na uspešnost socializacije in integracije posameznika/ce v družbo. Zato število namernih samopošodb kaže tudi na kohezijo določene družbe. Nekatere družbe skozi svoje družbene norme namerne samopoškodbe prohibirajo, druge ne.

Kljub temu se Slovenija še vedno uvršča med evropske države z največjo pogostostjo umrlih v prometnih nezgodah.

Zelo visoko na evropski lestvici se Slovenija uvršča tudi glede na stopnjo samomorilnosti. Višjo pogostnost imajo le v nekaterih državah vzhodne Evrope, od sosednjih držav pa je Sloveniji po ravni samomorilnosti najbližja Madžarska. V zadnjih 30 letih je v Sloveniji število samomorov na 100.000 prebivalcev nihalo okrog vrednosti 30. Za samomor se odloči 3,5-krat več moških kot žensk. To je velika razlika, vendar je v državah z največjo pogostostjo samomorov še večja, 5 do 6-kratna. Pogostost samomorov je povezana tudi s starostjo; narašča od najstniških let pa do najvišjih starosti. Vendar v Sloveniji od srede osemdesetih dalje opazamo postopno zniževanje samomorilnosti med starejšimi od 45 let, za mlajše, razen za ženske stare od 15 do 24 let, pa te tendence ne opazimo.

V obdobju demografskega prehoda lahko torej opazujemo podaljševanje življenja, zaradi tega pa tudi spremembe pogostnosti (prevalence) in pojavnosti (incidence) kroničnih bolezni. Spremenjene stopnje umrljivosti in spremembe v pričakovani dolžini življenja, katerim priča smo v spremenjenih gospodarskih in političnih okoljih postsocialističnih držav, nas tako opozarjajo na pomen že prej večkrat omenjene socioekonomske pogojenosti zdravja.

3.1 Socioekonomske determinante umrljivosti v Sloveniji

Umrlijivost je socioekonomski pojav le posredno. Povezava med umrljivostjo in gospodarskim razvojem se kaže v tem, da imajo vplivi, ki večajo ali zmanjšujejo umrljivost, pogosto socioekonomske vzroke.

Statistika umrljivosti usmerja našo pozornost na številna politična vprašanja, obenem pa pove marsikaj o naravi

Poudarek 6: Metodologija in potek raziskave socioekonomskih determinant vzorcev umrljivosti

Osnovni namen raziskave, ki smo jo izvedli na Inštitutu za socialno medicino (sedaj Katedra za javno zdravje) in Inštitutu za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete v Ljubljani ter Uradu Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, je bil raziskati povezave med posameznimi biološkimi (spol, starost), družbeno-ekonomskimi (zakonski stan, izobrazba, poklic, aktivnost v poklicu, narodnost, dohodek idr.) in geografskimi dejavniki ter vzroki smrti, razvrščenimi po MKB-10 (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 10. revizija). V raziskavo smo zajeli celotno populacijo umrlih v Sloveniji v starosti od 25 do 64 let, ki so umrli v letih 1992, 1995 in 1998 (N=14816). Raziskava je bila presečna. Uporabili smo vire Statističnega urada Republike Slovenije (SURs) in Inštituta za varovanje zdravja (IVZ), kot so register prebivalstva s podatki popisa prebivalstva in različna statistična poročila z demografskimi, ekonomskimi in zdravstvenimi podatki. Diagnozo vzroka smrti ter mesec in leto smrti smo za izbrana leta 1992, 1995 in 1998 dobili iz obrazca o prijavah smrti (DEM-2), ki se izpolni za vsako umrlo osebo v Sloveniji. SURs je povezal diagnozo vzroka smrti s podatki umrle osebe s popisa prebivalstva iz leta 1991 (popisni list P-1). Na ta način smo dobili naslednje veljavne kazalce: spol, starost, statistično regijo stalnega bivališča pred smrtjo, zakonski stan, šolsko izobrazbo, poklic in materni jezik. Za umrle v letu 1998 je SURs preko EMŠO dodal še podatke o premoženjskem stanju leta 1996 (iz odmere dohodnine za leto 1996).

Naboru podatkov je sledila primerjava posameznih bioloških, družbenih, ekonomskih in geografskih dejavnikov s posameznimi vzroki smrti. Vzroke smrti smo uvrstili v skupine po MKB-10. Za leto 1992 in 1995, ko je veljala še MKB-9, smo diagnoze iz MKB-9 prevedli v diagnoze, ki ustrezajo diagnozam iz MKB-10. Vzroke smrti po MKB-10 smo dodatno razdelili glede na padajočo pogostnost v celotnem vzorcu umrlih prebivalcev v starosti od 25 do 64 let:

1. novotvorbe,
2. bolezni obtočil,
3. poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov,

4. bolezni prebavil,
5. bolezni dihal,
6. drugo.

Za primerjavo posameznih družbenih, ekonomskih in geografskih dejavnikov s posameznimi vzroki smrti, ločeno po spolu in starosti, smo poleg opisne statistike (aritmetična sredina, mediana, frekvence, mere razpršenosti) uporabili klasične bivariatne metode: za numerične spremenljivke enosmerno analizo variance za range (neparametrični Kruskal-Wallisov test), za opisne spremenljivke pa test hi-kvadrat. Za iskanje neodvisnih napovednih dejavnikov smo uporabili hierarhične loglinearne modele. Dodatno smo skušali izdelati napovedni model vzroka smrti in pričakovane dolžine življenja na podlagi vseh obravnavanih napovednih dejavnikov z uporabo regresije z optimalnim skaliranjem (postopek CATREG v statističnem programskem paketu SPSS).

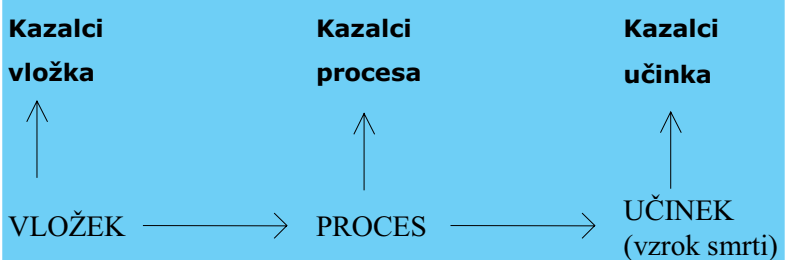
Zaradi redkih, za Slovenijo ne vedno relevantnih teoretičnih podlag, smo se odločili, da preverimo naslednje predpostavke:

- da družbeno-ekonomski status vpliva na umrljivost v Sloveniji in pogojuje drugačne vzroke smrti, klasificirane po MKB-10;
- da boljši družbeno-ekonomski status (ocenjen z višjo izobrazbo, zaposlenostjo, višjim dohodkom) določa višjo starost umrlih in daljšo pričakovano dolžino življenja; in
- da je umrljivost v Sloveniji geografsko različno razporejena glede na družbene in ekonomske značilnosti zaradi različne razvitosti posameznih regij.

Da bi se izognili napakam, ki bi lahko nastale zaradi premajhnega vzorca, smo v raziskavo vključili vse osebe (oz. vse primere smrti) v celotni populaciji umrlih v Sloveniji. Podatki so individualni, vendar osebno nedoločljivi; pred analizami smo zaradi zaščite osebnih podatkov odstranili imena in EMŠO umrlih oseb. Člani Komisije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje so na seji 26.6.2001 ocenili, da je raziskava z etičnega stališča neoporečna in primerna za izvedbo. Raziskava, v kateri smo sicer spremljali umrljivost prebivalstva le za tri izbrana leta (1992, 1995 in 1998), je zasnovana tako, da je možno bazo podatkov na tri leta dopolnjevati. To bi omogočilo kontinuirano spremljanje vzrokov umiranja z različnimi dejavniki tveganja.

obstoječe družbene neenakosti. Z raziskavo²⁵, katere rezultate delno objavljamo na tem mestu, želimo odkriti strukturo umiranja starostne skupine od 25 do 64 let v Sloveniji, identificirati dejavnike tveganja in s tem najbolj ranljive skupine slovenskega prebivalstva v letih 1992, 1995 in 1998. Zapleti nastanejo pri odkrivanju vzročnih mehanizmov in smereh njihovega delovanja (Diagram 1). Prikazane razlike v zdravju (umrljivosti) med posameznimi skupinami prebivalstva so lahko namreč

Diagram 1



²⁵ Raziskava poteka v sodelovanju Medicinske fakultete (prej Inštituta za socialno medicino in sedaj Katedre za javno zdravje ter Inštituta za biomedicinsko informatiko) in Urada Vlade RS za makroekonomske analize in razvoj.

zgolj posledica izbranega kazalca socioekonomske pozicije, ki določa vzorec socioekonomske (ne)enakosti v zdravju.

Ker je odnos med socioekonomskimi dejavniki in zdravjem dinamičen, je praktično nemogoče oblikovati izčrpen seznam vseh morebitnih dejavnikov, ki vplivajo na umrljivost. Pri analizi zdravstvenega stanja (v naši raziskavi preko umrljivosti) je namreč treba še posebno skrbno izbrati pojasnjevalne spremenljivke, da se izognemo problemu dvosmernih vzročnosti (kaj dejansko določa kaj). Na področju proučevanja socioekonomske pogojenosti z boleznimi in umrljivosti primanjkuje temeljnih raziskav, pa tudi trdnih modelov funkcijskih oblik povezanosti posameznih dejavnikov. Razlogi za vključitev/izključitev dejavnikov so zato v veliki meri vezani na individualne odločitve in na že uveljavljene hipoteze. Mogoče je pričakovati, da bi lahko bile interpretacije drugačne, če bi upoštevali še katerega od dejavnikov. Kljub številnim težavam z vhodnimi podatki pa nam je na koncu vsaj deloma uspelo prikazati kompleksno mrežo delovanja nemedicinskih dejavnikov, torej tistih, ki so se izkazali za relativno dobre socioekonomske

napovedne dejavnike zdravstvenega stanja. Na tem mestu bomo skušali vsaj delno pojasniti, kakšno vrednost imajo posamezni kazalci pri opredeljevanju socioekonomskih vplivov na (ne)enakost v zdravju v omenjeni raziskavi.

Predpostavljali smo, da družbeno-ekonomski status (ocenjen z doseženo stopnjo izobrazbe, zaposlenostjo, dohodkom) pogojuje drugačne vzroke smrti, da določa starost ob smrti in pričakovano dolžino življenja in da so vzroki smrti v Sloveniji geografsko različno razporejeni glede na družbene in ekonomske značilnosti (višjo ali nižjo stopnjo razvitosti) posameznih regij. Na osnovi obstoječih teorij smo socio-ekonomske dejavnike umrljivosti razdelili na dejavnike, ki so lastnost posameznika/ce, in tiste, ki jih določa okolje, v katerem so živeli (Diagram 2). Ob torej že izpostavljenem pomanjkanju trdnih modelov in predhodnih raziskav smo se v naši raziskavi ukvarjali s tistimi dejavniki, ki so se izkazali za pomembne glede na vzrok smrti na našem izbranem vzorcu.

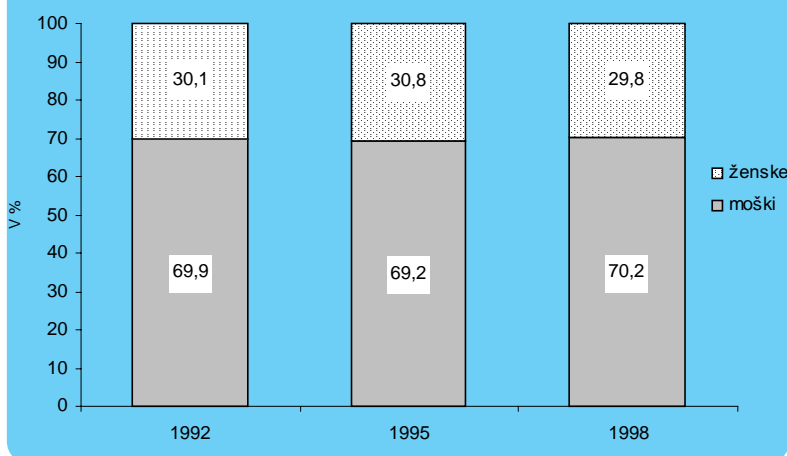
Glede na biološke značilnosti človeškega organizma in stopnjo socioekonomske razvitosti je umrljivost pred 65. letom označena kot *prezgodnja umrljivost*. Ker se podaljšano obdobje adolescence konča šele okoli 25. leta starosti in ker tako odraslo populacijo opredeljuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), smo **proučevali populacijo v starosti od 25 do 64 let**. Ob postavljenih bioloških mejah (čas rojstva in čas smrti) pri proučevanju prezgodnje umrljivosti ne obravnavamo le vprašanja podaljševanja življenja. Problem je razlika med dolgim in kratkim življenjem; zlasti dejstvo, da nekateri umrejo prezgodaj. Namen našega proučevanja je torej pomembno povezan predvsem s *preprečevanjem* prezgodnje umrljivosti. Analiza podatkov o umrljivosti v Sloveniji pokaže, da v posameznem proučevanem letu v starosti od 25. do 64. leta umre približno tretjina vseh umrlih vseh starosti.

Struktura vzrokov smrti se spreminja s starostjo

Diagram 2: Proučevani dejavniki umrljivosti kot determinante življenjskega standarda



Slika 10: Delež umrlih po spolu za proučevana leta (v %)



Starost in spol

Starost in spol sta biološka dejavnika, njuno vključevanje v pojasnjevalne modele pa praviloma zniža druge vplive na

(ne)enakosti v zdravju. Ob staranju se zvišujejo starostno specifične stopnje umrljivosti, kar je splet različnih vzrokov, zlasti bioloških. V našem vzorcu se tako po pričakovanjih večina umrlih v posameznem letu koncentrira v starejših starostnih skupinah. Prav tako se s starostjo spreminja struktura vzrokov smrti; starejše skupine v omenjenem vzorcu umirajo za drugimi vzroki kot mlajše (Tabela 23).

Za moške v starosti od 25 do 44 let so v proučevanih letih vodilni vzrok umrljivosti poškodbe. Z leti pri moških raste umrljivost zaradi novotvorb in bolezni obtočil, drugi vzroki pa se pojavljajo redkeje. Pri ženskah postanejo novotvorbe pogostejši vzrok umrljivosti v starostni skupini od 35 do 44 let. Poškodb je pri obeh spolih bistveno manj v starostnem obdobju od 55 do 64 let, ko začnejo kot pomemben vzrok umrljivosti prevladovati bolezni obtočil. Porazdelitve vzrokov smrti so v vseh treh opazovanih letih podobne.

Na vzorcu umrlih v starosti med 25. in 64. letom so očitne razlike med umrljivostjo moških in žensk; umrljivost moških je izrazito višja od umrljivosti žensk (Slika 10). Razlike v stopnjah in vzrokih umrljivosti med moškimi in ženskami lahko v velikem delu pripišemo biološkim razlikam in razlikam v življenjskem slogu – tako lahko izpostavimo “ženske” in “moške” bolezni oziroma vzroke umrljivosti. Ženske v tem starostnem obdobju umirajo predvsem zaradi raka materničnega vratu in dojke. Manj pogosto kot moški pa ženske umirajo zaradi poškodb (ki so največkrat povezane

Tabela 23: Povezava med starostnimi skupinami prebivalstva v starosti od 25 do 64 let in vzrokom smrti*

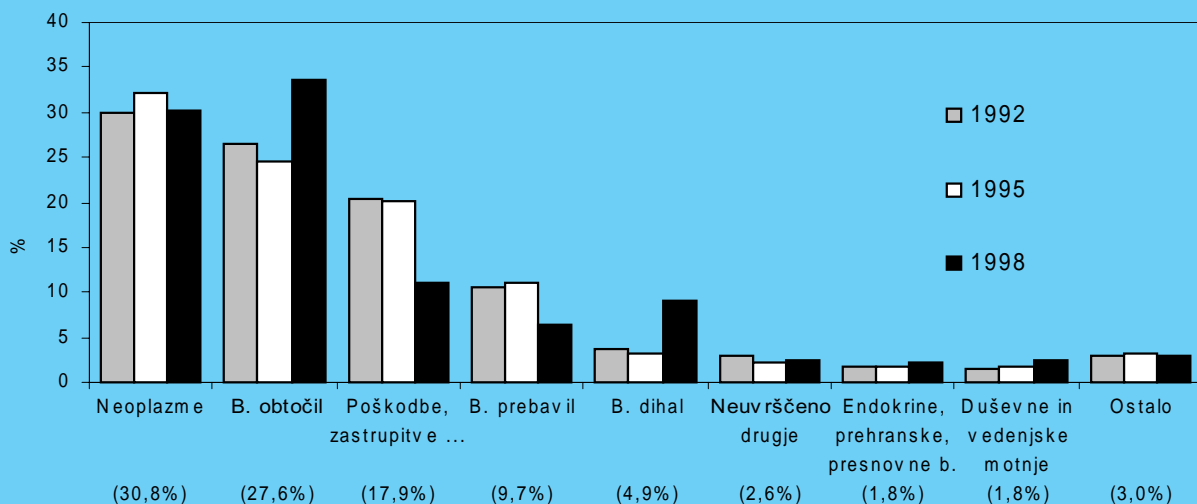
Starostni razred	Leto	Neoplazme		Bolezni obtočil		Poškodbe, zastripitve ipd.		Bolezni prebavil		Bolezni dihal		Drugo	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
25-34	1992	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
	1995	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-
	1998	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
35-44	1992	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
	1995	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
	1998	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
45-54	1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1995	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
	1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
55-64	1992	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-
	1995	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
	1998	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-

*Opomba: Oznaka »+« pomeni značilno odstopanje celice kontingenčne tabele za dano leto v smeri večjega deleža (standardizirani normaliziran ostanek 2 ali več), oznaka »-« pa v negativni smeri (standardizirani normaliziran ostanek -2 ali manj). Tabela se bere navpično. Za vsa leta je za oba spola starostni razred statistično značilno povezan z vzrokom.

s prometnimi nesrečami) in raki dihalnega sistema. Povezanost različnih družbenih statusov, vlog in življenjskih slogov z razlikami v zdravju po spolu se kaže tudi v grafičnih prikazih pogostnosti glavnih kategorij vzrokov smrti (Sliki 11 in 12).

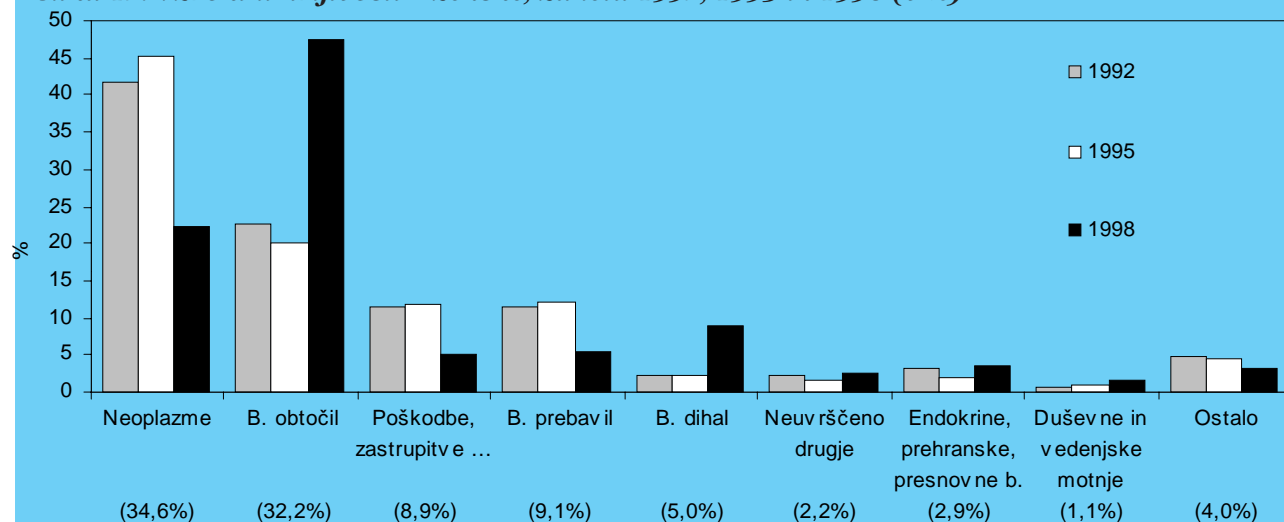
Ob pregledu indeksov presežne specifične stopnje umrljivosti (Slika 13) opazimo, da moški v proučevani starostni skupini v povprečju umirajo dvakrat bolj kot ženske.

Slika 11: Vzroki umrljivosti – moški, za leta 1992, 1995 in 1998 (v %)



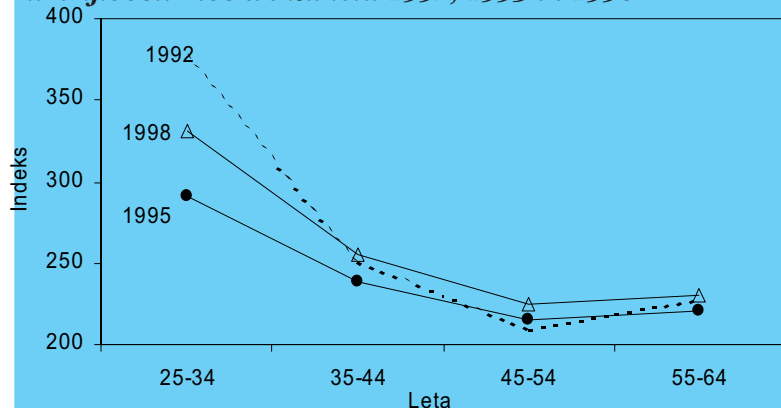
Opomba: Vrednosti v oklepaju predstavljajo povprečje vseh treh let

Slika 12: Vzroki umrljivosti – ženske, za leta 1992, 1995 in 1998 (v %)



Opomba: Vrednosti v oklepaju predstavljajo povprečje vseh treh let

Slika 13: Indeksi presežne* specifične stopnje umrljivosti moških za leta 1992, 1995 in 1998



*Opomba: Indeksi so izračunani na osnovi starostno specifičnih stopenj smrtnosti moških in žensk, pri čemer je ženska starostno specifična smrtnost enaka 100. Specifične stopnje se nanašajo na izbrano populacijo iz podatkovne baze (N=14816).

Tabela 24: Standardizirane starostno specifične stopnje umrljivosti, ločene po spolu, za leta 1992, 1995 in 1998 (na 100.000 prebivalcev Slovenije)*

starostni razred	1992		1995		1998		Razlika 1998-1992	
	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske
25-34	167,4	44,5	137,7	47,6	130,2	40,4	-37,2	-4,1
35-44	313,6	132,2	286,0	127,1	280,4	115,0	-33,2	-17,2
45-54	743,3	359,2	704,6	333,8	645,8	305,4	-88,4	-53,8
55-64	2033,1	774,4	1814,8	729,4	1642,6	654,5	-390,6	-119,9
25-64	690,9	294,6	626,8	278,8	586,6	251,9	-104,3	-42,8

*Opomba: Standardizirane starostno specifične stopnje se nanašajo na izbrano populacijo iz podatkovne baze (N = 14816)

Ta razlika je še posebej očitna v starostni skupini od 25 do 34 let, kjer moški v povprečju umirajo skoraj štirikrat bolj kot ženske (Tabela 24). Večji del prezgodnje umrljivosti pa se zgošča okrog starostne

skupine od 55 do 64 let. S starostjo se specifične stopnje umrljivosti po spolu sicer zmanjšujejo (za moške bolj kot za ženske), (neso)razmerje med spoloma pa ostaja enako visoko.

Analiza povezanosti starosti ob smrti z izbranimi socioekonomskimi in geografskimi dejavniki z enosmerno analizo variance za range (Kruskal-Wallisov test) pokaže statistično značilne razlike ($p < 0,05$) glede na *zakonski stan*, *šolsko izobrazbo* in *poklic* v vseh opazovanih letih, tako pri umrlih moških kot pri umrlih ženskah znotraj populacije v starosti od 25 do 64 let. Znotraj tako opredeljene populacije lahko sicer opazujemo tudi statistično značilno povezavo starosti in *maternega jezika*, a le pri umrlih ženskah za vsa izbrana leta, pri moških pa le za leto 1992. Ocena razvitosti regije se s starostjo ob smrti statistično značilno povezuje le pri moških za leto 1998. Korelacija *dobodnine s starostjo* ob smrti je v okviru aktivne populacije pri moških sicer statistično značilna, a je glede na velikost vzorca pričakovana in praktično zanemarljiva²⁶: vrednost Pearsonovega in Spearmanovega korelacijskega koeficienta je pod 0,1.

Dobodek

Dobodek posameznika/ce je pomembna determinanta preživetja (splošneje, kakovosti življenja) in smrti. Kljub temu je dohodek samo ena izmed mnogih

²⁶ Ker pojasnjuje tako majhen delež.

spremenljivk, ki vplivajo na naše možnosti uživanja življenja (glej pogl. Socialne razlike v zdravju: dohodkovno stanje). Povezava med dohodkom (merili smo ga z dohodnino) in umrljivostjo (upoštevaje vse vzroke smrti) se tudi v naši raziskavi izkaže za zelo kompleksno in nelinearno. Ker pa za velik del izbrane populacije (čeprav gre za populacijo mrtvih v starosti od 25 do 64 let) nismo imeli podatkov o dohodnini (s tovrstnim podatkom razpolagamo samo za umrle v letu 1998; glej Poudarek 6), na tem mestu ne predstavljamo podrobnejših rezultatov. Analiza obstoječih podatkov pa kaže, da se pri našem vzorcu dohodek žensk zgošča pri nižjih zneskih od dohodka moških (podatkov o dohodnini med ustrezno živo populacijo v okviru te raziskave še nimamo).

Šolska izobrazba

Kot pomemben dejavnik socioekonomskega stanja (določilnica družbene mobilnosti) posameznika/ce je, kot ugotavljamo že prej v Poročilu, izobrazba pojasnjevalno manj sporna kot dohodek, in jo je, za razliko od poklica, mogoče pripisati (skoraj) vsem ljudem. Raziskava je pokazala, da imajo posamezniki/ce z najnižjimi stopnjami izobrazbe višjo stopnjo umrljivosti zaradi določenih bolezni. Posameznikovo zdravje je močno negativno povezano s slabšimi izobraževalnimi in materialnimi možnostmi. Izobrazbene razlike v umrljivosti za populacijo med 25. in 64. letom starosti pokažejo, da je absolutno - še bolj pa relativno - največ umrlih z nedokončano osnovno šolo, ter da se višja izobrazbena raven sama po sebi izkazuje za pomemben varovalni dejavnik.

Analiza kontingenčnih tabel (ki jih povzema Tabela 25) kaže, da ženske z nedokončano osnovno šolo (OŠ) statistično značilno manj umirajo za novotvorbami (označeno z "-") kot ženske z višjimi stopnjami izobrazbe. Vendar pa so novotvorbe t.i. "krovni termin" cele skupine rakavih obolenj, pri čemer različna rakava obolenja različno prizadenejo različne socioekonomske skupine prebivalstva. Ženske z višjo izobrazbo bolj umirajo za rakom dojke. Ženske z nedokončano OŠ bolj (označeno s "+") umirajo za boleznimi srca in ožilja (v Tabeli skrajšano: obtočil), ki jih je po drugi strani pri ženskah s končano

Tabela 25: Povezava med šolsko izobrazbo in vzrokom smrti*

Šolska izobrazba	leto	Neoplazme		Bolezni obtočil		Poškodbe, zastripitve ipd.		Bolezni prebavil		Bolezni dihal		Drugo	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Nedokončana OŠ	1992												
	1995		-		+		-				+		
	1998		-		+		-		+	+	+		
OŠ	1992						-						
	1995								+				
	1998						+					+	
Poklicna šola	1992				-							-	
	1995		+										
	1998									-			
Srednja šola	1992										-		
	1995		+				+	+	-	-	-		-
	1998		+	+					-	-	-		-
Višja, visoka šola	1992				+	-		+	-		-		
	1995					-		+	-		-		
	1998		+			-				-	-		

*Opomba: Oznaka "+" pomeni značilno odstopanje celice kontingenčne tabele za dano leto v smeri večjega deleža (standardizirani normaliziran ostanek 2 ali več), oznaka "-" pa v negativni smeri (standardizirani normaliziran ostanek -2 ali manj). V celicah brez oznak delež vzroka smrti za dano izobrazbo ne odstopa od deleža vzroka smrti v celotnem vzorcu. Za vsa leta je za oba spola izobrazba statistično značilno povezana z vzrokom smrti ($p < 0,05$). Tabela se bere navpično.

višjo ali visoko šolo značilno manj kot pri ostalih skupinah.

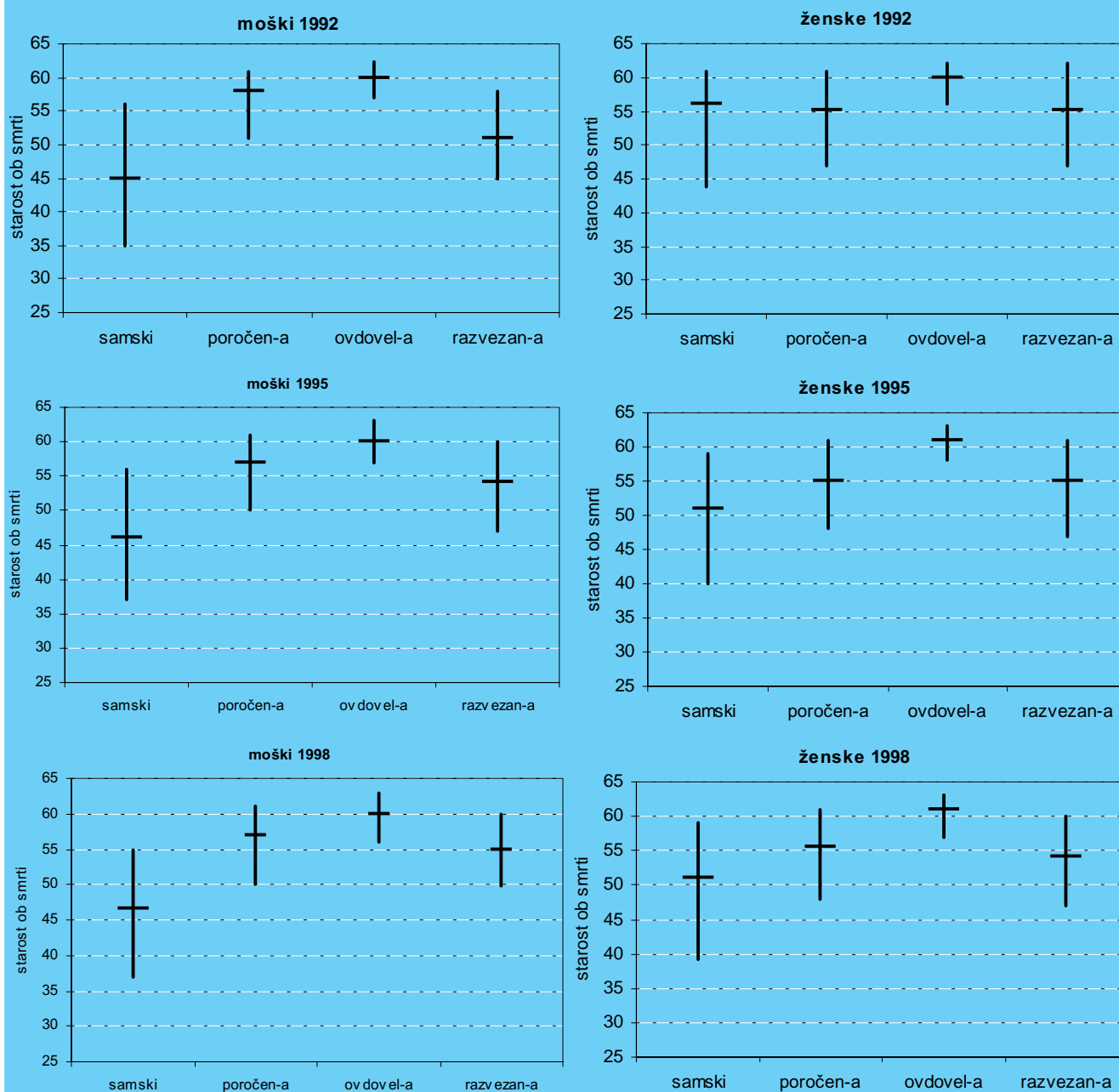
Moški z nedokončano OŠ značilno bolj umirajo zaradi bolezni dihal, katerih je, poleg smrti zaradi bolezni prebavil, manj pri umrlih moških s končano srednjo, višjo ali visoko šolo. Zato pa ti moški bolj umirajo zaradi bolezni obtočil, med katerimi izstopajo ishemične bolezni srca.

Zakonski stan

V skladu s teorijo socioekonomskih determinant zdravja je zakonska zveza oziroma urejeno partnerstvo zaščitni dejavnik za zdravje, ki z vzpostavljenim socialnim (varovalnim) omrežjem in čustveno podporo deluje kot blažilec družbenih stresov. Povezava, prikazana na Sliki 16, kaže, da samski obeh spolov umrejo prej kot ostali. Sledijo jim razvezani. Najugodnejša statusa v smislu poznejše smrti pa sta pri moških poročenost in ovdovelost. Pri razvezanih in poročenih ženskah ni opaznih razlik v umiranju; vendar pa poročene ženske umirajo nekoliko mlajše kot poročeni moški. Očitno je, da ima kopičenje družbenih vlog

Izobrazba je pomembno povezana z vzrokom smrti

Slika 14: Značilni kvantili porazdelitve starosti glede na zakonski stan* (ločeno po spolu, za leta 1992, 1995 in 1998)



*Opomba: Na vsakem diagramu so za vsak zakonski stan prikazani mediana (vodoravna črtica) ter 1. in 3. kvartil (spodnji oziroma zgornji konec navpične črte).

(seštevalni princip velja zlasti za ženske - kar povečuje verjetnost pojava s tem povezanega stresa) - tudi negativne posledice, kar se odrazi kot dejavnik tveganja.

Samski obeh spolov pogosteje umirajo za zunanjimi vzroki smrti. Le-ti so manj pomemben vzrok umiranja poročenih moških.

Analiza pokaže nižjo stopnjo umiranja za novotvorbami tako pri samskih moških kot samskih ženskah, pri samskih moških pa tudi manjšo stopnjo umiranja zaradi bolezni obtočil. Ravno nasproten je trend pri poročenih moških (Tabela 26), ki pogosteje umirajo zaradi novotvorb (pri moških je pomemben pljučni rak) in bolezni obtočil (predvsem za ishemično boleznijo srca).

Poklic

Delovno okolje je pomemben dejavnik tveganja za zdravje, zato smo poklic izbrali za eno od pojasnjevalnih spremenljivk. Vendar pa testna statistika ne pokaže statistično značilnih razlik v umiranju med poklici niti pri moških niti pri ženskah. Izjema so primeri umiranja zaradi zunanjih vzrokov smrti (poškodb) v vseh poklicnih

skupinah pri moških, z izjemo upokojencev, pri katerih pa se statistično značilno pomembneje pojavlja umiranje zaradi novotvorb in bolezni obtočil. Poleg tega se pojavljajo razlike v umiranju za posameznimi vzroki smrti glede na proučevana leta. Vendar so za interpretacijo tovrstnih razlik potrebne še nadaljnje analize.

Okolje

Okolje, ki ga v naši raziskavi določamo z bivališčem umrle/ga ob smrti, smo proučevali, da bi ocenili vpliv njegovih karakteristik in s tem prikazali razlike med različnimi geografskimi okolji. Okolje določa kakovost življenja, saj dostopnost zdravstvenega varstva, druge socialne storitve in kakovost urbanizacije pomembno vplivajo na življenje in umrljivost. Posameznik/ca je namreč v dinamičnem procesu interakcije z okoljem, ki povratno vpliva na njegovo/njeno zdravje. Okolje s stopnjo urbanizacije določa tako gospodarsko kot družbeno infrastrukturo. V raziskavi smo uporabili 12 statističnih regij in razdelitev Slovenije v tri skupine glede na razvojne možnosti²⁷:

(i) *prosperitetne regije* s pozitivno ocenjenimi razvojnimi potenciali: osrednjeslovenska, obalno-kraška, gorenjska, dolenska in goriška; (ii) *stagnantne regije*, ki imajo določene pozitivno ocenjene razvojne potenciale: savinjska, podravska, koroška in notranjsko-kraška; (iii) *regije s slabimi socio-ekonomskimi razmerami*, ki imajo omejene razvojne potenciale: spodnje-posavska, pomurska, zasavska.

Statistični testi potrjujejo našo hipotezo o razlikah med regijami. Kažejo namreč statistično značilne povezave med regijami (tako statističnimi kot skupinami regij) in vzroki smrti. Zaradi preobsežnosti in potrebe po nadaljnjih analizah je podrobnejša obravnava te tematike v pričujočem besedilu izpuščena. Razlike med regijami v zdravstvenem stanju prebivalstva pa očitno kaže tudi primerjava povprečne starosti ob smrti (Tabela 27).

Tabela 26: Povezava med zakonskim stanom in vzrokom smrti*

Zakonski stan	leto	Neoplazme		Bolezni obtočil		Poškodbe, zastrupitve ipd.		Bolezni prebavil		Bolezni dihal		Drugo	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Samski	1992	-	-	-		+	+				+	+	+
	1995	-		-		+					+		+
	1998	-	-	-		+	+				+	+	+
Poročen-a	1992	+	+	+		-							
	1995	+		+		-							
	1998	+		+		-						-	-
Vdovel-a	1992				+		-		+	+			
	1995								+				
	1998								+	+			
Razvezan-a	1992												
	1995												
	1998												

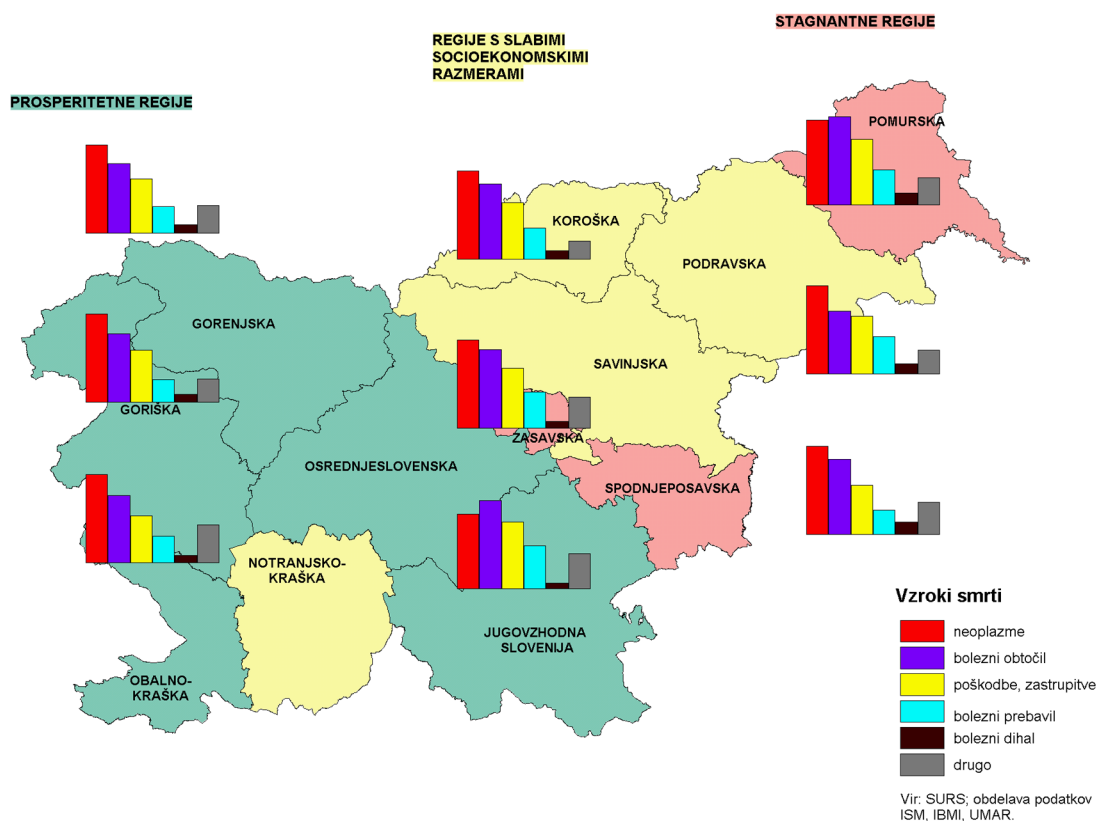
*Opomba: Za pojasnilo oznak glej Tabela 25. Za vsa leta je za oba spola zakonski stan statistično značilno povezan z vzrokom smrti.

Iz Tabele 27 je razvidno, da razlike v povprečni starosti ob smrti med posameznimi statističnimi regijami obstajajo. Starost ob smrti za moške je v regiji z najnižjim povprečjem v letu 1992 kar za 6 let nižja od starosti v regiji z najvišjim povprečjem. Skozi leta se razlike sicer zmanjšujejo; vsekakor pa ta razlika ostaja pomembno dejstvo. Presenetljiv je podatek na nivoju skupin regij, kjer so razlike komaj opazne. Tako za moške kot za ženske se razlike med regijami za nobeno od obravnavanih let glede medianske starosti ob smrti znotraj aktivne populacije v naši raziskavi ne izkazujejo za statistično značilne, pa naj gre za analizo po statističnih regijah ali pa za analizo skupin regij glede na sintezno oceno razvitosti. Izjema je statistično značilna razlika med prosperitetnimi regijami, stagnantnimi regijami in regijami s slabimi socioekonomskimi razmerami *pri moških*, umrlih v letu 1998, starih od 25 do 64 let. Tukaj se nam zato zastavlja vprašanje, v kolikšni meri zdravje vpliva na razvoj in v kolikšni meri razvoj na zdravje. Odgovora na tem mestu in na osnovi analiziranih podatkov ne moremo ponuditi, vsekakor pa to vprašanje

Okolje je pomembna določilnica kakovosti življenja

²⁷ Leta 1997 so na Inštitutu za ekonomska raziskovanja s pomočjo strokovnjakov Urbanističnega inštituta RS in Ekonomske fakultete v Ljubljani razvili metodo za ekspertno oceno razvojnih možnosti slovenskih regij, ki je bila kasneje še nekoliko izpopolnjena (Kavaš, IER). Metoda izhaja iz predpostavke, da razvitosti regije ni mogoče meriti le na osnovi statističnih kazalcev. Poleg sedanjega stanja v regiji so pomembne tudi njene razvojne možnosti, ki v veliki meri temeljijo na endogenih potencialih regij.

Slika 15: Vzroki umrljivosti po regijah, moški, 1992, 1995, 1998



Slika 16: Vzroki umrljivosti po regijah, ženske, 1992, 1995, 1998

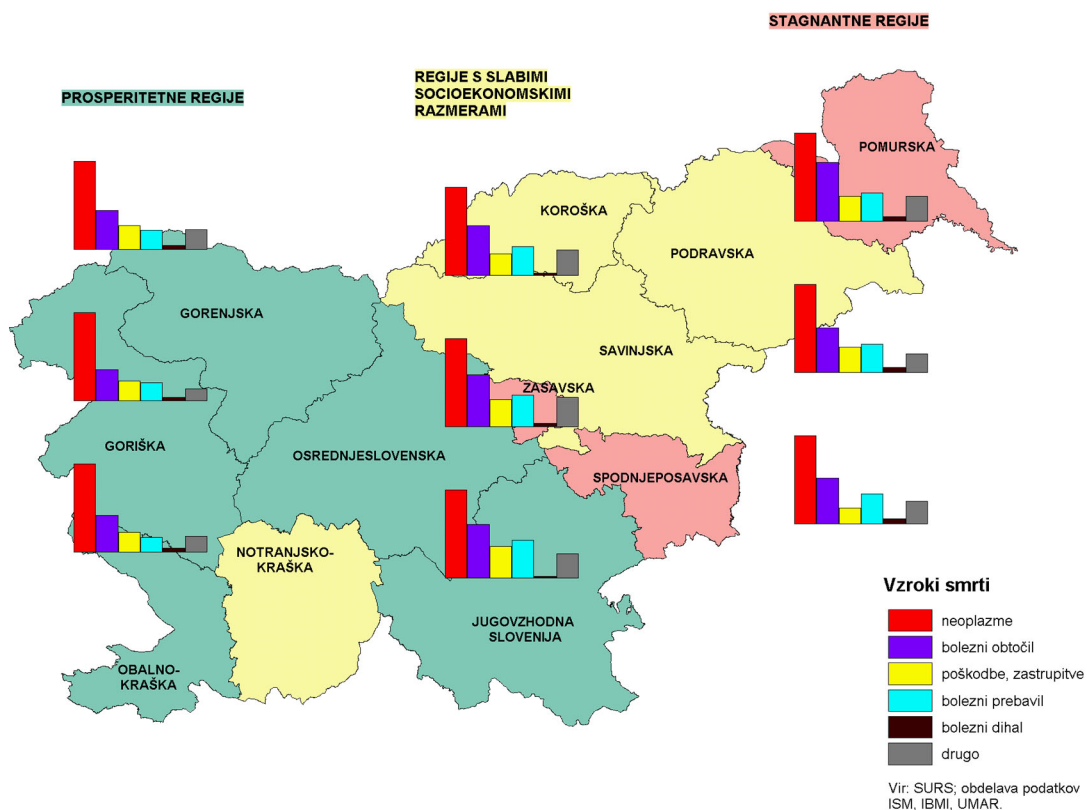


Tabela 27: Povprečna starost ob smrti (v letih) po regijah in skupinah regij, po spolu za izbrana leta*

Spol in leto	Povprečna starost ob smrti	Medianska starost ob smrti	Najnižje povprečje med regijami	Najvišje povprečje med regijami	Razlika med najv. in najn. povprečjem	Povprečje prosperitetne skupine regij	Povprečje stagnantne skupine regij	Povp. skup. regij s slabimi socio-ekon. razmerami
Moški 1992	66,3	68	63,8 (Zasavska)	70,0 (Goriška)	6,2	66,5	65,6	66,7
Ženske 1992	74,8	79	73,7 (Zasavska)	77,1 (Goriška)	3,4	75,2	74,2	75,2
Moški 1995	66,8	68	65,0 (Dolenjska)	69,3 (Notranjsko-kraška)	4,3	67,0	66,3	67,0
Ženske 1995	75,4	79	73,86 (Koroška)	78,8 (Goriška)	5,0	75,8	74,7	75,5
Moški 1998	67,0	69	65,3 (Dolenjska)	69,8 (Notranjsko-kraška)	4,5	67,4	66,6	66,6
Ženske 1998	76,1	78	75,0 (Koroška)	78,4 (Notranjsko-kraška)	3,3	76,5	75,5	76,0

*Opomba: N (v starosti 0+ let) = 54419

že dlje časa vznemirja raziskovalce/ke socialne medicine, zdravstvene sociologije in zdravstvene ekonomike, predvsem pa bi moralo biti v ospredju zanimanja oblikovalcev/k politik.

Poleg vzroka smrti pa je za nadaljnje ukrepanje - predvsem na zdravstvenem področju - pomembna tudi starost ob smrti. Regresijski model z optimalnim skaliranjem, v katerega smo kot neodvisne spremenljivke vključili spol, razvojno skupino regij, poklic, zakonski stan, materni jezik in šolsko izobrazbo, kot odvisno spremenljivko pa starost ob smrti (za celotno populacijo, ne le za umrle v starosti od 25 do 64 let), sicer pojasnjuje več kot 50% variance odvisne spremenljivke. A podrobnejša interpretacija rezultatov presega okvir pričujočega besedila, v prid veljavnosti naših spoznanj pa gredo rezultati istovrstnega multivariatnega postopka (CATREG), uporabljenega za napovedovanje vzroka smrti pri aktivni populaciji na podlagi izbranih dejavnikov, ki praktično v celoti potrjujejo izsledke bivariatnih analiz in hierarhičnih loglinearnih modelov.

Na tem mestu objavljamo samo delne rezultate na področju proučevanja povezanosti socialnoekonomskih dejavnikov na zdravstveno stanje oz. smrtnost in po nam dostopnih podatkih edine raziskave v Sloveniji na praktično celotni

populaciji umrlih. Pričakovali smo razlike v umiranju ljudi glede na njihov socioekonomski položaj: osebe z nižjo izobrazbo, nezaposleni, z nižjim dohodkom itn. naj bi umirali prej, predvsem pa zaradi drugačnih vzrokov kot višje izobraženi in bolje materialno preskrbljeni. Vendar pa tukaj predstavljeni rezultati zahtevajo še podrobnejše analize. Tako še ne moremo ponuditi dokončnega odgovora na v uvodu zastavljene hipoteze. Lahko pa na osnovi dosedanjih rezultatov povzamemo, da se za pomembne določilnice vzroka smrti in starosti ob smrti poleg spola izkazujejo tudi klasični stratifikacijski dejavniki. V starostnem razredu od 25 do 64 let so tako zakonski stan, izobrazba in dohodek ljudi statistično pomembno povezani z umiranjem za različnimi vzroki smrti. Samsko življenje, višja izobrazba in višji dohodek se kažejo kot dejavniki tveganja za umiranje zaradi poškodb pri obeh spolih. Smrti zaradi novotvorb pa je značilno več pri poročenih, osebah z višjo izobrazbo in višjim dohodkom. Predvsem samski moški, osebe z nižjo izobrazbo in manjšimi dohodki umrejo prej kot poročeni in bolje izobraženi in bolje materialno preskrbljeni. Ob vseh navedenih dejavnikih tveganja na umrljivost pomembno vpliva tudi spol - umrljivost se med moškimi in ženskami namreč bistveno razlikuje. Kot ugotavljajo različni raziskovalci in potrjuje naša analiza, moški v vseh starostnih in družbenih razredih umirajo pogosteje kot ženske in zaradi drugih vzrokov.

Pomembne določilnice vzroka smrti tudi klasični stratifikacijski dejavniki

Zaradi poškodb izgubimo toliko let potencialnega življenja, kot zaradi novotvorb ter bolezni srca in ožilja skupaj

Smrtne poškodbe le vrh ledene gore

Vendar pa se moramo zavedati, da vsak nekoč umre, in da je vsota vzrokov smrti vedno 100-odstotna. Vsako pomembno povečanje števila nekaterih vzrokov smrti je zato neizogibno povezano s posledičnim zmanjšanjem števila drugih vzrokov smrti. Ni pa nujno, da je porast nekega vzroka smrti že znak za preplah. Lahko je le logična posledica zvišanja pričakovane dolžine življenja, s čimer se neposredno poveča možnost smrti zaradi starostnih bolezni (Uhl, 2002).

Raziskava, katere delne rezultate smo prikazali, je zasnovana tako, da je možno bazo podatkov dopolnjevati na tri leta. Tako bi bilo možno kontinuirano spremljanje povezanosti vzrokov umiranja z "dejavniki tveganja". Z raziskavami, v katerih povezujemo različne podatkovne baze, lahko namreč dobimo koristne informacije o posameznih razsežnostih zdravja in bolezni. Neposredne ugotovitve se ne nanašajo le na prevalenco zdravstvenih stanj, ampak lahko prispevajo pomembne osnove za postavitev socialnomedicinskih diagnoz, npr. pri opredeljevanju zdravstvenega stanja prebivalcev/k, in dejavnikov, ki so s tem povezani. S pomočjo tovrstnih raziskav lahko pridobimo informacije o naravi, razširjenosti in posledicah zdravstvenih problemov, ki lahko služijo kot podlaga za določanje prioritet, načrtovanje ukrepov in zdravstvene dejavnosti nasploh. Spoznavanje posameznih vzrokov smrti in njihov relativni pomen nam omogoča, da podrobneje spoznamo, kako se razvija zdravje prebivalstva. Vsak posamezni vzrok smrti lahko namreč izzove številna vprašanja o pokojnikovem življenjskem slogu, bivalnem okolju, zdravstveni oskrbi ipd.

Ker vemo, da vzorci obolevanja sledijo podobnim trendom kot umrljivost, upamo, da bodo ta in podobne raziskave povezanosti socioekonomskih dejavnikov z zdravstvenim stanjem populacije pomembno prispevale tudi k načrtovanju in oblikovanju nacionalnih programov za boljše zdravje slovenske populacije v prihodnosti.

3.2 Problematizacija in konceptualizacija poškodb

Poškodbe so družben problem v Sloveniji in po svetu: zaradi poškodb izgublamo predvsem otroke in mlade ljudi. So vodilni vzrok umrljivosti v mlajši populaciji, zato na tem mestu še enkrat opozarjamo na problem prezgodnje umrljivosti. Prezgodnjo umrljivost merimo s potencialno izgubljenimi leti življenja²⁸, to je leti življenja, ki bi jih oseba preživela do 65. leta, če ne bi umrla prezgodnje smrti. V Sloveniji zaradi poškodb izgubimo približno tretjino let potencialnega življenja. V svetu je leta 1998 (leto, za katerega je na voljo največ mednarodno primerljivih podatkov) zaradi poškodb umrlo 5,8 milijonov ljudi, tj. skoraj 16.000 ljudi na dan; poškodbe so predstavljale 7% celotne umrljivosti. Po projekciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) bodo do leta 2020 poškodbe postale drugi najpomembnejši razlog umrljivosti na svetu, takoj za kroničnimi nenalezljivimi in pred nalezljivimi boleznimi (Melbourne Declaration, 1996).

Težo bremena poškodb za družbo v glavnem razberemo skozi podatke o umrljivosti. Vendar pa ti podatki ne odsevajo celotnega obsega ali teže problematike poškodb, saj so smrtne poškodbe le vrh piramide (Slika 17). Zaradi napredka medicine se število preživelih po poškodbi povečuje, vendar po akutnem zdravljenju potrebujejo še dolgotrajno rehabilitacijo. Večina poškodovancev zaradi poškodb namreč ne umre, lahko pa so zaradi njih vse življenje prizadeti. Ocenjuje se, da je na svetu vsako leto zaradi poškodb trajno prizadetih 78 milijonov ljudi. Ob poškodbi se človek sooča s fizičnimi, psihičnimi, socialnimi in ekonomskimi težavami, družba pa ima velike finančne izgube zaradi naraščajočih stroškov zdravljenja, izgube delovnih dni ter okvar, prizadetosti in oviranosti ljudi po poškodbi. Število poškodb brez smrtnega izida prikazujemo tudi s podatki o hospitalizacijah, pregledih v urgentnih in specialističnih ambulantah ter v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti.

²⁸ YPLL - Potencialna izgubljena leta življenja /Years of Potential Life Lost/

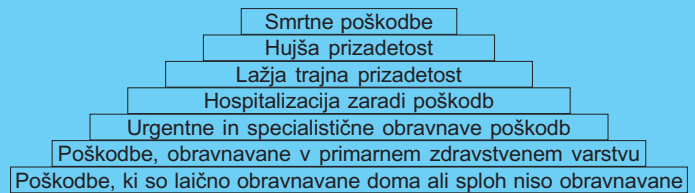
Neposredni in posredni stroški zaradi poškodb letno znašajo 1% celotnega bruto družbenega proizvoda tako v razvitih deželah kot v deželah v razvoju, če pri tem sploh ne upoštevamo psihične stiske, ki jo prinaša morebitna invalidnost po poškodbi, in izgube, ki jo ob smrti občutita družina in širša družbena skupnost.

Pripadniki/ce epidemiološkega pristopa pri raziskovanju poškodb ugotavljajo, da poškodbe niso naključno (slučajno) distribuirane skozi populacijo. Frekvence določenih podskupin (številčnost v določenih podskupinah) so zaradi različnih socioekonomskih, ruralno-urbanih, geografskih, časovnih (kavzalnih) dejavnikov različno distribuirane (razporejena) glede na posamezne poškodbe. Raziskovanje in poznavanje te neenake distribucije oz. njenih vzročnih dejavnikov je temelj za pripravo preventivnih programov. Za analize in oblikovanje preventivnih programov se uporabljajo podatki o *zunanjem vzroku poškodb*. V tem okviru se poškodbe najpogosteje razdeli v kategorije glede na to, ali je poškodba nastala namerno (nasilje, samopoškodba, zakonito posredovanje, vojne operacije) ali nenamerno (transportne nezgode, padci, utopitev, zadušitev, izpostavljenost ognju, zastrupitev itd.) ali kot dogodek nedoločene namena. Zdravstvena statistika ločuje tudi med poškodbami na delu in poškodbami izven dela, kar se nanaša na delovno aktivno populacijo. Pogostnost poškodb po vzroku, vrsti in številčnosti se razlikuje glede na spol, starost, regijo, državo, čas, itd. V tem besedilu so poškodbe predstavljene za posamezna leta glede na razpoložljive podatke 1) po posledicah (smrtne poškodbe, hospitalizacije, obisk ambulant osnovnega zdravstvenega varstva itd.); 2) po podskupinah poškodb glede na zunanji vzrok poškodbe (pri smrtnih poškodbah: prometne nezgode, samopoškodbe, nasilje in drugo; pri drugih posledicah so vključeni še padci); 3) po spolu; 4) po starostnih razredih; 5) z absolutnimi števili, odstotki in standardiziranimi stopnjami (v nadaljevanju besedila, če ni eksplicitno navedeno drugače, uporabljamo standardizirano stopnjo smrtnosti na 100.000 prebivalcev populacije na splošno -SDR); 6) s časovnimi vrstami in/ali 7) prostorsko: Evropa (51

Poudarek 7: Opredelitev poškodb

Poškodba (laesio) je fizična okvara tkiva, organa ali organizma, do katere pride zaradi nenadnega ali kratkotrajnega delovanja količine energije, ki presega prag fiziološke tolerance posameznika. Energija je lahko mehanska, toplotna, električna, kemična ali radiacijska. Med poškodbe spadajo tudi utopitve (pomanjkanje kisika), podhladitev (pomanjkanje toplote), zadavitev (pomanjkanje kisika), dekompresijska bolezen (višek dušika), zastrupitve (toksična snov). Čas od izpostavljenosti do pojava poškodbe je kratek. Med poškodbe pa ne spadajo stanja, ki nastanejo zaradi dolgotrajnega stresa, npr. kronična bolečina ledvenega dela hrbtenice ali zastrupitev zaradi infekcije.

Slika 17: Poškodbeni piramida



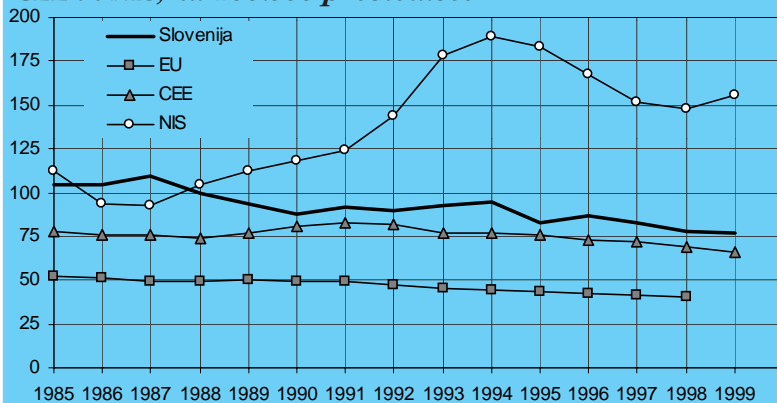
evropskih držav, vključenih v Svetovne zdravstvene organizacije), EU-15, CEE (Slovenija, Makedonija, Bolgarija, Albanija, Slovaška, Češka, Hrvaška, Romunija, Poljska, Madžarska ter Bosna in Jugoslavija, za kateri pa ni podatkov), NIS (petnajst 'novih' držav, nastalih iz bivše SZ. Izjemoma

Poudarek 8: Metodološka opozorila

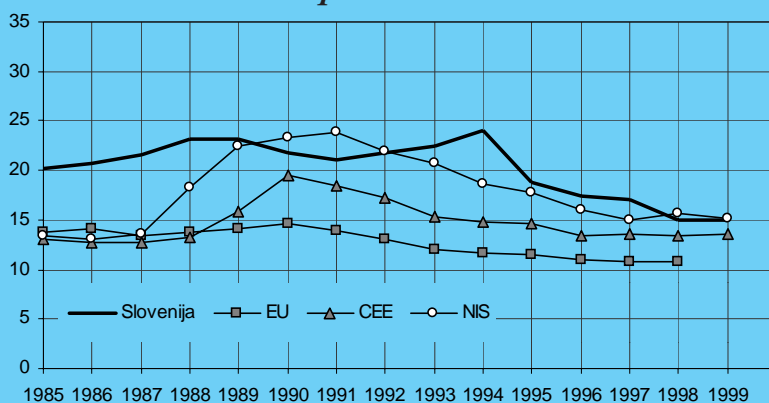
Zdravstvena statistika uporablja opredelitve poškodb po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemih za statistične namene - od leta 1997 dalje se uporablja MKB-10, kar otežuje medčasovne primerjave; poglavje XIX: Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov) in XX: Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti. Govorimo o različnih *vrstah* poškodb (površinska poškodba, rana, zlom, izpah, zvin, nateg, zastrupitev itd.) in poškodovanih delih telesa (glava, vrat, okončine, prsni koš, trebuh itd.). Za leta 1988-1996 so skupine zunanjih vzrokov definirane po MKB-9, za obdobje po letu 1997 pa po MKB-10 kot transportne nezgode (E800-848 oz. V01-99), padci (E880-888 oz. W00-19), samopoškodbe (E950-959 oz. X60-84) in medosebno nasilje (E960-E969 oz. X85-Y09).

Podatki o umrljivosti in obolevnosti so prikazani z absolutnimi števili, odstotki in starostno specifičnimi stopnjami, kar pomeni število umrlih ali obolelih določene starosti na 100.000 prebivalcev iste starosti. Vir podatkov o umrlih je Baza podatkov o umrlih pri Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ): Zdravniško poročilo o smrti in vzroku smrti ter obrazec DEM2. Podatki o hospitalizacijah izvirajo iz Evidenca podatkov o bolnišničnih obravnavah zaradi poškodb in iz Evidenca podatkov o bolnišničnih obravnavah zaradi zastrupitev pri Inštitutu za varovanje zdravja RS. Vir podatkov o pregledih zaradi poškodb in zastrupitev v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti je Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva, računalniško podprta poročila (ZUBSTAT), ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja RS. Podatki o zdravljenju na rehabilitaciji izvirajo iz Evidenc o ambulantni in bolnišnični fizikalni medicini in rehabilitaciji (IVZ), vir podatkov o začasnih odsotnostih z dela je Evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov (IVZ). Vir podatkov o stalnih prebivalcih/kah Slovenije je Centralni register prebivalstva RS, Statistični urad RS. Podatki o standardizirani umrljivosti v različnih državah izhajajo iz podatkovne baze Svetovne zdravstvene organizacije "Health for All".

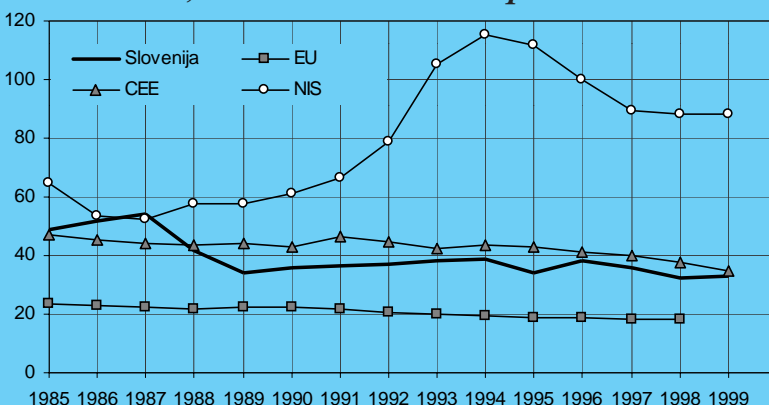
Slika 18: Smrtne poškodbe zaradi zunanjih vzrokov v EU, CEE in NIS, na 100.000 prebivalcev



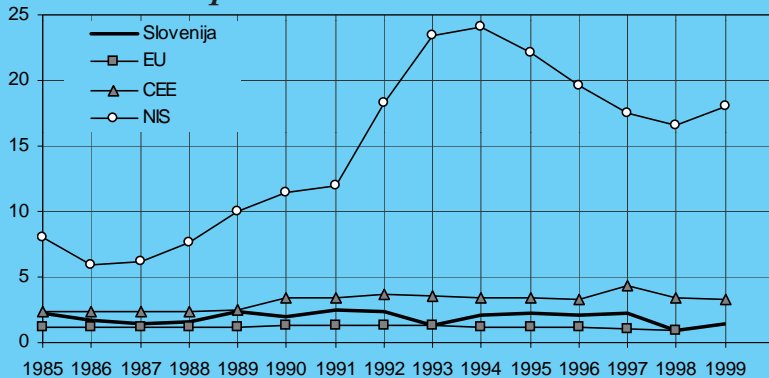
Slika 19: Smrtne poškodbe zaradi motornih nezd v EU, CEE in NIS na 100.000 prebivalcev



Slika 20: Smrtne poškodbe zaradi drugih zunanjih vzrokov v EU, CEE in NIS na 100.000 prebivalcev



Slika 21: Smrtne poškodbe zaradi nasilja v EU, CEE in NIS na 100.000 prebivalcev



Vir: (2002) HFA podatkovna baza. SZO, Ženeva

- zaradi konsistentnosti podatkov v letih pred 1990 - so v to skupino vključene še Estonija, Litva in Latvija).

V svetu je bila leta 1998 povprečna standardizirana stopnja smrtnosti na 100.000 prebivalcev 97,9. V Evropi je bila 86,7; v NIS 171, v CEE 66,3 in 40,6 v EU-15. V Sloveniji je zaradi poškodb ta stopnja 77,5/100.000. Standardizirana stopnja smrtnosti zaradi poškodb je v Sloveniji pod stopnjo NIS in nad stopnjo CEE. Le-ta je bila v EU in CEE (in Sloveniji) leta 1998 nižja v primerjavi z letom 1991. To ne velja za države NIS, posledično pa tudi ne za povprečje celotne evropske regije SZO (Slika 18).

V podatkovni bazi SZO (HFA Database) so poškodbe kategorizirane na štiri podskupine glede na zunanji vzrok poškodb: nezgode z motornimi vozili, drugi zunanji vzroki (vse drugo), samopoškodbe, nasilje in namerne poškodbe.

Za vse skupine v analizo vključenih držav - vključno s Slovenijo - velja, da se je stopnja smrtnosti zaradi motornih nezd na ravni povprečij zmanjšala (Slika 19).

V državah EU so se - na ravni povprečja - od leta 1991 do leta 1999 konstantno zmanjševale stopnje smrtnosti v vseh štirih podskupinah zunanjih vzrokov poškodb. V skupini držav NIS je leta 1999 glede na leto 1991 nižja samo stopnja nezd z motornimi vozili, višje pa so stopnje smrtnosti zaradi nasilja, samopoškodb in drugih vzrokov.

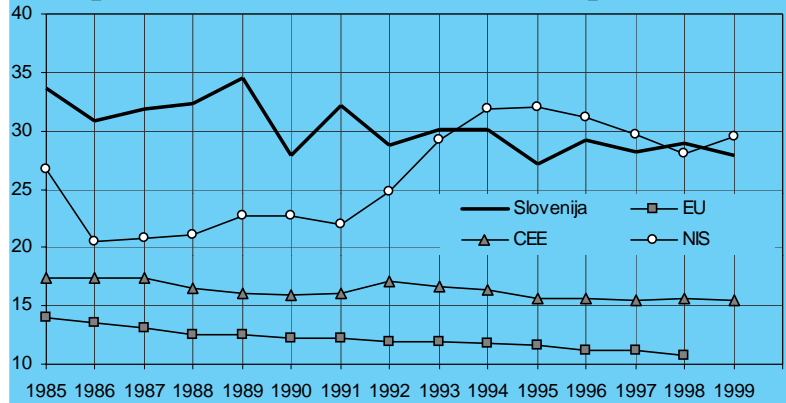
V primerjavi z drugimi državami v evropski regiji SZO leta 1998 države NIS opazno izstopajo po stopnji smrtnosti zaradi 'drugih zunanjih vzrokov poškodb' in nasilja. Stopnje so leta 1998 v večini držav NIS nad 60 (v Rusiji celo 109), v državah CEE je med 20 in 45, v državah EU pa pod 20 (Slika 20). Stopnja smrtnih poškodb zaradi nasilja je v državah EU in CEE državah nižja od 4 na 100.000 prebivalcev. Slovenija je po tem vzroku smrtnosti pod stopnjo povprečja CEE in zelo blizu povprečja EU (Slika 21). Se pa zato stopnje smrtnosti zaradi samopoškodb in prometnih nezd za Slovenijo gibljejo blizu povprečja NIS, v posameznih letih v

obdobju med 1991 in 1999 pa ga celo presežejo (Sliki 19 in 22).

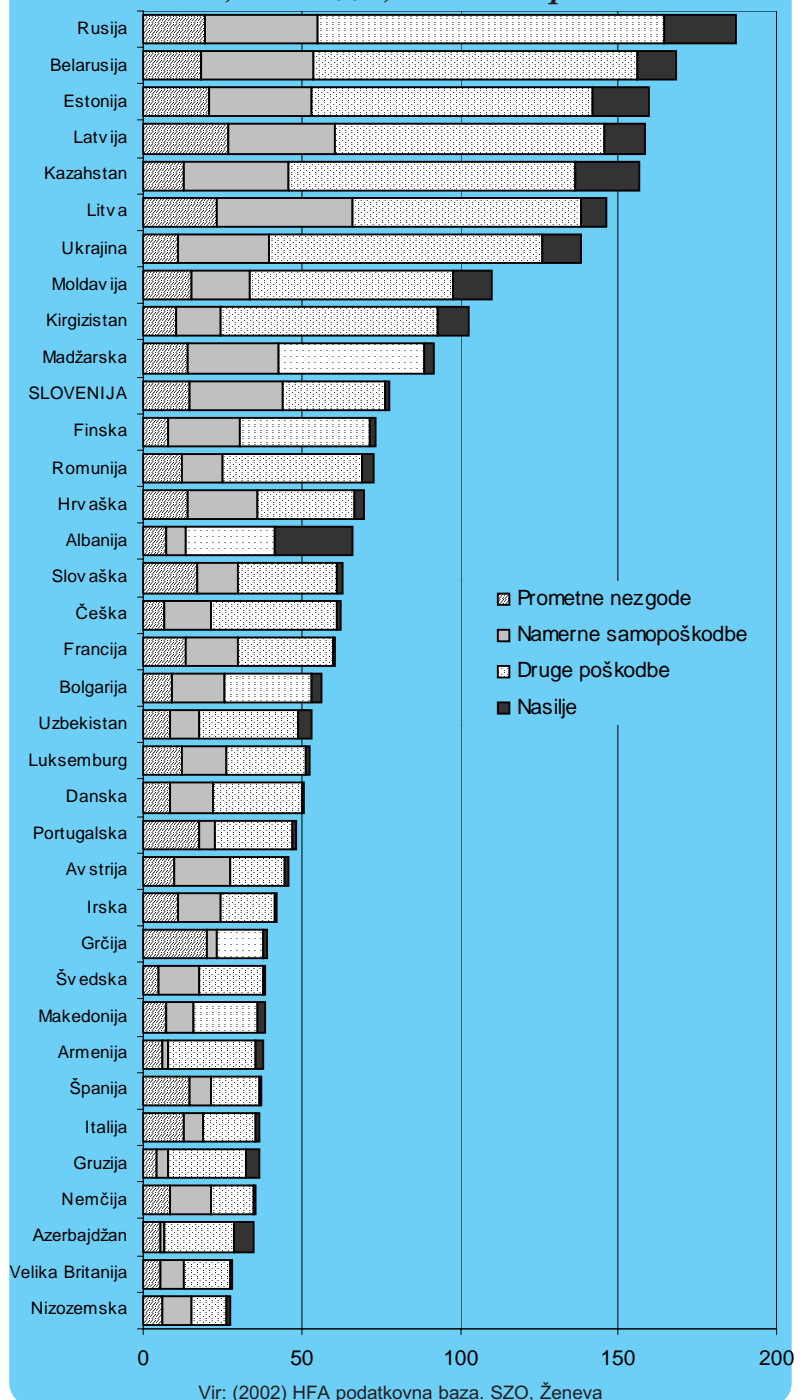
Primerjalno je po izbranih *državah EU* (Slika 23) za vse poškodbe skupaj od leta 1991 do leta 1998/1999 najslabše uvrščena Finska, sledi ji Francija, najboljše pa sta uvrščeni Velika Britanija in Nizozemska. Razloge za njihove razvrstitve je mogoče razumeti, če pogledamo podskupine poškodb. Najmanj razlik je v podskupini nasilja. Najnižje stopnje smrtnosti zaradi prometnih poškodb glede na zadnje razpoložljive podatke (1998/99) imajo Švedska, Nizozemska in Velika Britanija. V tem pogledu so najbolj kritične Belgija, Francija in Luksemburg ter štiri južne članice EU (Portugalska, Grčija, Španija in Italija). Slednje štiri, vključno z Veliko Britanijo, imajo najnižje stopnje smrtnosti zaradi samopoškodb, najvišje pa Finska in Avstrija. V okviru podskupine *drugo* imajo najnižje stopnje smrtnosti Nizozemska, Nemčija, Grčija, Španija in V. Britanija, najvišje pa Finska in Francija.

Stopnja smrtnosti zaradi poškodb v državah *srednje in vzhodne Evrope* (12 držav članic SZO, za Bosno in Jugoslavijo ni podatkov) se je od leta 1991 sicer zmanjšala iz 82,7 na 66,3 v letu 1999. Tudi stopnje vseh štirih podskupin zunanjih vzrokov poškodb so se leta 1999 v primerjavi z letom 1991 znižale. Primerjalno po državah so po tem vzroku smrtnosti za obdobje 1991-1998/1999 med desetimi državami najslabše uvrščene Madžarska, Hrvaška (ta je sicer ves čas nekako vprašljiva; zaradi vojne so namreč trendi 'nenormalni'), Slovenija in Poljska. V podskupini samopoškodb se Slovenija uvrsti takoj za Madžarsko - ki ima najvišjo stopnjo smrtnosti zaradi samopoškodb - in pred Hrvaško. Te države (in kasneje še Poljska) so najbolj kritične zlasti pri prometnih nezgodah, Madžarska pa izstopa tudi glede na druge poškodbe. Razlike med državami glede na smrtne poškodbe zaradi nasilja niso velike; stopnje smrtnosti so v vseh nižje od 5/100.000 prebivalcev. V celoti in po podskupinah (prometne nezgode, samopoškodbe, nasilje in druge nezgode) se v tej skupini najbolj odrežejo Makedonija, Bolgarija in Albanija.

Slika 22: Smrtne poškodbe zaradi namernih samopoškodb v EU, CEE in NIS na 100.000 prebivalcev



Slika 23: Smrtne poškodbe zaradi zunanjih vzrokov, izbrane države, v letu 1998, na 100.000 prebivalcev



Primerjalno po državah NIS so imele najvišje stopnje smrtnih poškodb leta 1991 tri baltske države in Rusija. Leta 1998 se jim pridružita še Belorusija in Kazahstan. Najbolje se v tem pogledu odrežejo Gruzija, Azerbajdžan in Tadžikistan. Pri umrljivosti zaradi motornih nezgod lahko opozorimo, da so si nerazvite in najbolj razvite države celo zelo podobne po posledicah, čeprav zelo različne po vzrokih: ene imajo manj smrtnih poškodb zaradi nerazvitosti, druge pa zaradi razvitosti.

Poškodbe in njihove posledice v Sloveniji

Smrtne poškodbe v Sloveniji

V obdobju 1995-1999 je zaradi poškodb in zastrupitev vsako leto umrlo povprečno 1721 ljudi. Še posebej je zaskrbljujoč podatek, da so le-te vodilni vzrok umrljivosti pri otrocih (1-14 let), mladostnikih (15-19 let) in mlajših odraslih (20-44 let) (Tabela 28).

Tabela 28: Poškodbe - eden izmed petih vodilnih vzrokov smrti po starostnih skupinah, 1998

R/L	0 let	1-3	4-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75-84	85+	Vsi
1	XVII 41	XIX 9	XIX 6	XIX 3	XIX 11	XIX 75	XIX 154	XIX 163	II 290	II 657	II 601	IX 1923	IX 2479	IX 2333	IX 7931
2	XVI 37	XVII 5	II 3	II 2	II 3	XVIII 8	II 22	II 83	XIX 231	IX 472	IX 434	II 1636	II 1045	X 535	II 4795
3	XVIII 4	II 2	VI 2	IV 1	IV 3	IX 5	XVIII 22	IX 45	IX 228	XI 202	XI 144	X 353	X 500	II 447	X 1538
4	IV 3	VI 2	drugo 3	XVIII 1	IX 3	II 4	VI 9	IX 41	XI 111	XIX 187	XIX 108	XI 309	XI 179	XVIII 229	XIX 1462
5	drugo 4			I 1	drugo 3	VI 4	V 8	XVII 18	XVIII 57	X 49	XI 61	XIX 207	XIX 164	XIX 142	XI 1116
Vsi	93	21	14	8	23	103	240	405	1065	1776	1501	4828	4859	4103	19039
M O Š K I															
R/L	0 let	1-3	4-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75-84	85+	Vsi moški
1	XVII 27	XIX 5	XIX 5	XIX 3	XIX 7	XIX 57	XIX 123	XIX 141	XIX 196	II 415	II 403	IX 1051	IX 968	IX 606	IX 3516
2	XVI 26	XVII 4	II 3	II 2	IV 2	XVIII 8	II 16	II 39	II 167	IX 365	IX 310	II 1000	II 494	X 198	II 2709
3	XVIII 2	II 2	XVIII 1	IV 1	IX 2	IX 4	XVIII 15	IX 39	IX 153	XIX 146	XI 99	X 240	X 256	II 180	XIX 1002
4	IV 2		XVII 1	XVIII 1	X 1	II 2	VI 9	XI 28	XI 80	XI 125	XIX 75	XI 180	XIX 63	XVIII 52	X 809
5	XIX 1		I 1			drugo 4	V 7	V 18	V 47	XVIII 60	X 46	XIX 139	XI 62	XIX 41	XI 607
Vsi	58	11	11	7	12	76	186	307	751	1249	1035	2817	2018	1188	101731
Ž E N S K E															
R/L	0 let	1-3	4-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75-84	85+	Vse ženske
1	XVII 14	XIX 4	VI 2	I 1	XIX 4	XIX 18	XIX 31	II 44	II 137	II 242	II 198	IX 872	IX 1511	IX 1727	IX 4415
2	XVI 11	VI 2	XIX 1		II 3	XVIII 2	XVIII 7	XIX 22	IX 61	IX 107	IX 124	II 636	II 551	X 337	II 2086
3	XVIII 2	drugo 4			drugo 4	II 2	II 6	XI 13	XIX 35	XI 77	XI 45	XI 129	X 244	II 267	X 729
4	XV 2					VI 2	IX 3	IX 6	XI 31	XIX 41	XIX 33	X 113	IV 119	XVIII 177	XI 509
5	Drugo 6					X 2	X 2	VI 6	XVIII 14	XVIII 17	X 15	IV 73	XI 117	XIX 101	XIX 460
Vsi	35	10	3	1	11	27	54	98	314	527	466	2011	2841	2915	9313

Vir: www.gov.si/ivz/umrli/tabele.htm, Number of deaths and mortality rate by ICD-10, 1998.

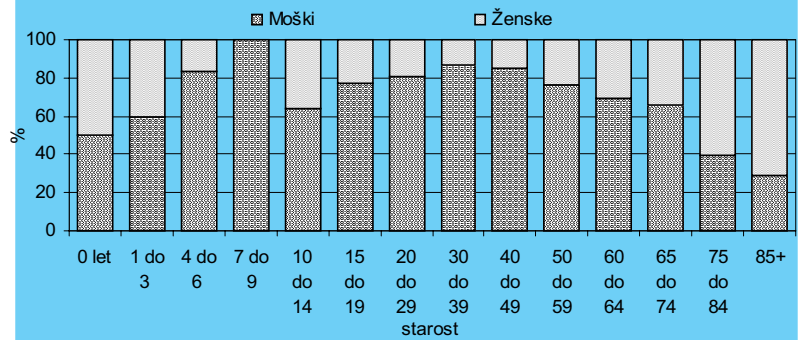
Opombe: R- rang; XIX - poškodbe in zastrupitve; II - maligne novotvorbe; IX - bolezni obtočil; X - bolezni dihal; XI - bolezni prebavil, IV - endokrine, prehranske ter presnovne bolezni; XVIII - simptomi, znaki ter nenormalni izvidi, nevrščeni drugje.

Starostno specifična umrljivost v Sloveniji raste s starostjo poškodovancev/k in je najvišja pri poškodovancih/kah, starejših od 80 let. V študijah je bilo dokazano, da imajo stari ljudje zaradi sicer enako težkih poškodb nesorazmerno višjo stopnjo umrljivosti v primerjavi z mlajšimi poškodovanci, kar je razumljivo, ker so starejši v povprečju slabšega zdravja in v slabši fizični kondiciji. Vendar pa je obenem treba opozoriti, da je primerjanje absolutnega števila umrlih po starostnih skupinah lahko zavajajoče. Dejstvo je, da zaradi poškodb umre več starejših kot mlajših. Vendar pa starejši umirajo v večjem številu tudi zaradi drugih vzrokov, in je zato delež poškodb kot vzrok smrti med starejšimi v primerjavi z mlajšimi manjši. Pri mlajših pa je ravno delež poškodb med vzroki smrti tisti, ki je kritičen. Za razliko od novotvorb, bolezni srca in ožilja ter drugih kroničnih bolezni prizadenejo poškodbe predvsem mlajše ljudi. V Sloveniji so poškodbe prvi vzrok umrljivosti v starosti od prvega do 44. leta in zaradi njih izgubimo kar 27,4% od skupnega števila potencialno izgubljenih let življenja.

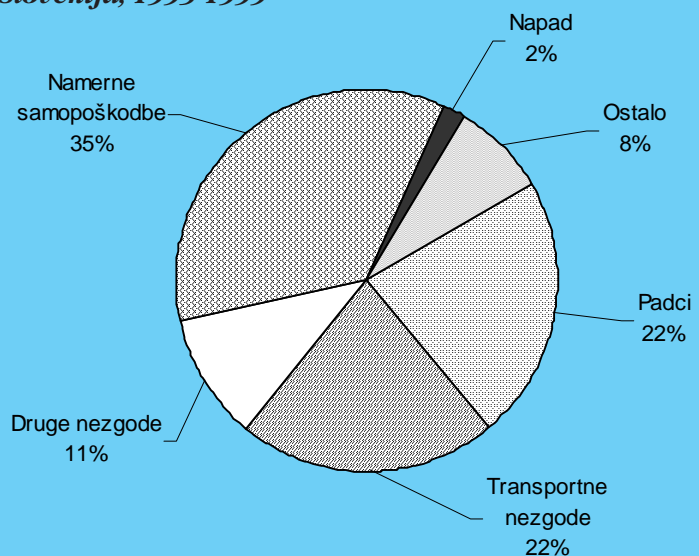
V letih 1995-1999 so predstavljale poškodbe 35,1% vseh smrtnih primerov pri predšolskih otrocih, 47,3% vseh smrtnih primerov v starostni skupini od 7 do 14 let, 73,9% smrtnih primerov v starostni skupini 15 do 19 let, v starostni skupini od 20 do 44 let 46,7%, v starosti nad 64 let pa 5% vseh smrtnih primerov. Opazna je tudi velika razlika med moškimi in ženskami (Slika 24). *Za poškodbami* umre namreč za polovico manj žensk kot moških. Za ženske so poškodbe glavni vzrok umrljivosti do približno 30. leta, pri moških pa vse do približno 50. leta. V starostnih obdobjih od 60 do 64 in pri starejših od 85 let pa poškodbe prizadevajo oba spola enako, in sicer kot četrti in peti vzrok umrljivosti.

V letih 1995-1999 so prevladovali nenamerne poškodbe (63%), namernih poškodb pa je bilo 37%. Zunanji vzrok nenamernih poškodb so bili najpogosteje padci, transportne nezgode (oseba v avtomobilu, pešec) in naključna izpostavljenost škodljivim snovem in zastrupitev z njimi. Med namernimi poškodbami so prevladovali namerne samopoškodbe (Slika 25).

Slika 24: Incidenca smrtnih poškodb po spolu in starostno specifičnih stopnjah umrljivosti, 1998



Slika 25: Delež umrljivosti zaradi poškodb in zastrupitev po najpogostejših zunanjih vzrokih, Slovenija, 1995-1999



Vir: IVZ

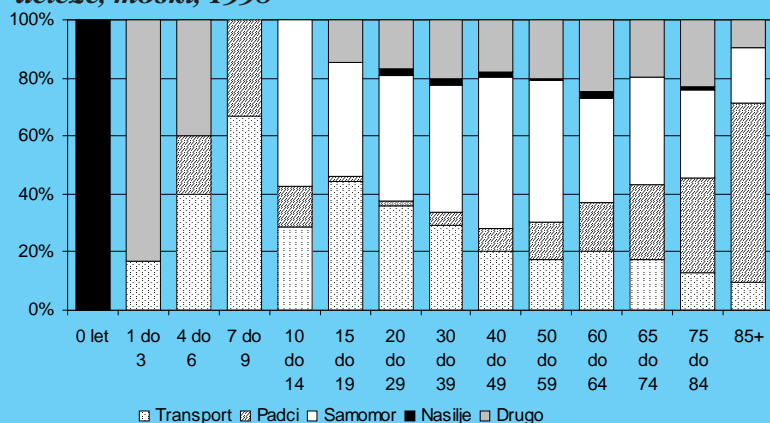
Vidimo lahko, da so v različnih starostih kritični različni zunanji vzroki poškodb. V starostnem razredu 15 do 19 let so najbolj kritične transportne nezgode, za ljudi stare od 20 do 64 let samopoškodbe, za ljudi starejše od 64 let pa padci. Velike so tudi razlike po spolu. Moški umirajo zaradi samopoškodb in prometnih nezgod trikrat pogosteje kot ženske. Samopoškodbe so vodilni vzrok smrtnosti tako moških kot žensk. Pri moških so najpomembnejši vzrok smrtnosti v starosti od 30 do 50 let, pri ženskah pa od 30. do 64. leta. S staranjem postajajo vodilni vzrok smrtnosti obeh spolov padci (Sliki 26, 27).

Pogostnost poškodb po vzroku, vrsti in številčnosti se razlikuje glede na spol, starost, regijo, državo in čas

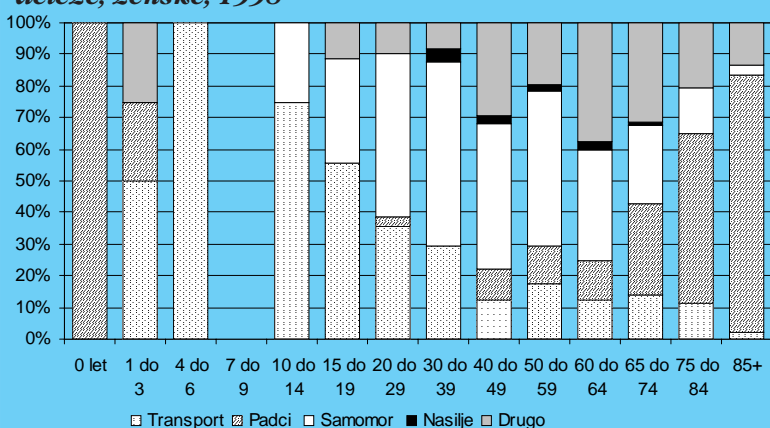
Druge posledice poškodb

Poškodbe so vzrok za tretjino vseh hospitalizacij po svetu. V razvitih državah je na vsakega umrlega poškodovanca v

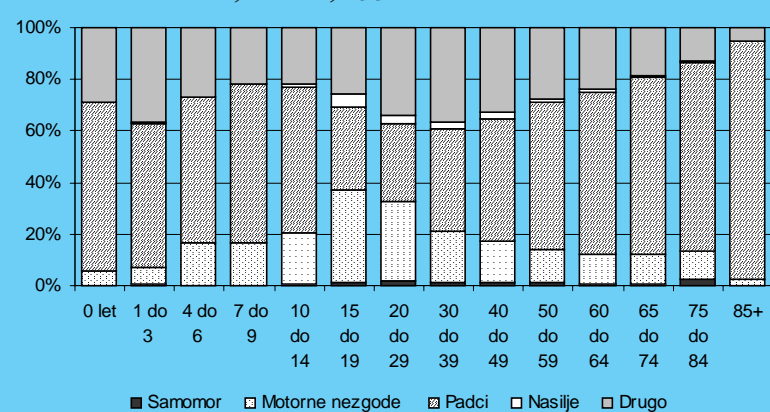
Slika 26: Incidenca smrtnih poškodb glede na vzročne deleže, moški, 1998



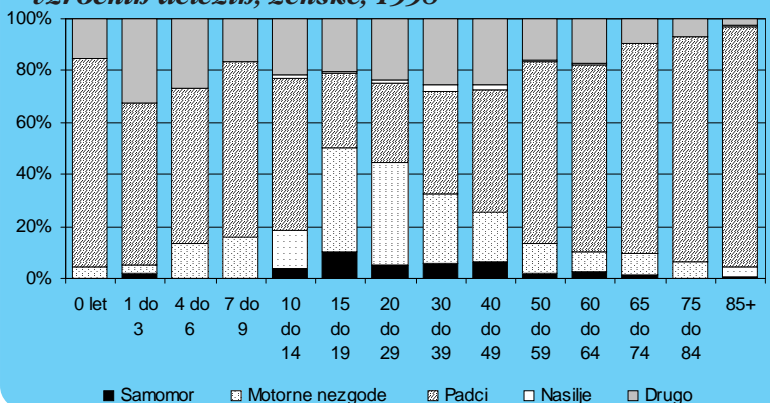
Slika 27: Incidenca smrtnih poškodb glede na vzročne deleže, ženske, 1998



Slika 28: Prve hospitalizacije zaradi poškodb po vzročnih deležih, moški, 1998



Slika 29: Prve hospitalizacije zaradi poškodb po vzročnih deležih, ženske, 1998



povprečju približno 30 hospitaliziranih zaradi poškodb in 300 pregledanih v urgentnih ambulantah.

V Sloveniji pa je bilo v letih 1997-1999 zaradi poškodb in zastrupitev hospitaliziranih povprečno 28.196 ljudi letno, kar predstavlja 9,5% vseh hospitalizacij v Sloveniji. Starostno specifična stopnja hospitalizacije kaže vrh v starosti od 15 do 24 let, stopnja pa ponovno naraste po 65. letu starosti. Tudi tu so razlike med spoloma očitne: moški (18,5/1.000 prebivalcev) so imeli v omenjenem obdobju skoraj dvakrat višjo stopnjo hospitalizacije kot ženske (10,3/1.000 prebivalcev) (Slika 28 in 29).

Poškodbe, ki so največkrat zahtevale hospitalizacijo, so bile poškodbe glave (intrakranialna poškodba) (28,8% vseh hospitalizacij), poškodbe kolena in goleni (14,5%), poškodbe kolka in stegna (9,7%) ter poškodbe zapestja in roke (6,8%). Hospitalizacija je v povprečju trajala 7,6 dni. Najpogostejši zunanji vzroki nenamernih poškodb so bili padci (53%), transportne nezgode (17,9%) in izpostavljenost neživim mehničnim silam (v 12,3% primerov). Med namernimi poškodbami pa je bilo enako število hospitalizacij zaradi namernih samopoškodb in napadov (1,8%) (Slika 31).

V osnovni zdravstveni dejavnosti je bilo v letih 1997-1999 zabeleženih povprečno 570.932 obiskov zaradi poškodb in zastrupitev letno, kar je skupaj 8,6% vseh obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti. Prevladovali so padci, izpostavljenost neživim mehničnim silam (udarec vrženega, padajočega predmeta, vstop tujka v oko, stik z nožem) in transportne nezgode (oseba v avtomobilu, motorist). Med vsemi primeri je bilo ugotovljenih tudi 1,4% namernih poškodb zaradi napada in 0,2% namernih samopoškodb.

Najvišje starostno specifične stopnje so bile med šoloobveznimi otroki, starimi od 7 do 14 let, mladostniki ((15 do 19 let) in mlajšimi odraslimi, starimi od 20 do 29 let. Po tej starosti stopnja obiskov pada (Slika 32). Primerjava med moškimi in ženskami pokaže, da so moški (373/1.000 prebivalcev) večkrat obiskali zdravnika

zaradi poškodb in zastrupitev kot ženske (209,7/1.000 prebivalcev) (Sliki 33, 34).

V istem obdobju so med poškodbami v zdravstvenem varstvu *predšolskih otrok* predstavljale največji problem nenamerne poškodbe (padci (50,5%), izpostavljenost neživim mehničnim silam - zadevanje ob predmete, udarec vrženega ali padajočega predmeta (19,1%) in izpostavljenost živim mehničnim silam - ugriz ali pik nestrupenih žuželk (15,1%). Med vsemi poškodbami je bilo zabeleženih 0,13% poškodb zaradi napada s strani druge osebe in 0,04% samopoškodb.

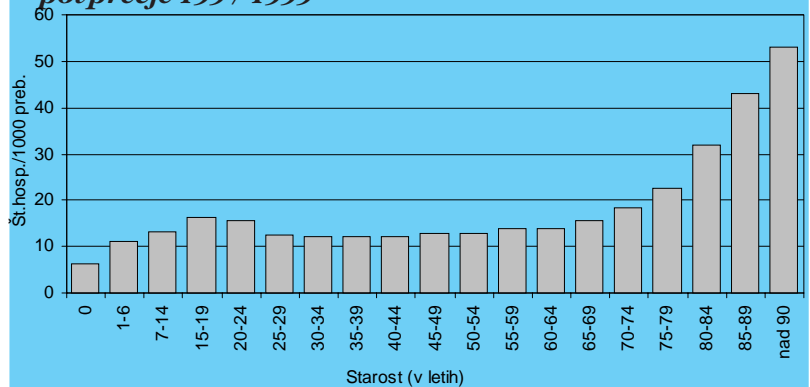
Nenamerne poškodbe ostajajo vodilni vzrok obiskov zaradi poškodb tudi v zdravstvenem varstvu *šolskih otrok in mladine*. Prevladujejo padci (47,9%), izpostavljenost neživim mehničnim silam (zadevanje ob športno opremo ali udarjanje z njo) (32,1%) ter stik z vročino in vročimi snovmi (13,8%). Med vsemi poškodbami je bilo zabeleženih 0,47% poškodb zaradi napada s strani druge osebe in 0,02% samopoškodb.

Pri mladostnikih so se pojavljale enake poškodbe kot pri otrocih, med zunanjimi vzroki za nenamerne poškodbe pa so prevladovali padci (41,4%), izpostavljenost neživim mehničnim silam (zadevanje ob športno opremo ali udarjanje z njo) (30,4%), pojavljajo pa se že transportne nezgode (udeležen kot oseba v avtomobilu, motorist) (11,8%). V tej starostni skupini je bilo zabeleženih 0,47% poškodb zaradi napada s strani druge osebe in 0,02% samopoškodb.

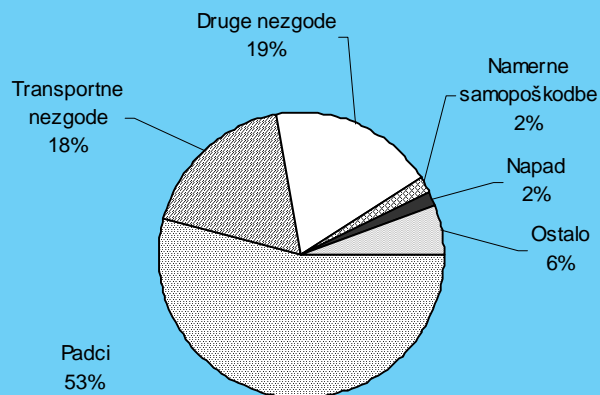
V omenjenem obdobju je bilo zabeleženih 35,9% začasnih odsotnosti z dela zaradi poškodb pri delu, 64,1% pa zaradi poškodb izven dela. V prvem primeru je odsotnost trajala v povprečju 24,3, v drugem pa 28,8 dni (Slika 35).

Najpogostejši zunanji vzroki začasne odsotnosti z dela zaradi poškodb so bili izpostavljenost neživim mehničnim silam (udarec vrženega, padajočega predmeta, stik z nožem; v 39,4% primerih), padci (38,3%) in transportne nezgode (oseba v avtomobilu, kolesar; 11,8%). Število izgubljenih delovnih dni pa je bilo največje

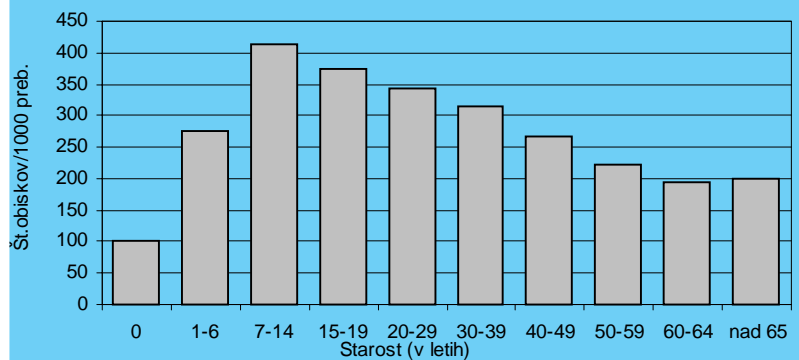
Slika 30: Stopnja hospitalizacije (na 1.000 prebivalcev) zaradi poškodb in zastrupitev po starosti, Slovenija, povprečje 1997-1999



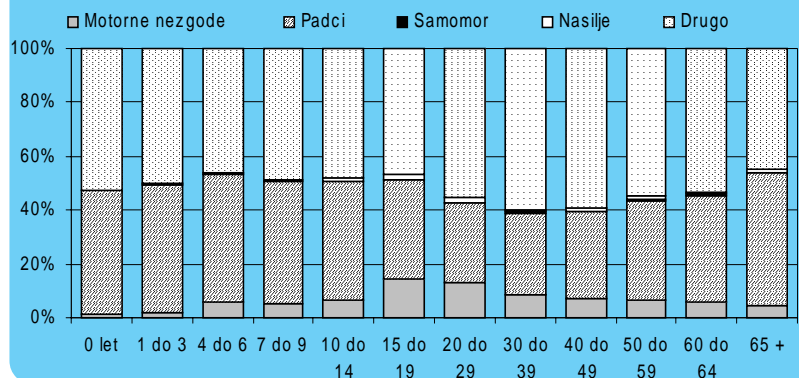
Slika 31: Delež hospitalizacij zaradi poškodb in zastrupitev po najpogostejših zunanjih vzrokih, Slovenija, povprečje 1997-1999



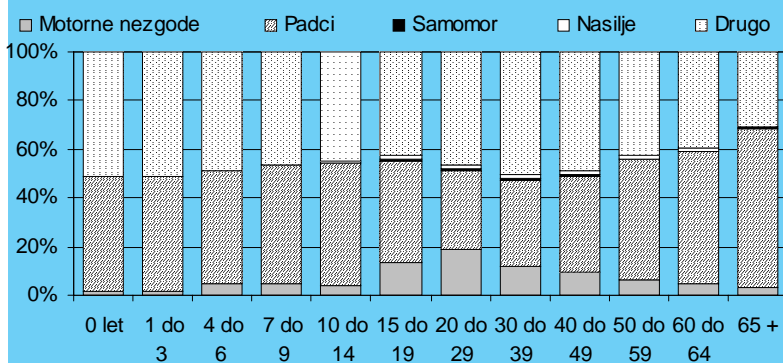
Slika 32: Število obiskov zaradi poškodb in zastrupitev (na 1.000 prebivalcev) v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti po starosti, Slovenija, povprečje 1997-1999



Slika 33: Prve diagnoze v osnovnem zdravstvu, deleži po različnih vzrokih poškodb, moški, 2000 (po letih)



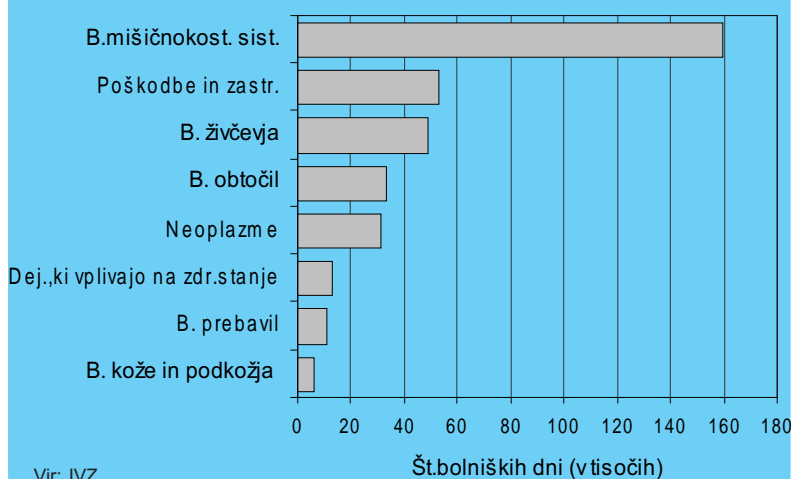
Slika 34: Prve diagnoze v osnovnem zdravstvu, deleži po različnih vzrokih poškodb, ženske, 2000



Slika 35: Povprečno letno število dni začasne odsotnosti z dela po vzrokih za odsotnost (MKB-10), Slovenija, 1997-1999



Slika 36: Povprečno letno število bolniških dni zdravljenja na hospitalni rehabilitaciji po glavnih vzrokih (MKB-10), Slovenija, 1997-1999



Vir: IVZ

zaradi padcev (44,9%), izpostavljenosti neživim mehničnim silam (29,3%) in transportnih nezgod (18,2%).

V letih 1997-1999 je bilo na hospitalno rehabilitacijo zaradi poškodb sprejetih

povprečno 3039 poškodovancev letno, kar je 13,9% vseh obravnav na hospitalni rehabilitaciji. Zdravljenje zaradi poškodb in zastrupitev na hospitalni rehabilitaciji je trajalo povprečno 17,5 dni (Slika 36). Poškodbe so med glavnimi vzroki za največje letno število bolniških dni »za rehabilitacijo. Letno je bilo na ambulantni rehabilitaciji zdravljenih povprečno 420 poškodovancev, kar predstavlja 2,8% teh obravnav.

Čeprav statistični podatki kažejo, kako zelo poškodbe ogrožajo javno zdravje, je v Sloveniji njihovo preprečevanje še vedno dokaj zanemarjeno. Razlog je deloma v tem, da se poškodbe (še vedno) razume kot posledico 'nesrečnih in/ali slučajnih dogodkov' oziroma kot 'prst usode' ali kot 'malomarnost'. Oziroma je razlog v tem, da še vedno prevladujejo predpostavke, da je krivda za nastanek večine poškodb na strani žrtve. Moderni pogled na poškodbe osebne odgovornosti sicer ne izključuje, vendar pripisuje večjo težo drugim dejavnikom. Deloma pa je razlog tudi v tem, da veliko strokovnjakov/inj še ni dojelo dejstva, da je poškodbe mogoče predvideti in preprečiti. Mogoče je namreč dokazati, da imajo poškodbe enake epidemiološke parametre kot npr. infekcijske bolezni in jih je zato mogoče predvideti in preprečiti kot katerokoli drugo bolezen. Ukrepamo lahko v fazi pred dogodkom, ko vplivamo na to, ali bo sploh prišlo do nezgode, v fazi dogodka, ko lahko preprečimo, da bo v času nezgode nastala poškodba, ali v fazi po dogodku, ko lahko zmanjšamo posledice poškodbe. Pri zmanjševanju števila poškodb in njihovih posledic se je izkazala za najuspešnejšo uporaba desetih Haddonovih preventivnih strategij: izobraževanje, spremembe proizvodov in okolja, tehnološke spremembe, organizacijske spremembe, zakoni, predpisi, standardi. Tak pristop k preprečevanju poškodb je sprejela tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO).

Uspehi epidemiološkega pristopa in ustreznih preventivnih strategij v razvitih državah kažejo, da zmanjšanje števila in teže poškodb zahteva multidisciplinarni in multisektorski pristop. V družbi namreč skorajda ni sektorja, discipline ali poklica, ki ne bi mogel prispevati k večji varnosti ljudi (zdravstveno osebje, pedagoški/e

delavci/ke, arhitekti/ke, graditelji/ice, oblikovalci/lke, proizvajalci/lke, prodajalci/lke, politiki, novinarji/rke itd. - vsi imajo enako pomembno vlogo).

Sodeč po podatkih predstavljajo poškodbe v Sloveniji velik izziv oblikovalcem/kam politik. V Sloveniji bi bilo treba priskrbeti ustrezna finančna sredstva tako za raziskave kot za izvajanje strategij preprečevanja poškodb. Morali bi ustanoviti medsektorsko telo, ki bi na osnovi jasno postavljenih prioritet skrbelo za sodelovanje med različnimi družbenimi akterji za izvajanja promocije varnostne kulture. V Sloveniji – kljub razsežnosti in resnosti problema – še vedno nimamo celovite nacionalne politike preprečevanja poškodb, ki bi temeljila na medsektorskem in interdisciplinarnem pristopu.

4. Zdravstveni sistem

Zdravstveni sistem ni edini odgovoren za zdravje posameznikov/ic v družbi. Zdravje ni predmet zgolj zdravstvene politike, temveč je predmet širše (razumljene) socialne politike.

Država mora na temelju zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju opredeliti, omogočiti ter nadzorovati obseg, kakovost in dostopnost zdravstvenega varstva za vse prebivalce/ke, prav tako pa določiti tudi prioritete v tem okviru. Finančna sredstva, ki so namenjena zdravstvu, so zgovoren kazalec pomena, ki ga politika pripisuje zdravju.

Sistem slovenskega javnega zdravstva je organiziran na treh ravneh: na primarni, sekundarni in terciarni. Primarno zdravstvo se deli na osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Osnovno zdravstveno varstvo se izvaja v okviru zdravstvenih domov ali zdravstvenih postaj. Leta 2001 je imela Slovenija 64 zdravstvenih domov in 66 zdravstvenih postaj. Te so trenutno dostopne na 20 km oddaljenosti od katerekoli lokacije v Sloveniji. Osnovno zdravstveno varstvo je dolžna zagotoviti lokalna skupnost (v primeru demografske ogroženosti pomaga država). V tem okviru so organizirane splošne ambulante, dispanzerji za otroke, šolsko mladino in ženske, patronažo in nego, fizioterapijo,

zobozdravstvo in reševalne službe. Tam delajo zdravniki/ce splošne medicine ('osebni/e zdravniki/ce'), zdravniki/ce specialisti/ke za otroke in mladino ter medicino dela, ginekologi/nje, zobozdravniki/ce v okviru zdravstvenih domov ali zdravstvenih postaj, medicinske sestre in medicinski tehniki ter upravnotehnični/e delavci/vke. V letu 2001 je bilo v Sloveniji zaposlenih 1209 zobozdravnikov/ic, 1215 farmacevtov/k, 4526 zdravnikov/ic, 3339 medicinskih sester, 11146 zdravstvenih tehnikov in 650 bolničarjev/k. V podeželskih predelih je večina zdravnikov družinskih zdravnikov in tam ima lahko en zdravnik/ca tudi do 3.000 pacientov, v Ljubljani pa okoli 750. V sestavi vseh ekip je v vseh dejavnostih priznано še 19% upravnotehničnih delavcev/k.

Zdravje je del socialne politike

Tabela 29: Javni zdravstveni zavodi v Sloveniji

Dejavnost	Po številu	Zaposleni v teh zavodih		
		Skupno število zaposlenih	Najvišje število zaposlenih v enem zavodu	Najmanjše število zaposlenih v enem zavodu
Zdravstveni domovi	59	8409	1283	5
Bolnišnice	24	11693	2617	34
Klinični center, onkološki inštitut, zavod za rehabilitacijo	3	7511	6346	460
Drugi javni zdravstveni zavodi	12	1005	236	3
Skupaj	98	28618		

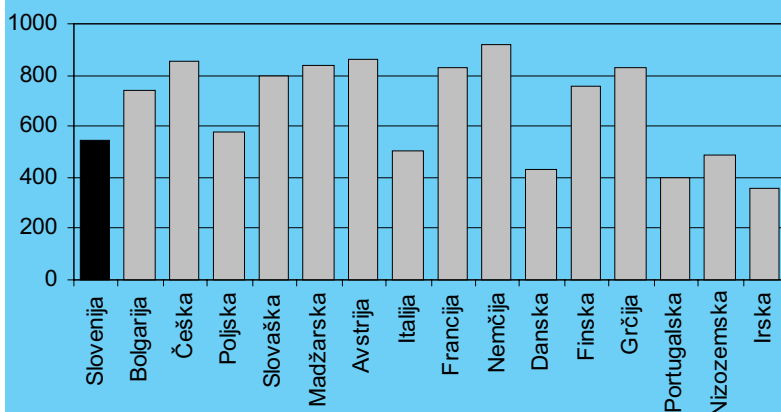
Vir: Zaključni računi APP

Osebni zdravnik predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem. Ta lahko pacienta nadalje napoti k izvajalcem zdravstvenih programov in storitev na sekundarni in terciarni ravni. Sekundarna raven obsega specialistične ambulante in bolnišnice. Leta 2001 je bilo v Sloveniji 3286 specialistov/k in 969 specializantov/k.

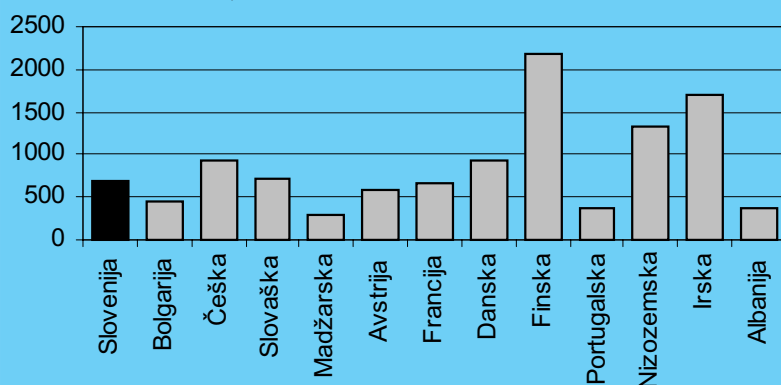
Bolnišnice izvajajo okoli 75% zdravstvenega varstva na sekundarni ravni. V Sloveniji je 26 bolnišnic: 9 regionalnih, 3 lokalne splošne bolnišnice, 2 zasebna sanatorija in 12 specializiranih bolnišnic (za ortopedsko, pljučno, ginekološko, psihiatrično, otroško in mladinsko zdravstveno varstvo, kot so npr. Institut za rehabilitacijo, Onkološki inštitut, Zavod Šentvid pri Stični in Stara Gora).

Vstopno točko v zdravstveni sistem predstavlja osebni zdravnik/ca

Slika 37: Število bolniških postelj, izbrane države, 2000



Slika 38: Število medicinskih sester/100000 prebivalcev, izbrane države, 2000



Vir: (2003) HFA, podatkovna baza. SZO, Ženeva

Terciarna zdravstvena dejavnost zaobjema zahtevnejše zdravstvene obravnave, raziskovalno, izobraževalno in drugo

Tabela 30: Ali vas ob tem, ko iščete pomoč v zdravstveni ustanovi, moti kaj od navedenega?

SJM01	zelo me moti	moti me	srednje	ne moti me	sploh me ne	ne vem
	1	2	3	4	5	9
a) neprijazen odnos zdravnikov in zdravstvenega osebja do bolnikov	9,6	12,7	8,8	27,4	15,3	26,1
b) privilegiji, vsi pacienti niso enako obravnavani	14,7	19,9	10,7	17,9	9,6	27,1
c) preveč papirjev, administriranja, birokracije	9,4	17,4	12,3	25,7	9,0	26,3
d) slaba organizacija dela	5,5	17,8	14,0	23,9	10,1	28,8
e) neustrezni prostori ambulant	4,2	9,2	10,8	34,1	14,5	27,1
f) slaba kvaliteta zdravstvenih uslug	6,7	11,0	11,5	29,8	12,4	28,7

strokovno delo za določeno medicinsko stroko. Glavna bolnišnica za terciarno raven in učna bolnišnica je Klinični center v Ljubljani.

V okviru petnajstih *naravnih zdravilišč* za odrasle in v dveh zdraviliščih za otroke se izvaja preventivno zdravstveno varstvo ter specialistične ambulantne in bolnišnične rehabilitacije. Glede na naravo zavoda se izvajajo določene zdravstvene dejavnosti tudi v socialnovarstvenih zavodih.

V celotnem sistemu javnega zdravstva je bilo leta 1998 zaposlenih 34.834 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Leta 2001 jih je bilo 36.019.

Zadovoljstvo z zdravstvenimi ustanovami

Zadovoljstvo z zdravstveno službo je bilo najvišje leta 1981, kar pa je, glede na velike družbene spremembe in v tem okviru tudi spremembe zdravstvenega sistema, le deloma primerljiva situacija. V letu 1999 je zadovoljstvo razmeroma najnižje, v letu 2001 pa spet zraste. Ob tem velja omeniti, da je ta indikator verjetno dokaj občutljiv na dogajanje v zdravstvenem sistemu in njegovo medijsko preslikavo. Iz tega sledi, da lahko medijsko izpostavljeni dogodek ali ukrep v času meritve zaniha porazdelitev odgovorov. Splošni vzorec za vse tri meritve, ne glede na obdobje in družbene okoliščine pa kaže, da je zadovoljstvo kljub določenim nihanjem konstantno porazdeljeno na tretjine - tretjina anketirancev/k je z zdravstveno službo zadovoljna, tretjina ne, in tretjina meni, da je resnica 'nekje vmes'. Podoben je delež tistih, ki so zadovoljni oz. nezadovoljni z zdravstveno službo kot celoto: 33% respondentov/k je z zdravstveno službo zadovoljnih, 37% jih ni niti zadovoljnih niti nezadovoljnih, 30% pa jih je nezadovoljnih. Najugodnejše ocene dajejo starejši in invalidi. Tudi kar zadeva zaupanje zdravstvenim službam, so stališča deljena. V splošnem 46% ljudi meni, da bi zdravstvena služba v primeru njihove bolezni zanje storila vse, kar zna in zmore, 54% pa jih v to, tako ali drugače, ni prepričanih. Iz izobrazbo tu narašča dvom. Med osnovnošolsko izobraženimi je zaupanje 53-odstotno, med visokošolsko pa 39-odstotno. Službam bolj zaupajo tudi skupine s konkretnimi izkušnjami v zadnjem letu (invalidi in poškodovani). V letu 2001 je 65% ljudi potrebovalo storitve splošnega zdravnika, 34% specialista, 32% zobozdravnika, 13% bolnišnice ali klinike ter 4% zdravilišča. Več kot 1 mesec je pri splošnem zdravniku čakal na pregled en odstotek ljudi, pri specialistu 37% ljudi, pri zobozdravniku pa 20% ljudi. Na splošnega zdravnika je v čakalnici več kot 1

uro čakalo 37% ljudi, na specialista 43%, na zobozdravnika 22%.

Ljudje, ki so bili s službami v osebni stiku, so s službami v svojem kraju (občini) večinoma (zelo) zadovoljni. S splošnimi ambulantami 85%, z zobozdravstvenimi 78%, s specialističnimi ordinacijami 80%, lekarnami 95%. Tudi pri odgovoru na vprašanje, ali bi zdravstvena služba za anketirance "storila vse, kar zna in zmore", se kaže podobno stabilen 'skeptičizem'. Delež tistih, ki so v to prepričani, se v meritvah giblje med 49% in 46%. Kar zadeva zadovoljstvo s službami na lokalni ravni, pa ni skoraj nikakršnih medletnih premikov.

Tabela 31: Ali ste prepričani ali ne, da bi v primeru vaše bolezn zdravstvena služba storila za vas res vse, kar zna in zmore v okviru tega, kar je v medicini danes na voljo?

	SJM81/82	SJM99 ₂	SJM01 ₃
1 - da, prepričan sem	49,6	46,3	45,7
2 - nisem prepričan	30,5	42,2	42,3
3 - ne vem, neodločen	19,9	11,5	12,1

4.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Javni in zasebni ponudniki zdravstvenih programov in storitev

Povezava med javnim in zasebnim se kaže kot problem opredelitve javne funkcije in oblikovanja mreže javne službe²⁹. Od leta 1991, ko v sistemu javnega zdravstva v Sloveniji ni bilo zasebnih izvajalcev zdravstvenih programov in storitev, pa do leta 2001 se je stanje močno spremenilo (Tabela 32). Del dejavnosti v zdravstvenem sistemu, ki ni v mreži javne službe, lahko opravljajo posamezniki/ce (zasebni zdravstveni delavci brez koncesije) ter gospodarske in negospodarske družbe. Za zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo v skladu z zakonom o zdravstveni dejavnosti (nudenje storitev prebivalcem/kam), morajo izvajalci izpolnjevati pogoje (ustrezna strokovna izobrazba in licenca za zaposlene zdravstvene delavce), za tiste dejavnosti, ki pa so z zdravstveno dejavnostjo poslovno povezane (prebivalcem neposredno ne nudijo zdravstvenih storitev, materiala ali tehničnih pripomočkov), pa morajo biti urejeni pogodbeni odnosi.

Osnovni nosilci zdravstvene dejavnosti so zdravniki; tisti, ki aktivno delajo v zdravstveni mreži, so vključeni v zdravniško zbornico, ki za svoje člane organizira redno dodatno usposabljanje in jim podeljuje in/ali (v primeru hujših kršitev ali napak)

Poudarek 9: Bistvene značilnosti bolnišnične prakse v Sloveniji

Bistvene slabosti bolnišnične zdravstvene prakse v Sloveniji	
Slaba računalniška infrastruktura	*
Slabo izobraženo osebje	*
Nepotrebno dolgo ostajanje v bolnišnici	*
Zdravstvena dokumentacija	**
Upoštevanje pacienta	***
Neustrezne napotitve	****
Nepopolne storitve	****
Neujemanje med zmogljivostmi, osebjem in pacienti	****
Slaba komunikacija s pacienti	****
Slaba sinhronizacija komponent zdravljenja	*****
Pomanjkanje variacij zdravstvenih praks	*****
Slaba komunikacija med različnimi profesijami	*****
Pomanjkanje podatkov o rezultatih	*****
Malo multidisciplinarnih protokolov	*****

Povzeto po: Don Hindle (2002): Mednarodni posvet o financiranju zdravstvenega varstva; Festivalna dvorana, Bled, 28. - 29. maj.
Opomba: Večje število *, večja pomanjkljivost.

odvzema licence. V javno zdravstveno mrežo so zajeti zaposleni v javnih zavodih in zasebniki s koncesijo.

Tabela 32: Zdravstveno osebje, Slovenija, 2001

	Zdravstvo		
	Javno	Zasebno	Skupaj
Zdravniki vsi	3866	459	4325
od tega specialisti	2458	359	2817
Zobozdravniki	580	598	1178
Farmacevti	650	114	764
Fizioterapevti	746	88	834
Negovalno osebje	13429	1033	14462

Vir: Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2001, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana 2003

²⁹ V odnosih med socialnim in komercialnim zavarovanjem se to kaže v izločanju določenih tveganj ali dela plačila socialnega zavarovanja za dobrobiti, ki so sicer pravica zavarovancev. Za zavarovanje posledic teh tveganj so tudi komercialne zavarovalnice del javne službe, zato so urejene posebej in še dodatno regulirane in nadzirane s strani državnih organov.

Tabela 33: Zdravniki/ce in zobozdravniki/ce v Sloveniji, 2001

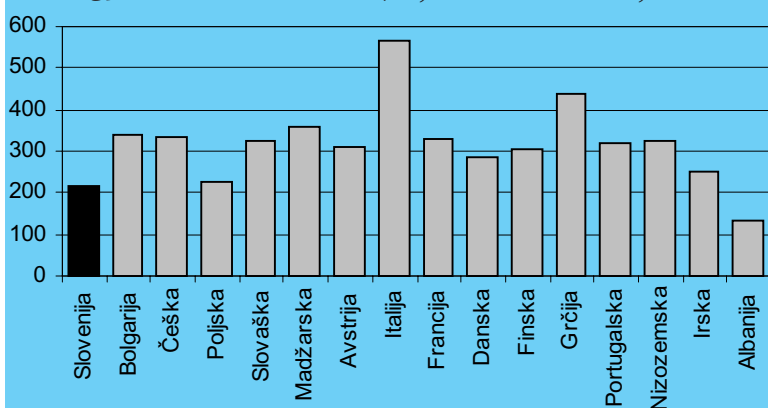
Zdravniki in zobozdravniki v Sloveniji	Aktivni v zdravniških službah									
	Zdravstveni dom	Bolnišnica	Zasebni sektor - koncesija	Posebni socialni zavod	Zdravilišče	JZM	od tega specializanti	Zasebni sektor - brez koncesije	od tega specializanti	SKUPAJ
	A	B	C	Č	D	E=A+B+C+Č+D	F	G	H	I=E+G
Skupaj	1938	2301	923	5	63	5230	691	187	7	5417
Zdravniki skupaj	1345	2275	441	5	61	4127	663	42	4	4169
Zobozdravniki skupaj	593	26	482	0	2	1103	28	145	3	1248

Vir: Register ZZS, 30. 6. 2002

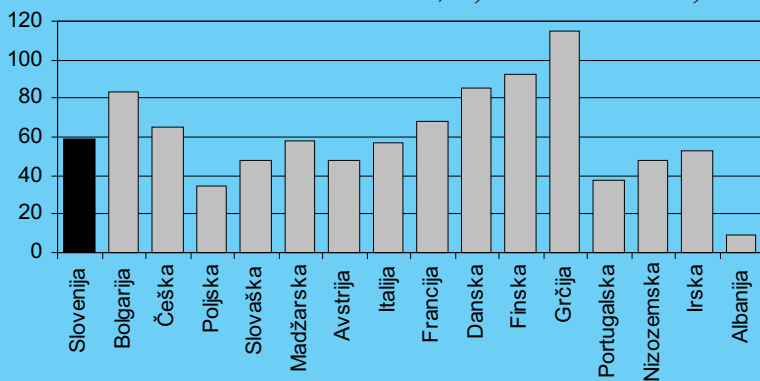
Opomba:* JZM - javna zdravstvena mreža

Specializacije: - kardiovaskularna kirurgija, klinična genetika, otroška in mladostniška psihiatrija, nefrologija niso vključene, ker nobenega izmed članov ZZS ni možno uvrstiti mednje (uvrstitve pod določeno specializacijo namreč pomeni zadnjo opravljeno specializacijo in ne nujno tudi področja dela). Nevropsihiatrijo (ni trenutno veljavna specializacija) predstavljajo nevrologi in psihiatri.

Slika 39: Število zdravnikov/ic, izbrane države, 2000



Slika 40: Število zobozdravnikov/ic, izbrane države, 2000



Vir: (2003) HFA podatkovna baza. SZO, Ženeva

Tabela 34: Kako ste bili zadovoljni z uslugami privatnega zdravnika/ce, če jih primerjate z zadovoljstvom v javnih zdravstvenih ustanovah?

	SJM94 ₁	SJM96 ₂	SJM99 ₂	SJM01 ₃
1 - bolj zadovoljen kot v javnih zdravstvenih ustanovah	10,7	15,6	17,3	17,7
2 - ni razlik	1,8	5,0	7,5	8,4
3 - manj zadovoljen kot v javnih zdravstvenih ustanovah	0,4	0,4	0,8	0,6
9 - ni iskal pomoči pri privatnem zdravniku	87,1	79,0	74,4	73,2

Po podatkih SJM je privatnega zdravnika/co v zadnjem letu obiskalo 27% ljudi: največ med njimi (15%) jih je obiskalo zobozdravnika/co, 11% specialista/ko in 6% splošnega zdravnika/co. Gledano trendno; od leta 1994 naprej postopno narašča število anketirancev/k, ki so obiskali privatnega zdravnika. Takih je bilo leta 1994 12%, leta 2001 pa 27%. Porast gre pripisati naraščanju števila privatnih ponudnikov zdravstvenih storitev.

Rezultati SJM kažejo, da so ljudje na splošno razdeljeni glede vpliva uvajanja privatne zdravniške prakse na raven zdravstvenih uslug. Na splošno največ (36%) anketirancev/k meni, da se je raven zdravstvenih uslug z uvajanjem privatne zdravniške prakse izboljšala, 35% jih meni, da je ostala enaka, 12% da se je poslabšala, kar 16% pa se ne more opredeliti. Med leti 1994 in 2001 je opaziti sistematičen upad ocen o izboljšanju ravni zdravstvenih uslug z uvajanjem privatne prakse. Večina anketirancev/k se je preselila v kategorijo tistih, ki menijo, da bo raven ostala na isti ravni. Kategorija tistih, ki menijo, da se z uvajanjem privatne prakse stanje poslabšuje, ni velika in tudi ne narašča (giblje se med 10 in 15%).

Ocene zadovoljstva ostajajo dokaj konstantne. Med tistimi, ki so dejansko obiskali zasebnega zdravnika/co, jih je bilo 66% bolj zadovoljnih z njegovimi uslugami kot z uslugami v javnih zdravstvenih ustanovah; 32% jih ne vidi razlike; samo 2% anketirancev/k pa je bilo manj zadovoljnih. Takšni podatki niso presenetljivi, saj posamezniki/ce te storitve razumejo kot nadstandardne, npr. krajše čakalne dobe, verjetno pa tudi psihološki učinek potrjevanja svoje 'investicije' v zasebnega zdravnika (ki jo respondent/ka želi oceniti kot smiselno).

Sistem javnega zdravstva posamezniku/ci zagotavlja zdravstvene storitve, zdravila in medicinsko tehnične pripomočke, ki so dobrobiti v naravi. Odhodki za javno zdravstvo so v največjem deležu namenjeni za storitve.

Glavni stroškovni sestavini zdravstvenih storitev sta material (zdravila, zdravstveni material) in delo (plače zaposlenih v sistemu javnega zdravstva skupaj z davki in prispevki ter drugi stroški dela). Obvladovanje teh stroškov zahteva zelo premišljeno politiko plač, zaposlovanja in organizacije delovnih procesov. Javno zdravstvo v preteklih letih v tem ni bilo dovolj uspešno. Slovensko zdravstvo se, tako kot drugod, sooča s ti. Baumolovo boleznijo (naraščanje stroškov zaradi tehnološkega napredka v medicini).

Stroški za zdravila so v zdravstvenih sistemih v skoraj vseh državah težko obvladljivi. V Sloveniji so kvantitativne omejitve in cenovni nadzor del stroškov uspele prevaliti na posameznike/ce, ki to krijejo iz (predvsem dopolnilnega) zdravstvenega zavarovanja. Javno zdravstvo zaradi tega ni povečalo obsega teh izdatkov, merjenih z deležem v BDP, toda trend je kljub vsemu naraščajoč. Ker še večje prevalitve na zasebna sredstva vsaj za osnovni del zdravil ne bo mogoče nadaljevati, bodo ti stroški (če ne bo bistvenih sprememb v doktrini in pravilih predpisovanja) še povečali obseg in delež.

Poleg dobrobiti v naravi (storitve) se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo tudi denarne dobrobiti:

- (1) nadomestilo plače med začasno zadržanostjo z dela, zaradi bolezni, poškodb zavarovanca ali nege bolnega družinskega člana tj. 'bolniška';
- (2) pogrebna, tj. pravica osebe, ki je

Tabela 35: Poraba sredstev za zdravstvo, Slovenija, 1995-2001

	delež v primerjavi z BDP v %				
	1995	1996	1998	2000	2001
Javna sredstva	6,6	6,6	6,6	6,7	6,9
Odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS)	6,6	6,6	6,6	6,7	6,9
1. Plačila storitev zdravstvenim zavodom	4,5	4,6	4,6	4,7	4,8
2. Izdatki za zdravila in ortopetske pripomočke	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1
3. Denarne dobrobiti	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7
4. Tekoči odhodki za delo ZZZS	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
5. Ostali odhodki	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Zasebna sredstva	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9
Zavarovalnina prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (**)	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1
Druga zasebna sredstva *)	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Skupaj sredstva	8,3	8,3	8,4	8,5	8,8

Vir: Poslovna poročila ZZZS, MF- Bilten javnih finanac, AZZ- Statistični bilten za zdravstvena zavarovanja, ocene in preračuni UMAR

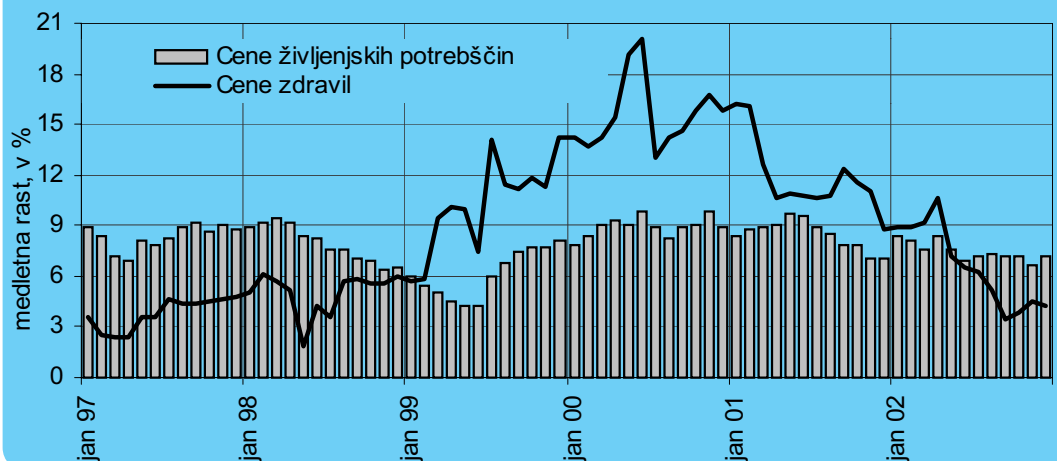
Opombe: *) Ocena na podlagi podatkov iz Ankete o porabi v gospodinjstvih

** Izplačane škode - poravnani računi. Vsa zavarovanja za doplačilo in druge vrste zdravstvenega zavarovanja

poskrbela za pogreb zavarovanca in (3) posmrtnina, tj. pravica družinskih članov pokojne/ga zavarovanca/ke, ki jih je le-ta preživel/a do svoje smrti.

Zdravstveno varstvo se financira tako iz javnih in zasebnih sredstev³⁰. Delež sredstev v primerjavi z BDP, ki ga iz javnih in zasebnih virov v Sloveniji namenjamo za zdravstvo oz. za zdravje, je nekaj več kot 8% in se postopoma povečuje. Prvenstveno se od leta 1992 povečujejo sredstva iz zasebnih virov, še najbolj pa v tem okiru

Slika 41: Medletna rast cen zdravil, 1997-2002



³⁰ Bilance finančnih tokov v zdravstvu oziroma za zdravje v Sloveniji nimamo. Tako se v razpravah uporabljajo predvsem podatki o virih financiranja. Evidenca javnih virov je najbolj popolna, evidenca zavarovalniških virov se praviloma ne uporablja v celoti, evidenca drugih zasebnih virov, ki vsebujejo tako podatke posameznikov kot tudi vire iz gospodarskih in negospodarskih družb ter druge vire, pa se ponavadi izpusti ali pa oceni zelo na grobo.

sredstva prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Glavni vir javnega financiranja je obvezno zdravstveno zavarovanje; plačujejo ga aktivni zavarovanci/ke različnih statusov in upokojenci/ke. Drugih nedavčnih odhodkov in prihodkov iz proračunov je samo 0,2% BDP. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje so tri četrtine vseh virov za zdravstvo; delež je od leta do leta nekoliko nižji.

V
prostovoljno
dopolnilno
zavarovanje
 vključenih
približno 90%
prebivalstva

Znaten in vedno večji delež financiranja prevzemajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja, ki so organizirana po zavarovalniških načelih; od leta 1995 se je njihov delež od 11% povečal na 15% (indeks povečanja deleža je 134%). Drugih zdravstvenih zavarovanj je tako malo, da trenutno ne predstavljajo občutnejšega vira.

Neposrednih plačil posameznikov ter zasebno in javnopravnih oseb je okoli deset odstotkov; pravih elementov za ugotovitev bolj verodostojnega obsega zasebnih sredstev v zdravstvu ni, zato je upoštevana ocena prej konservativna kot optimistična.

Slovenija se po deležu izdatkov za zdravstveno varstvo v primerjavi z BDP ne

razlikuje bistveno od držav, s katerimi se ponavadi primerja ali s katerimi je primerjava najbolj smiselna. Vse države imajo večino izdatkov za zdravstvo v okviru javnega sistema; poprečna raven njihovega deleža je v letu 1998 (za to leto so na voljo podatki za vse vključene države) 6,3% BDP. Spremembe po tem letu so minimalne.

Tudi v celotnih izdatkih za zdravstveno varstvo Slovenija v evropskem okviru ne izstopa. Za zdravstvo porabi nekoliko več kot primerjane države v povprečju, razlika med celotnimi in javnimi sredstvi pa je 1,9 odstotne točke. Za primerjane evropske države je razlika med vsemi in javnimi sredstvi za zdravstveno varstvo 1,8 odstotne točke.

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ima dolgo tradicijo in je glavni način zagotavljanja finančnih sredstev za kritje stroškov zdravstvenega varstva za prebivalce/ke Slovenije. Organizirano je kot obvezno socialno zavarovanje, katerega nosilec je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Obseg zdravstvenih programov določijo partnerji³¹ s tripartitnim dogovarjanjem. Partnerji imajo vsak svoje interese, zato so pogajanja zahtevna in se praviloma sklepajo prepozno. Pogodbe

Tabela 36: Delež izdatkov za zdravstveno varstvo v primerjavi z BDP v izbranih državah članicah EU in v Sloveniji

Država	Leto									
	1996		1997		1998		1999		2000	
	Vsi izdatki	Javni izdatki	Vsi izdatki	Javni izdatki	Vsi izdatki	Javni izdatki	Vsi izdatki	Javni izdatki	Vsi izdatki	Javni izdatki
Avstrija	8,7	6,1	8	5,6	8	5,7	8,1	5,6	8	5,6
Italija	7,5	5,4	7,7	5,6	7,7	5,6	7,8	5,7	8,1	5,9
Nemčija	10,9	8,4	10,7	8,1	10,6	7,9	10,7	8	10,6	8
Francija	9,6	7,3	9,4	7,2	9,3	7,1	9,4	7,1	9,5	7,2
Danska	8,3	6,8	8,2	6,8	8,4	6,9	8,5	7	8,3	6,8
Finska	7,7	5,8	7,3	5,6	6,9	5,3	6,9	5,2	6,6	5
Švedska	8,4	7,1	8,1	6,8	7,9	6,6				
Združeno kraljestvo	7	5,8	6,8	5,4	6,8	5,5	7,1	5,7	7,3	5,9
Irska	7	5,1	6,9	5,3	6,8	5,2	6,8	5,2	6,7	5,1
Slovenija	8,5	6,7	8,3	6,6	8,6	6,7	8,6	6,5	8,7	6,6

Vir: OECD Health Data 2002, OECD, Aug. 2002; za Slovenijo UMAR

³¹Partnerje v Sloveniji predstavljajo Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, zbornice in izvajalci zdravstvenih programov. Izvajalce zdravstvenih programov predstavljajo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje.

med izvajalci in Zavodom se zato sklepajo sredi poslovnega leta, za katerega veljajo dogovori, ali še kasneje. Do tedaj pa je potrebno nove pogodbene odnose med izvajalci in javnimi plačniki urejati za nazaj, kar veča nepredvidljivost poslovanja in zaupanje med partnerji.

Obvezno zavarovanje vključuje praktično vse prebivalce/ke Slovenije; zavarovalni statusi so različni, obseg pravic iz obveznega zavarovanja (obseg denarnih in nedenarnih dobrot) je lahko različen, v vseh statusih pa je zavarovanec/ka zavarovan/a vsaj za (plačilo) zdravstvenih storitev. Obvezno zdravstveno zavarovanje je univerzalno in utemeljeno na solidarnosti vseh zavarovancev/k (v Sloveniji praktično vseh prebivalcev/k), ki od svojega dohodka (prispevne osnove) za enak obseg zavarovalnega kritja plačujejo proporcionalno enake prispevke za zdravstveno zavarovanje.

Obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje storitve in druge dobrote v naravi v različnem deležu od njihove polne cene v odvisnosti od vrste storitve ali od socialnega položaja zavarovancev/k; obvezno zdravstveno zavarovanje "pokriva" večino zdravstvenih tveganj, vendar ne vseh in tudi ne v celoti. V celoti pa se v obveznem zdravstvenem zavarovanju zavarovanim osebam solidarno zagotavlja plačilo za vrsto zdravstvenih storitev. Kriteriji so medicinski in socialni; zaradi spremenjene socialne strukture (demografskih sprememb, drugačnih oblik delovnih angažmajev, marginalizacije nekaterih skupin, dohodkovne in premoženjske diferenciacije ter drugačnih in spremenjenih vzorcev funkcioniranja sicer tradicionalnih družbenih oblik) je eno največjih vprašanj socialnega zavarovanja vključenost prebivalstva v obvezne sheme socialnega zavarovanja. Industrijski tip družbene organiziranosti, v kateri je bila odvisna zaposlenost pretežna oblika in način vključitve v socialno zavarovanje, v sodobnosti ni več edini. Zaradi novih oblik družbenega delovanja je treba prilagajati pravila v socialnem zavarovanju, sicer se bo povečala ogroženost nekaterih družbenih skupin; v nekaterih sicer dobro razvitih državah je vključenost že začela padati.

Tabela 37: Viri sredstev za zdravstvo

	% od BDP ¹				
	1995	1996	1998	2000	2001
Javna sredstva	6,4	6,7	6,7	6,6	6,6
Obvezno zdravstveno zavarovanje	6,3	6,6	6,5	6,5	6,5
Transforni prihodki iz proračunov	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
- državni proračun	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
- občinski proračuni	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Zasebna sredstva	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1
Premije prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja **)	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3
Druga zasebna sredstva *)	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Skupaj sredstva	8,1	8,5	8,6	8,7	8,7

Vir: Poslovna poročila ZZZS, MF- Bilten javnih finanac, AZN Agencija za zavarovalni nadzor- Statistični bilten za zdravstvena zavarovanja, ocene in preračuni UMAR
¹ seštevki posameznih vrednosti se zaradi zaokroževanja lahko razlikujejo od podatka za celoto
 *) Ocena na podlagi podatkov iz Ankete o porabi v gospodinjstvih
 **) Vsa zavarovanja za doplačilo in druge vrste zdravstvenih zavarovanj

Za razliko do polne cene se zavarovanci lahko prostovoljno zavarujejo (dopolnilno zdravstveno zavarovanje). V Sloveniji so se zavarovanci oz. prebivalci, ki po pravilih obveznega zavarovanja niso upravičeni do plačila celotnih stroškov, skoraj v celoti vključili v zavarovanje, tako da je danes to v bistvu *univerzalno* prostovoljno zavarovanje. To je nastalo zaradi postopnega in urejenega umika javnega financiranja. Med obveznim zavarovanjem in prostovoljnim dopolnilnim zavarovanjem mora obstajati močna povezava, tako da delujeta in da se ju obravnava kot sicer sestavljen (kompleksen) vendar enovit sistem. Univerzalnost obeh - obveznega in

Diagram 3: Organizacija zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

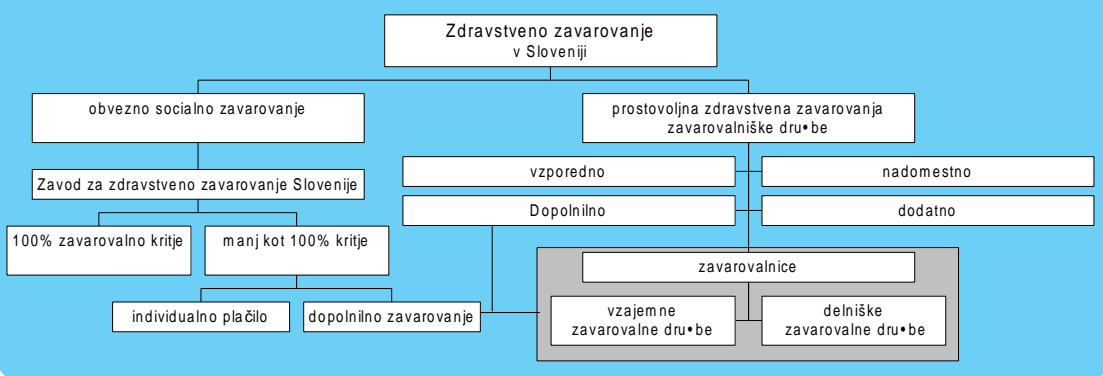


Tabela 38: Zavarovanje za doplačila, Slovenija, 1995-2000

Leto	Število zavarovanj	Število škod
1995	1.355.356	20.109.504
1996	1.378.335	20.136.889
1997	1.251.458	20.781.930
1998	1.289.372	19.838.208
1999	1.334.680	20.030.432
2000	1.360.242	20.779.960

Vir: AZN - Agencija za zavarovalni nadzor

dopolnilnega zavarovanja - je velik dosežek in prednost sistema zdravstvenega zavarovanja. Druge oblike zdravstvenih

zavarovanj (vzporedna, nadomestna, dodatna) so v Sloveniji slabo razvite.

Iz Slike 42 vidimo, da je obremenitev bruto dohodka s prispevki za zdravstveno zavarovanje v Sloveniji dokaj enakomerna. Če bi bili prispevki izraženi samo kot odstotek obdavčljivega dohodka, bi njihova distribucija izkazovala višjo progresivnost. Podatki kažejo, da 10% prebivalstva z najnižimi dohodki prispeva v zdravstveno blagajno 2,87% vsega denarja pobranega s prispevki, 10% prebivalstva z najvišjimi dohodki pa 21%.

Poudarek 10: Pravice iz naslova Obveznega zdravstvenega zavarovanja

V obveznem zdravstvenem zavarovanju se v celoti solidarno zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev zavarovanim osebam za naslednje zdravstvene storitve:

1. sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov, ki se redno šolajo, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb, razen preventivnih pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavlja delodajalec,
2. zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, skladno s programom,
3. zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, ter otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
4. zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
5. preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njegovega širjenja,
6. obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
7. zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, raznih oblik sladkornih bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
8. zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
9. zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
10. nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnim prevozi,
11. patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnih zavodih,
12. zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil, ortopedski in drugi pripomočki v zvezi z zdravljenjem pri prej omenjenih osebah in stanjih.

Solidarno so zagotovljena tudi plačila nujnih zdravstvenih storitev za osebe, ki nimajo dovolj dohodka ali je njihov socialni položaj takšen, da bi si težko plačali dopolnilno zavarovanje, ter starejšim od 75 let, ki pa morajo doplačati k stroškom nenujnih reševalnih prevozov, zobnoproletičnih del in izdelkov, okulističnih pripomočkov in nabave zdravil z vmesne liste.

4.2 Izdatki gospodinjstev za zdravje

Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji torej pokriva večino zdravstvenih tveganj, ne pa vseh in tudi ne v celoti, kar je razlog, da imajo gospodinjstva še dodatne izdatke za zdravje, ki jih plačujejo neposredno. Ti so po statistiki nacionalnih računov, ki edina zagotavlja konstantno primerljivost podatkov za obdobje zadnjih desetih let v Sloveniji, od leta 1990 izjemno porasli. Njihov delež v strukturi trošenja gospodinjstev se je v tem obdobju več kot podvojil (Slika 43). Od tega so se najbolj povečali izdatki gospodinjstev za nebolnišnične storitve (v strukturi izdatkov za zdravje so se povečali s 15% na 36%), s 6% na 18% se je povečal delež izdatkov za bolnišnične storitve, delež izdatkov za zdravila, zdravstvene izdelke in naprave (ki še vedno prevladujejo med izdatki za zdravje) pa se je temu ustrezno znižal. Ker nam nacionalni računi, kljub konsistentnosti in celovitemu prikazu sestave trošenja gospodinjstev, ne omogočajo podrobnih analiz po različnih socio-ekonomskih značilnostih gospodinjstev, bomo v nadaljevanju, če ne bo navedeno drugače, predstavljali izdatke za zdravje preko podatkov Ankete o porabi gospodinjstev (APG)³².

Izdatki za zdravje (skupina 06) sodijo sicer med manjše postavke³³ proračunov

³² Na letni ravni razpolagamo s primerljivimi agregatnimi podatki APG za obdobje 1997 do 2001, analiza obnašanja gospodinjstev po dohodkovnih razredih in nekaterih socioekonomskih značilnostih pa se nanaša na obdobje 1998-2000 in je statična. Vzorci APG treh zaporednih let so pri tem združeni, podatki pa preračunani na srednje leto (1999), ki je uporabljeno kot referenčno leto. Gospodinjstva smo v dohodkovne razrede razporedili glede na njihova neutežena denarna sredstva, in sicer po referenčnem nosilcu gospodinjstva.

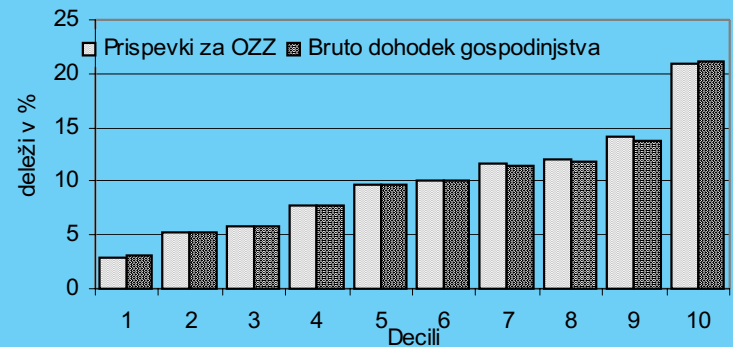
³³ Največje deleže predstavljajo hrana (kljub temu, da njen delež ves čas pada, še vedno znaša približno četrtno vseh izdatkov), stanovanjski izdatki ter izdatki za promet.

gospodinjstev, saj se njihov delež v strukturi vseh potrošnih izdatkov giblje pod 2% (v nacionalnih računih nekaj nad 3%)³⁴. Ti so od vseh skupin potrošnih izdatkov gospodinjstev v obdobju 1997-2001 zabeležili tretjo najvišjo realno rast, in sicer 28-odstotno (Slika 44). Dinamika se je med leti spreminjala; izrazito so porasli predvsem v letih 1998 in 2001, v vmesnem obdobju pa doživeli rahel padec (Slika 43). Za podrobno vsebinsko analizo sprememb v strukturi trošenja gospodinjstev je obdobje štirih let, kolikor imamo na voljo primerljive podatke APG, dokaj kratko. Poleg tega smo bili v letu 1999 priča strukturnemu šoku (uvredbi davka na dodano vrednost), ki je nedvomno vplival na takratno obnašanje gospodinjstev in na sama razmerja znotraj strukture porabe njihovih razpoložljivih sredstev. Kljub temu pa lahko razberemo zakonitosti obnašanja gospodinjstev v Sloveniji in njihove vzorce trošenja.

Podatek, ki nekoliko preseneča, je nizek delež gospodinjstev, ki so dejansko imela izdatke za zdravje, saj znaša le 57,6%. To lahko delno pripišemo dejstvu, da je vsako gospodinjstvo v anketiranje zajeto le dva tedna, v katerih vsa niso imela nujno izdatkov za zdravje, delno pa temu, da izdatki za prostovoljno zdravstveno zavarovanje ne sodijo v skupino izdatkov za zdravje, ampak se spremljajo znotraj kategorije drugih izdatkov gospodinjstev. Prostovoljno - dopolnilno zdravstveno zavarovanje je bilo v Sloveniji uzakonjeno v letu 1992, v naslednjem letu pa se je pričelo njegovo izvajanje. Po ocenah ZZSZ naj bi bilo vanj vključeno okrog 90% prebivalstva (če sem ne štejejo otrok, dijakov in študentov, ki jim obvezno zdravstveno zavarovanje krije ves obseg pravic) oz. približno 1.480.000 zavarovancev (Urad za zavarovalni nadzor). Na podlagi tega sklepamo, da bi bil delež gospodinjstev, ki ima izdatke za zdravje, bistveno večji in bi se zelo približal 100%, če bi bilo to zavarovanje vključeno v skupino izdatkov za zdravje.

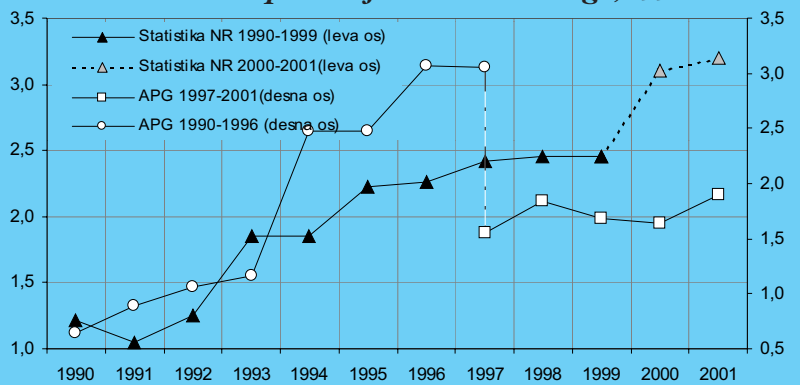
Povprečno slovensko gospodinjstvo je po podatkih APG v letu 1999 za zdravje porabilo 45.639 SIT, od tega 56% za izdelke

Slika 42: Primerjava povprečnih bruto dohodkov in prispevkov za zdravstveno zavarovanje po decilih glede na dohodek v Sloveniji



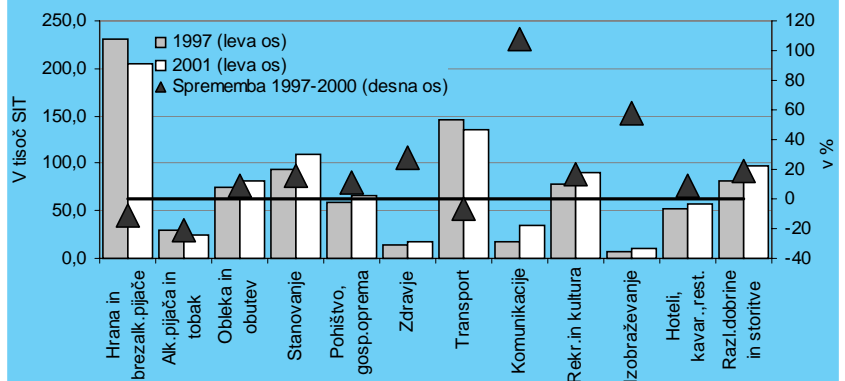
Vir: SURS-APG 1998, 1997-1999

Slika 43: Delež izdatkov gospodinjstev za zdravje v njihovih izdatkih za končno potrošnjo na domačem trgu, 1990-2001



Vir: SURS, preračuni UMAR. Opomba: ¹V statistiki APG je prišlo v letu 1997 do spremembe metodologije, zato podatki pred tem letom niso neposredno primerljivi s kasnejšim obdobjem. ²V nacionalnih računih (NR) so v letu 2002 izvedli revizijo BDP, kar je privedlo tudi do revizije izdatkov gospodinjstev za končno potrošnjo; podatka za leto 2000 in 2001 zato nista povsem primerljiva s serijo 1990-1999. Iz obeh serij pa je jasno razviden trend naraščanja izdatkov gospodinjstev za zdravje.

Slika 44: Izdatki gospodinjstev (na člana gospodinjstva) po namenu in njihova sprememba (povečanje, zmanjšanje) v obdobju od leta 1997-2001, stalne cene 1999*



Vir: APG SURS, preračuni UMAR. Opomba: *Pri vseh skupinah izdatkov smo uporabili isti deflator: indeks cen življenjskih potrebščin.

za zdravje, 43% za izvenbolnišnične storitve, preostanek sredstev pa za bolnišnične storitve. Če bi upoštevali samo tista gospodinjstva, ki so dejansko imela

³⁴ Do razlik v številkah prihaja tudi zaradi dejstva, da so posamezna gospodinjstva v vzorec ankete vključena le dva tedna. Če so v tem času imela izdatke za zdravje, potem so jih vpisala, sicer pa ne. Statistika NR je tudi bolj konsistentna in upošteva pri izgradnji agregata o trošenju gospodinjstev še druge vire.

Tabela 39: Izdatki gospodinjstev za zdravje po dohodkovnih kvartilih, 1998-2000

v SIT	Povprečen znesek na gospodinjstvo				Delež gospodinjstev, ki je prijavilo izdatke za zdravje	Povprečen znesek na gospodinjstvo, ki je prijavilo izdatke za zdravje			
	Zdravje-skupaj	Zdrav. izdelki	Zunajboln. stor.	Boln. stor.	v %	Zdravje-skupaj	Zdrav. izdelki	Zunajboln. stor.	Boln. stor.
1. doh. kvartil	24508	14999	9478	31	43,1	56916	34832	22012	72
2. doh. kvartil	41773	22453	18891	428	58,4	71544	38455	32355	734
3. doh. kvartil	51518	29625	21825	68	60,3	85476	49152	36210	113
4. doh. kvartil	64748	33310	30827	611	68,8	94080	48401	44792	888

Vir: APG 1998-2000, SURS, preračuni UMAR.

izdatke za zdravje, se povprečno porabljeni znesek poveča na 77.004 SIT. Pri prerezu izdatkov po dohodkovnih razredih je opaziti, da se z naraščanjem razpoložljivega dohodka gospodinjstev povečuje delež gospodinjstev, ki so imela izdatke za zdravje, obenem pa naraščajo tudi njihovi povprečni izdatki za zdravje (Tabela 39).

Porazdelitev izdatkov med gospodinjstvi je dokaj neenakomerna, pri tem pa za zdravje porabijo relativno največ gospodinjstva najvišjih dohodkovnih razredov. 10% najrevnejših gospodinjstev porabi za zdravje 3,5% (mase) izdatkov, 10% gospodinjstev z najvišjim dohodkom pa kar 4,7-krat več.

Povprečni letni izdatki za zdravje gospodinjstev prvega kvartilnega razreda so bili 2,6-krat nižji od primerljivih izdatkov gospodinjstev četrtega kvartilnega razreda;

če bi upoštevali samo gospodinjstva, ki so dejansko imela izdatke za zdravje v času anketiranja, potem je razmerje nekoliko nižje in znaša 1,7. Pri gospodinjstvih vseh dohodkovnih kvartilov predstavljajo največji delež izdatki za zdravstvene izdelke, naprave in opremo, sledijo jim izdatki za izvenbolnišnične storitve, delež izdatkov za bolnišnične storitve pa je povsod zanemarljiv in znaša od 0,1% do 1,0% izdatkov za zdravje.

Če primerjamo gospodinjstva in njihove izdatke za zdravje glede na doseženo izobrazbo nosilca gospodinjstva, ugotovimo, da se ti povečujejo z višjo doseženo izobrazbo (Tabela 40). To je pričakovano, saj je izobrazba eden pomembnejših dejavnikov, ki določa dohodek gospodinjstev³⁵. Povprečni letni izdatki gospodinjstev, katerih nosilci so brez izobrazbe, so bili v opazovanem

Od leta 1990 izjemno porasli izdatki gospodinjstev za zdravje

Tabela 40: Izdatki gospodinjstva za zdravje glede na izobrazbo nosilca gospodinjstva, 1998-2000

v SIT	% gosp. v skupini	Povprečen znesek na gospodinjstvo				% gosp. z izdatki za zdravje	Povprečen znesek na gospodinjstvo, ki je prijavilo izdatke za zdravje			
	v %	zdravje-skupaj	zdravstv. izdelki	zunajboln. stor.	boln. stor.	v %	zdravje-skupaj	zdravstv. izdelki	zunajboln. stor.	bolnišn. stor.
Brez dokončane OŠ	4,7	19.761	12.405	7.355	0	34,5	57.341	36.003	21.346	0
Osnovna šola	22,1	27.971	16.843	11.054	73	46,8	59.764	35.988	23.619	156
Poklicna šola	26,0	38.843	22.983	15.780	80	53,9	72.015	42.610	29.256	149
Srednja šola	29,5	52.479	28.057	24.038	384	64,9	80.809	43.203	37.015	591
Višja, visoka ali več	17,7	73.133	36.944	35.430	759	70,6	103.613	52.341	50.196	1.075

Vir: APG 1998-2000, SURS, preračuni UMAR.

³⁵ Že v predhodnem odstavku smo pokazali, da izdatki naraščajo z dohodkom; v prvem dohodkovnem kvartilu namreč prevladujejo nosilci s končano osnovno šolo (45%), v drugem je največ takšnih, ki imajo zaključeno poklicno šolo (36%), v tretjem je večina nosilcev končala srednjo šolo (39%), v najvišjem pa je več kot 40% takšnih, ki so končali višjo ali visoko šolo.

obdobju 6,7-krat nižji od izdatkov gospodinjstev z visoko izobraženim nosilcem, ki so za zdravje absolutno največ porabila; razmerje je zopet nekoliko nižje, če upoštevamo samo gospodinjstva, ki so dejansko imela izdatke za zdravje v času anketiranja (4,1). V večini skupin gospodinjstev predstavljajo pretežni del izdatki za zdravstvene izdelke, naprave in opremo, razen pri gospodinjstvih z nosilci s končano višjo, visoko šolo in s podiplomsko izobrazbo. Slednja porabijo največji delež izdatkov za zdravje za izvenbolnišnične storitve, za obisk zdravnikov specialistov, zobozdravnikov ipd. Največje pozitivno odstopanje med deležem gospodinjstev v določeni skupini in deležem njihove porabe v skupnih izdatkih za zdravje srečamo pri gospodinjstvih z visoko izobrazbo (teh gospodinjstev je približno 5%, porabijo pa skoraj 10% vseh izdatkov), negativno pa pri gospodinjstvih z nosilcem, ki je končal OŠ (takšnih gospodinjstev naj bi bilo po podatkih APG v Sloveniji okrog 22%, porabili pa so približno 13% vseh izdatkov za zdravje).

Da bolje situirana gospodinjstva ter tista, katerih nosilci so bolje izobraženi, porabijo relativno več sredstev za zdravje kot ostala, je po eni strani pričakovano, saj se ta najverjetneje lažje (privoščijo) in hitreje odločajo za obiske zasebnih zdravnikov specialistov, kjer so čakalne vrste krajše kot v javnih zdravstvenih zavodih in storitve zato hitreje dostopne. Poleg tega

najverjetneje relativno več porabijo tudi za preventivo.

Če dalje primerjamo gospodinjstva in njihove izdatke za zdravje še glede na formalni status zaposlitve nosilca, ugotovimo, da je pri tej delitvi gospodinjstev porazdelitev sredstev in njihova poraba najbolj usklajena. Tako je bilo v obdobju 1998-2000 v Sloveniji npr. približno 58% gospodinjstev, katerih nosilci so zaposleni, ta pa so porabila slabih 60% mase izdatkov za zdravje (Tabela 41). Gospodinjstev z upokojenim nosilcem je bilo 33% in so porabila 33% mase izdatkov za zdravje. Največje in hkrati edine omembe vredne razlike je opaziti pri gospodinjstvih z brezposelnim nosilcem. Teh je bilo po podatkih APG 2,5%, porabila pa so le 1,1% mase sredstev. Povprečni letni izdatki gospodinjstev, katerih nosilci so v delovnem razmerju, so se v opazovanem obdobju gibali na ravni slovenskega povprečja (nekoliko več so v povprečju porabila le še gospodinjstva samozaposlenih), za zdravje pa so (absolutno) najmanj porabila gospodinjstva z nosilcem, nezmožnim za delo. Pri vseh skupinah gospodinjstev največji del izdatkov predstavljajo tisti za zdravstvene izdelke, naprave in opremo, sledili so jim izdatki za nebolnišnične storitve. Vse skupine razen dveh (zaposlenih in upokojenskih) pa niso imele prav nobenih izdatkov za bolnišnične storitve. Gospodinjstva z upokojenim nosilcem, ki so dejansko prijavila izdatke za zdravje, so absolutno

**Bolje
situirana
gospodinjstva
porabijo za
zdravje
relativno več
sredstev kot
ostala**

Tabela 41: Izdatki gospodinjstva za zdravje glede na formalni status zaposlitve nosilca gospodinjstva, 1998-2000

v SIT	% gosp. v skupini	Povprečen znesek na gospodinjstvo				% gosp., z izdatki za zdravje	Povprečen znesek na gospodinjstvo, ki je prijavilo izdatke za zdravje			
	v %	.06	.061	.062	.063	v %	.06	.061	.062	.063
Zaposlen	58.4	46,610	25,946	20,258	406	59.5	78,377	43,630	34,065	683
Samozaposlen	5.0	47,590	26,215	21,375	0	58.0	82,076	45,212	36,864	0
Pomagajoči družin. član	0.3	18,274	17,244	1,030	0	66.0	27,708	26,147	1,562	0
Dr.oblike dela (AH, pog.)	0.2	11,458	7,855	3,603	0	42.3	27,060	18,552	8,508	0
Brezposlen	2.5	21,028	12,989	8,039	0	49.9	42,099	26,005	16,094	0
Upokojenec	32.8	46,558	24,763	21,651	145	55.3	84,176	44,770	39,144	262
Učenec, dijak, študent	0.4	22,901	15,711	7,190	0	32.8	69,756	47,856	21,899	0
Gospodinja	0.2	12,002	12,002	0	0	32.8	69,756	47,856	21,899	0
Nezmožen za delo	0.1	9,301	9,301	0	0	47.1	25,486	25,486	0	0

Vir: APG 1998-2000, SURS, preračuni UMAR.

Legenda: .06 - zdravje, .061 - zdravstveni izdelki, naprave in oprema, .062 - zunajbolnišnične storitve, .063 - bolnišnične storitve.

Tabela 42: Izdatki gospodinjstev za zdravje glede na tip gospodinjstva, 1998-2000

v SIT	% gosp. v skupini	Povprečen znesek na gospodinjstvo				% gosp., z izdatki za zdravje	Povprečen znesek na gospodinjstvo, ki je prijavilo izdatke za zdravje			
	v %	zdravje-skupaj	zdravstveni izdelki	zunajboln. stor.	bolni. stor.	v %	zdravje-skupaj	zdravstveni izdelki	zunajboln. stor.	boln. stor.
Samska gospodinjstva	16,0	31.613	15.140	16.084	388	45,9	68.931	33.013	35.071	847
Dva odrasla	22,3	49.482	28.728	20.541	213	58,2	85.083	49.397	35.319	366
Tri odrasle osebe in več	20,7	54.063	26.181	27.766	116	61,4	88.085	42.657	45.238	190
Gospodinjstva brez otrok	59,0	46.245	24.151	21.868	227	56,0	82.649	43.162	39.082	405
Gospodinjstva z 1 otrokom	20,3	46.324	27.629	18.570	125	59,9	77.284	46.093	30.981	209
Gospodinjstva z 2 otrokoma	17,7	43.271	24.579	17.981	711	60,3	71.769	40.766	29.823	1.180
Gospodinjstva s 3 otroki	2,5	45.854	30.967	14.888	0	61,5	74.607	50.384	24.223	0
Gospodinjstva s 4 ali več otroki	0,6	31.161	23.805	7.356	0	51,3	60.798	46.446	14.352	0
Gospodinjstva z otroki	41,0									

Vir: APG 1998-2000, SURS, preračuni UMAR.

Legenda: .06 - zdravje, .061 - zdravstveni izdelki, naprave in oprema, .062 - zunajbolnišnične storitve, .063 - bolnišnične storitve.

gledano v povprečju največ porabila za zdravje, najmanj pa zopet gospodinjstva z nosilcem nezmožnim za delo. Da upokojska gospodinjstva porabijo relativno visok delež sredstev za zdravje, potrjujejo tudi rezultati APG drugih evropskih držav.

Tabela 43: Primerjava izdatkov za zdravje, v % od izdatkov za življenjske potrebščine; podatki statistike nacionalnih računov in APG po državah, 1999

Delež izdatkov za zdravje v izdatkih gospodinjstev za življenjske potrebščine	APG				NR			
	zdravje-skupaj	zdravstveni izdelki	zunajbolnišnične stor.	bolnišnične stor.	zdravje-skupaj	zdravstveni izdelki	zunajbolnišnične stor.	bolnišnične stor.
Slovenija	1,8	1,0	0,8	0,0	2,5	1,1	0,9	0,5
Češka	1,5	n.p.	n.p.	n.p.	1,1	0,0	0,0	0,0
Estonija	1,6	n.p.	n.p.	n.p.	1,7	1,0	0,6	0,0
Latvija	3,5	n.p.	n.p.	n.p.	3,7	2,4	1,3	0,0
Litva	3,5	n.p.	n.p.	n.p.	3,6	0,0	0,0	0,0
Poljska	4,4	n.p.	n.p.	n.p.	4,2	0,0	0,0	0,0
Avstrija	2,4	1,2	1,1	0,1	3,2	0,7	1,6	0,9
Italija	4,4	2,4	1,9	0,1	3,2	1,7	1,2	0,3
Nemčija	3,6	1,8	1,5	0,3	4,0	1,4	1,4	1,1
Luksemburg	2,4	1,1	1,2	0,1	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Nizozemska	1,1	0,8	0,5	0,0	4,0	1,3	1,2	1,5
Španija	2,5	1,4	0,9	0,1	3,4	1,1	1,8	0,5
Belgija	4,7	1,9	2,3	0,5	3,8	1,4	1,3	1,1
Danska	2,4	1,3	1,0	0,0	2,5	1,2	1,0	0,3
Finska	3,7	1,8	0,0	0,0	3,6	1,8	1,2	0,6
Švedska	3,0	1,1	1,8	0,0	2,4	n.p.	n.p.	n.p.
Grčija	6,3	1,2	4,3	0,8	5,6	0,6	5,0	0,0
Velika Britanija	1,1	0,7	0,4	0,0	1,5	0,9	0,4	0,3
Irska	1,8	1,0	0,7	0,1	2,6	0,3	0,7	1,5
ZDA	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	16,5	2,5	6,8	7,2

Vir: APG 1998-2000, SURS, preračuni UMAR.

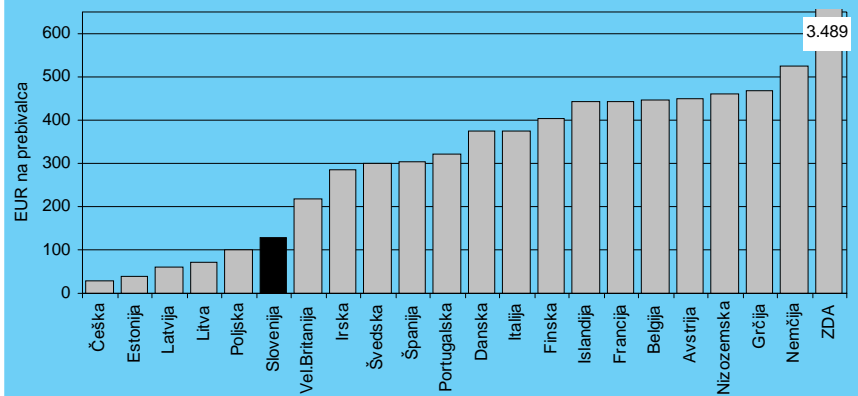
http://europa.eu.int/newcronos/getExport?OutputDir=EJOutputDir_88&OutputMime=text%2Fhtml&OutputMode=U&OutputFile=b_co3_c.htm
http://europa.eu.int/newcronos/access/hdr/qry_frm1.m4?thelang=en&theroot=newcrono/theme3/hbs/depend_d_spec/t121&aheader=t121

Legenda: .06 - zdravje, .061 - zdravstveni izdelki, naprave in oprema, .062 - zunajbolnišnične storitve, .063 - bolnišnične storitve.

Glede na tip gospodinjstva absolutno največ sredstev za zdravje porabijo gospodinjstva treh ali več odraslih oseb brez otrok, najmanj pa gospodinjstva z več kot štirimi otroki ter samska gospodinjstva. Pri omenjenih skupinah je opaziti tudi največje odstopanje v odstotku gospodinjstev v skupini in deležu njene porabe za zdravje (Tabela 42), pri vseh drugih pa je razlika zanemarljiva, kar kaže na precej enakomerno porazdelitev izdatkov.

Tudi v EU naj bi bili po podatkih APG izdatki gospodinjstev za zdravje med najbolj propulzivnimi³⁶ (dosegajo eno najhitrejših rasti med vsemi izdatki) v zadnjem desetletju. Njihov delež se je tako v obdobju 1995-1999 v vseh državah bodisi povečal ali pa ostal nespremenjen, nikjer pa se ni znižal. V letu 1999 se je delež izdatkov v strukturi izdatkov za življenjske potrebščine gibal v državah trinajsterice³⁷ v povprečju okrog 3%, v tranzicijskih državah³⁸ pa je bil v povprečju za pol odstotne točke nižji. Razponi med državami so precejšnji, saj naj bi v Grčiji gospodinjstva za zdravje v letu 1999 porabila 6,3% izdatkov za življenjske potrebščine, najmanj pa so v povprečju za zdravje porabila nizozemska, britanska, luksemburška in slovaška gospodinjstva (približno 1%). Delež je v veliki meri odvisen od tipa zdravstvenega sistema, ki se razlikuje med državami. Države bivšega vzhodnega bloka so očitno podedovale socialno naravnane zdravstvene sisteme, ki so zagotavljali precejšen obseg pravic iz obveznega zavarovanja, kar se zrcali v nekoliko nižjem povprečnem deležu izdatkov za zdravje v strukturi življenjskih izdatkov v teh državah. To potrjuje tudi mednarodna primerjava povprečnih izdatkov za zdravje na prebivalca (podatki nacionalnih računov, Slika 45), ki kaže, da so gospodinjstva tranzicijskih držav v letu 1999 za zdravje v povprečju neposredno plačala [out-of-pocket] manj kot 100 evrov na prebivalca, države EU pa približno petkrat več. Najbolj izstopajo ZDA, katerih gospodinjstva naj bi za zdravje v povprečju porabila skorajda 3,500 EUR.

Slika 45: Izdatki gospodinjstev za zdravje po državah, v evrih na prebivalca, 1999*



Vir: NewCronos. Opomba: *Podatki statistike nacionalnih računov.

Glede na tip gospodinjstva v državah EU za zdravje relativno največ potrošijo gospodinjstva dveh odraslih oseb, sledijo pa jim, podobno kot v Sloveniji, samska gospodinjstva ter gospodinjstva treh odraslih oseb. Izdatki naraščajo premo sorazmerno tudi s starostjo nosilca gospodinjstev (gospodinjstva z nosilcem, mlajšim od 30 let, porabijo za zdravje v povprečju držav EU-13 manj kot 2% izdatkov, gospodinjstva z nosilcem, starejšim od 60 let, pa nad 4% izdatkov za življenjske potrebščine. Presek gospodinjstev po dohodkovnih razredih (kvintilih) v povprečju ne kaže neenakosti med različnimi skupinami; vsa gospodinjstva porabijo okrog 3% svojih izdatkov (+/- 0,2 odstotne točke) za zdravje, razlike pa nastopijo, če primerjamo vzorce trošenja posameznih držav.

4.3 Zavezanost zdravju

Zdravje, zdravstveno varstvo in zavarovanje na več načinov vplivajo na človekov razvoj. Izdatki za zdravje in zdravstveno varstvo so naložba tako v ekonomsko kot v družbeno blaginjo. Poglavitni cilj sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja je prebivalcem/kam zagotavljati možnosti za zdravo delo in življenje. Če so oboleli, jim je treba s pomočjo skladnega zdravstvenega sistema ponuditi različne zdravstvene storitve glede na njihove zdravstvene potrebe.

Zdravje je univerzalna vrednota in človekova pravica

³⁶ Ob zelo očitnem in ofenzivnem marketingu farmacevtske industrije.

³⁷ Za Francijo in Portugalsko ni na voljo podatkov.

³⁸ Zajete Albanija, Bolgarija, Češka, Estonija, Litva, Latvija, Madžarska, Poljska, Romunija, Slovaška in Slovenija.

**Potrebne
domišljene
družbene
aktivnosti in
politike**

Ob vseh razvojnih spremembah mora zdravstvena oskrba ostati (še naprej) visoko kakovostna, varna, finančno dosegljiva, dostopna, pri njenem zagotavljanju pa naj bodo čakalne dobe čim krajše. Solidarnost in pravičnost morata ostati ključni vrednoti slovenskega zdravstvenega sistema, kar se zagotavlja s solidarnostnim in zdržnim financiranjem, s spodbujanjem raznolikosti izvajanja in postavljanjem prebivalcev (bolnikov, zavarovancev) in njihovih izbir v središče delovanja zdravstvenih služb. Kvaliteto le-teh je treba vzdrževati z ustvarjalnim in učinkovitim sodelovanjem javnega in zasebnega sektorja.

Zavezanost zdravju in razvoju le-tega mora biti zato prisotna na vseh nivojih družbenega odločanja. Zato je na tem področju še posebej potreben in pomemben družbeni konsenz.

5. Izzivi in možnosti

Zdravje je univerzalna vrednota in človekova pravica. Je pomemben temelj zmognosti posameznika/ce, ki mu omogoča kvalitetno življenje in produktivno udejstvovanje. Bolezenska stanja, nasprotno, zmanjšujejo kvaliteto življenja ljudi, na narodnogospodarski ravni pa povzročajo neizmer(je)ne stroške. Kakorkoli že specificiramo funkcijo blaginje posameznika/ce in populacije, ima zdravje v njej veliko težo. Ta premislek nas vodi k iskanju načinov, kako bi se lahko vsaj deloma izognili negativnim posledicam izgube zdravja. Ena od možnosti, ki jih je moč uporabiti pri načrtovanju javno-zdravstvenih politik, je upoštevanje vpetosti zdravja v družbeni kontekst. Zdravje je namreč treba razvijati, krepiti in varovati tudi s kompleksno organiziranimi družbenimi aktivnostmi in politikami. Le-te pa pogosto niso dovolj domišljene in zato zgrešijo svoj osnovni namen. Včasih se celo spremenijo v svoje nasprotje.

**Kritika
(rigidnosti)
biomedicinskega
znanstvenega
modela**

V modernem zahodnem razumevanju zdravja je biomedicina še vedno dominantna paradigma. Vendar pa je v zadnjih desetletjih izpostavljena resnim kritikam tako nemedicinskih kot medicinskih krogov. Kritiki ponujajo vrsto različnih pogledov in teorij, ki sprožajo dvome na "edinozveličavno" upoštevanje biomedicine. Biomedicinski znanstveni model kritizirajo tudi zaradi monopola zdravnikov nad "uradnim medicinskim znanjem" in zaradi predominantno negativnih stališč do vsega, kar se lahko označi kot drugačno gledanje na bolezen/zdravje. Čeprav kritiki obstoječe biomedicinske paradigme izhajajo iz divergentnih stališč in različnih ravni analize, jim je skupno to, da v svoje zaključke vključujejo potrebo po širših znanstveno-raziskovalnih metodah, večanju pomena javnega zdravja [*Public Health*], večjem upoštevanju družbene slojevitosti in nasprotij, večjemu upoštevanju osebnih stališč bolnikov itd. Naslonitev na zgolj biomedicinska dejstva zanika historične, kulturne in družbene dejavnike, ki oblikujejo modele zdravstvenih prepričanj. Prav tako zanika človekovo lastno razlago doživljanja bolezni in zdravstvenih problemov. Dojemanje zdravja in bolezni namreč močno variira med različnimi kulturami in tudi znotraj posamezne kulture.

Danes se ob zasidranem biomedicinskem razumevanju bolezni in zdravstvenih problemov pojavljajo še številni drugi: nekonvencionalni³⁹, sociološki in kritično-teoretični so samo nekateri med njimi.

5.1 Nekonvencionalni pristop(i) k razumevanju zdravja in zdravljenju

Zdravniki, bolniki, država in druge družbene institucije imajo tako do konvencionalnega kot do nekonvencionalnega razumevanja zdravja različna stališča, ki jih je mogoče na osnovi različnih

³⁹ Z nekonvencionalnim razumevanjem zdravljenja razumemo drugačno (alternativno; alter, lat. - drugi), tradicionalno, ljudsko, naravno, dopolnilno, nekonvencionalno, vzhodno zdravljenje, včasih pa tudi paramedicino, padarstvo, mazaštvo. Nasprotno pa s terminom 'konvencionalni pristop k zdravljenju' razumemo pristop, ki temelji na biomedicinski (naravoslovni) znanstveni paradigmi in ima naziv tudi uradna, standardna, včasih tudi šolska, znanstvena ali zahodna medicina. Vsaka od teh "dveh medicin" se lahko deli na ožja področja, ki se razvijajo skladno s svojo filozofijo, teorijo in prakso. Uradna medicina ima v Sloveniji 43 priznanih specializacij, alternativna medicina pa vključuje več različnih področij (od katerih jih je nekaj že del uradne medicine): akupunktura, homeopatija, osteopatija, aromaterapija, kiropraktika, zdravljenje z bioenergijo, herbalizem ipd.

teoretičnih modelov⁴⁰ komentirati in ugotovitve uporabiti pri načrtovanju ukrepov reguliranja tega področja. Kar se zdi pomembno bolniku, ni namreč nujno relevantno za zdravnika in obratno. Odločitev, da bo posameznik/ca iskal/a pomoč v okviru konvencionalnega pristopa k zdravljenju, je lahko samo ena izmed možnosti, med katerimi se bo odločal/a, ko se ne bo počutil/a dobro. Samo zdravstveni problem ali znak neke bolezni še ni zadosten razlog, da ljudje iščejo zdravnika ali zdravilca; velikokrat je ta odločitev povezana le s psihosocialnimi (netelesnimi) okoliščinami. Na kakšen način in kdaj bo posameznik/ca poskusil/a zadovoljiti svoje potrebe po zdravljenju, je v precejšni meri odvisno od socialne mreže, ki ga obdaja; tj. od referenčnega sistema posameznika/ce s pripadajočimi socio-kulturnimi stališči, znanjem, vrednotami in normami. Od zdravstvenega prepričanja in vpliva bolnikove socialne mreže je velikokrat odvisno kaj, kje, kako in kdaj bo posameznik/ca (bolnik/ca) iskal/a uradno ali neuradno medicinsko pomoč. Vendar v realnem svetu obstajajo omejitve, ki zavirajo sprejemanje potrebnih ukrepov za ustrezno vključevanje pozitivnih praks nekonvencionalnega zdravljenja. Mednje sodi dominantnost in rigidnost tradicionalnega biomedicinskega načina razmišljanja in z njim politične vloge medicinske stroke ter temu primerne ukrepanja v zadevah, povezanih z zdravjem.

Če je odnos uradne medicine do nekonvencionalnega zdravljenja pretežno odklonilen, pa se zdi, da to ne velja v enaki meri za prebivalstvo Slovenije. Prve zanesljivejše podatke o dojemanju nekonvencionalnega zdravljenja v Sloveniji lahko razberemo iz anket Slovenskega javnega mnenja (spremljajo jih od leta 1994).

Nekonvencionalni pristopi k zdravljenju lahko po eni strani pomenijo širjenje procesa medikalizacije družbe, po drugi pa tudi zmanjševanje moči medicinskih profesionalcev. Prav tako imajo dvojne implikacije tudi na zdravje. Po eni strani (verjetno) delujejo pozitivno, in sicer na

Poudarek 11: Uporaba alternativnih oblik pomoči

	SJM94 ₁	SJM96 ₂	SJM99 ₂	SJM01 ₃
A. dieta, post, makrobiotika	30,6	24,9	23,5	26,6
B. zdravljenje z zelišči	30,7	28,1	24,5	26,3
C. akupunktura, akupresura, shiatsu	3,4	5,3	6,1	5,7
D. bioenergija, radiostezija	6,9	7,8	8,9	9,1
E. masaža, kiropraktika, refleksologija	10,8	12,5	15,8	18,5
F. meditacija, avtogeni trening	5,8	6,0	5,7	7,1
G. joga, tai chi, plesna terapija	3,3	3,7	3,7	5,2
H. bioritem, astrologija, numerologija	2,6	4,1	2,6	2,0
I. homeopatija	-	-	2,0	1,8

Vir: SJM

Frankič (1996) na osnovi reprezentativnega vzorca 870 odraslih prebivalcev Slovenije ocenjuje, da 57,3% prebivalstva uporablja zdravila, proizvode in alternativne metode za "samomedikalizacijo". Delež žensk (57%) je pri tem značilno večji kot delež moških (43%). Raziskava kaže, da se ljudje najpogosteje samozdravijo pri simptomih, kot so: povišana temperatura, kašelj, boleče grlo; na drugem mestu so slabo počutje, stres, tesnoba, nespečnost, in utrujenost; na tretjem mestu preventivni ukrepi; in na četrtem znaki, povezani z bolečinami v križu, nogah in z revmatizmom.

Rezultati druge ankete¹ iz istega leta kažejo, da 83% oseb sicer pozna pojem alternativna medicina, da pa je razumevanje tega pojma različno. 49% oseb je naklonjenih uporabi alternativnih metod zdravljenja, 37% oseb pa te metode uporablja. Ženske jih uporabljajo v večji meri kot moški, starejši bolj kot mlajši, višje izobraženi bolj kot manj izobraženi in v celoti bolj s preventivnim kot s kurativnim namenom. Mlajši pacienti (do 49 let) se pogosteje odločajo za alternativne metode brez posveta z zdravnikom, starejši bolniki pa se v 50% primerov pred pričetkom zdravljenja ali pa med zdravljenjem posvetujejo s svojim zdravnikom. Bolniki alternativno zdravljenje največkrat (v 34% primerov) izvajajo sami, pod vodstvom zdravilca v 25% primerov, skupaj z drugimi družinskimi člani 22%, v krogu prijateljev in znancev pa v 19% primerov. 31% anketirancev je menilo, da je njihov zdravnik naklonjen alternativnim metodam. Kar je še posebej zanimivo - skoraj polovica (49%) tistih, ki uporabljajo alternativne metode, trdi, da je zdravljenje z alternativno metodo uspešno; od teh jih je 16% celo opustilo zdravljenje, ki jim ga je predpisal njihov osebni zdravnik.

Na osnovi rezultatov teh raziskav ugotavljamo, da ljudje poznajo različne alternativne metode zdravljenja, so naklonjeni takšnemu načinu preprečevanja in zdravljenja bolezni in te metode tudi uporabljajo.

¹ Leta 1996 je bila pod vodstvom takratnega Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani izvedena anonimna anketa o alternativni medicini, in sicer na naključnem vzorcu 1650 registriranih pacientov pri zdravnikih splošne medicine zdravstvenega doma Celje.

način, kot deluje zdravniški 'pogovor' s pacienti. Po drugi strani pa lahko ob ekskluzivnosti pomenijo tudi tveganje za zdravje. S celovitim prizadevanjem za zdravje (promocija zdravja) in vzgojo za

⁴⁰ Med drugimi tudi Goffman v svoji knjigi Azil izpostavlja kritičen pogled na moderno vlogo medicine. Analitično se osredotoča predvsem na medicino kot vrednotno nabit sistem družbenega nadzora, ki deluje pod preobleko nevtralne znanosti. Poglavitna nadzorna tehnika je po njegovem mnenju označevanje ljudi kot bolnikov, obolelih. Represivni vidik te operacije je v tem, da označevanje ni nujno utemeljeno na neki biološki realnosti, pač pa odraža tudi vrednote in predsodke medicinskih profesionalcev.

**Družbena
konstrukcija
bolezni/
zdravja**

zdravje bi bilo moč doseči, da bi ljudje iskali in uporabljali tiste preventivne in zdravilne metode, ki zdravju koristijo in prispevajo k večji kakovosti življenja - v okviru konvencionalnega in/ali nekonvencionalnega zdravljenja. Zaradi pravnega, ekonomskega in zdravstvenega varstva prebivalcev pa bo morala slovenska država urediti odnos (spremljanje, urejanje in ukrepanje) do obstoječih nekonvencionalnih pristopov k zdravljenju.

Iskalec/ka pomoči pri nekonvencionalnih zdravilcih je v naši državi pravno in zdravstveno namreč povsem nezavarovan/a. Danes slovenska država⁴¹ ne ureja nekonvencionalnih pristopov k zdravljenju niti statusa zdravilcev kot nosilcev te dejavnosti, čeprav ti v taki ali drugačni pojavni obliki v Sloveniji vseskozi delujejo. Noben državni dokument ne opredeljuje metod in standardov njihovega dela, minimalnih programov znanj in usposabljanja, niti niso določeni pogoji izdajanja licenc za te dejavnosti. Po pravno-formalni plati sodi Slovenija celo med države, ki izključujejo vsakršno prakso, ki ne temelji na znanstveni medicini, in izključujejo praktike, ki niso formalno medicinsko ali zdravstveno šolani za takšno delo. S tem vzdržuje "črni trg" nudenja tovrstnih storitev, kar je škodljivo tako za zdravstveno, ekonomsko kot tudi pravno varnost ljudi ter opozarja na "neurejenost" države. Zato bi bilo po eni strani potrebno več izvedbene regulative⁴² glede nekonvencionalne medicine, po drugi strani pa bi bilo nujno nekonvencionalne

metode proučiti, razjasniti in vključiti med ukrepe sodobnega zdravstvenega varstva, še zlasti, če izkazujejo zdravilne učinke oz. prispevajo k boljšemu počutju in zadovoljstvu ljudi. Slovenija bi pri tem lahko izhajala iz pozitivnih praks razvitih državah.

Domnevam o univerzalnosti, nevtralnosti in 'popolnosti' biomedicinskega modela zdrav(ljen)ja poleg nekonvencionalnega, ki smo se ga dotaknili, oporeka tudi sociološki (družbeni) pogled na zdravje. Ta temelji na predpostavki, da je bolezen produkt načina življenja v določenih družbenih okoljih in da so "primarni (osnovni)" vzroki nezdravja povezani z načinom življenja v organizirani in strukturirani družbi. Družbeni model zdravja postavlja perspektive, ki skušajo poiskati korenine nezdravja izven telesa, torej potrditi tako imenovano tezo o 'družbeni konstrukciji' bolezni/zdravja.

(Bio)medicina ima nedvomno pomembno in pozitivno vlogo v sodobni družbi, vendar se kritičnoteoretski model⁴³ analize osredotoča predvsem na represivno-disciplinatorno vlogo medicine.

5.2 Kritičnoteoretski pogled na vlogo medicine

V kritičnoteoretski perspektivi je medicina v moderni družbi eden od pglavitnih mehanizmov prisile posameznika v smislu podrejanja 'normalnim' družbenim vlogam.

⁴¹ V Državnem zboru republike Slovenije je bila sicer leta 1996 dana poslanska pobuda z namenom, da se pripravi pregled stanja o zdravljenju z bioenergijo in drugimi komplementarnimi metodami zdravljenja in zagotovi razvoj standardizacije za ugotavljanje zdravilnih sposobnosti bioenergetikov in drugih zdravilcev ter nato zakonsko opredeli njihov popis (registracija) in spremljanje. Poslansko pobudo za pravno ureditev statusa in nadzora alternativne medicine v Sloveniji je obravnaval takratni Zdravstveni svet (najvišji strokovni organ) Ministrstva za zdravje in jo zavrnil.

Leta 1998 je Zdravstveni svet na pobudo farmacevtov razpravljajal o "homeopatskem zdravljenju in homeopatskih zdravilih" in se hkrati seznanil s stališči državne Komisije za medicinsko etiko o zdravilstvu. Stališče Zdravstvenega sveta je bilo, "da je mogoče status homeopatije oz. zdravilstva urediti na način, ki bo dovolil delovanje izključno tistih zdravilskih panog, ki imajo natančno predpisano in preverljivo izobraževanje in svoje poklicne organizacije, za katere je mogoče nedvoumno ugotoviti, da ne ogražajo zdravja svojih klientov, pod pogoji, ki jih predpiše resorni minister, in so podvrženi ustreznemu strokovnemu in upravnemu nadzoru." V tem smislu so se že organizirali ali pa še potekajo pobude za organiziranje izvajalcev (npr. Sekcija terapevtov naravnega zdravljenja pri GZS) na področju alternativnih metod zdravljenja (evropska nomenklatura- 85,142).

⁴² Med pomembnimi razlogi, da je treba nekonvencionalne metode zdravljenja urediti, je tudi stališče Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki vzpodbuja in hrabri države članice, da oblikujejo lastno zdravstveno politiko do tega pojava. SZO je pripravljena pomagati pri vrednotenju in proučevanju varnosti in učinkovitosti uporabljanih zdravilnih metod (raziskave), dopolnjevati znanja tradicionalnih (pristopi k zdravju na način, ki se v vsakem posameznem okolju prenaša iz generacije na generacijo) in sodobnih zdravstvenih praktikov, kot tudi obveščati javnost glede potrjenih ugotovitev v zvezi z uporabo nekonvencionalnih metod. S tem namenom je SZO po svetu že ustanovila več centrov za tradicionalno medicino. Med industrijsko razvitimi državami, v katerih so taki centri, so: Belgija, Italija, Japonska in ZDA. Poleg SZO se - na ravni Evrope - problema nekonvencionalne medicine lotevajo tudi v okviru projekta COST B4. Španija, Norveška, Velika Britanija, Finska in Švica so se že leta 1993 dogovorile za proučevanje in znanstveno uveljavljanje nekonvencionalnih metod zdravljenja. Do sedaj so se temu dogovoru pridružile še Belgija, Danska, Francija, Italija, Madžarska, Nemčija, Nizozemska in Slovenija (Memorandum of Understanding).

⁴³ V tem kontekstu je gotovo najbolj izpostavljen Foucault in pripadniki njegove teoretske šole.

Profesionalne skupine so tiste, ki s svojimi modeli in definicijami razvrščajo ljudi in njihova ravnanja na normalna in deviantna ('bolniki', 'norci', 'kriminalci' ipd.) (White, 2002:9,120). Skozi opazovanje psihofizičnega telesa posameznika se vzpostavi nov sistem oblasti, t.i. 'biopolitika'. Ljudje so vse bolj izpostavljeni opazovanju in preiskovanju s strani novih ekspertnih sistemov - medicine, sanitarnih znanosti, kriminologije. Ekspanzija tega panoptičnega modela oblasti na medicinskem področju se kaže zlasti v razmahu psihiatrije in njenega imperativa samorazkrivanja ter v razmahu preventivne medicine, diskurzih zdrave diete, *fitness režimih* itd. (Annandale, 1998:36). Mnoge medicinske discipline (psihiatrija, splošna praksa, pediatrija, gerontologija ipd.) danes v središče svojega 'preiskujočega pogleda' namreč postavljajo celotno posameznikovo/posameznično sfero zasebnosti oziroma posameznikove/posameznične socialne odnose (White, 2002:47). Medicina danes torej, poleg biološkega telesa, opazuje tudi socialno življenje posameznika/ce in ga na mnogih točkah definira kot problematično.

Pri podrejanju 'normalnim' družbenim vlogam ne gre toliko za avtoritarne mehanizme in prakse oblasti same, pač pa za ponotranjeni nadzor, ki ga nad seboj izvaja posameznik/ca sam/a. Ekspertne skupine in zdravstvena politika so sicer tiste, ki promovirajo nujnost strokovno definiranega zdravega ravnanja ('zdrav življenjski slog'), prakticira pa ga posameznik/ca brez zunanje prisile, skozi tehnike samonadzora, samodiscipliniranja, s katerimi skuša svoje ravnanje uskladiti z internaliziranimi profesionalnimi modeli. Povečana disciplinatorna vloga medicine v sodobni družbi se torej kaže tako v njeni vse bolj izpostavljeni vlogi pri razvrščanju ljudi po kriteriju normalno-deviantno, kot v vse večji razširjenosti različnih tehnik samodiscipliniranja, utemeljenih na medicinskih normah zdravega življenja. Proces širitve medicinskega diskurza razločevanja med zdravimi in nezdravimi praksami na vse več področij družbenega življenja je poimenovan kot proces 'medikalizacije družbe'.

Vodilno vlogo v kontekstu medikalizacije ima splošna medicina. Nenazadnje ima proces medikalizacije družbe tudi statusno-ekonomsko razsežnost. Lahko bi jo navezali na Bergerjev (1997) koncept 'razreda znalcev' [*knowledge class*]. Po tej teoriji se izobražensko-profesionalni sloj, v katerega sodi tudi medicinska profesionalna elita, zavzema za širjenje države blaginje (v tem primeru npr. programov preventivnih pregledov), ker je v tem polju njihova pridobljena izobrazba visoko vrednotena. S tem skuša ta sloj vnovčiti svoj kulturni kapital. Takšni programi ustvarjajo dodatne potrebe po medicinski ekspertizi oziroma storitvah, v to polje preusmerjajo finančne vire in obenem strokovnjakom/strokovnjakinjam na tem področju zvišujejo družbeni status. Ekspanzijo preventivnih programov in kampanj promocije zdravja je tako v perspektivi te teorije mogoče interpretirati tudi kot enega od mehanizmov samopromocije medicinskih profesionalcev/k, ki posamezniku/ici sugerirajo neprestano skrb za zdravje v obliki 'zdravega življenjskega sloga'. Ta zajema vsa področja življenja - ustrezna dieta, ustrezen način preživljanja prostega časa, rekreacija, izogibanje delovnim in zasebnim stresom, preventivni pregledi itd. Ob medikalizaciji vsakdanjih praks se nam tako postavlja vprašanje, ali posameznik/ca res želi medikalizirati vse vidike svojega življenja.

Z empirično-kritično analizo koncepta 'zdravega življenjskega sloga' smo želeli izpostaviti nekatere elemente koncepta medikalizacije družbe. Pri tem (na tem mestu) nismo osvetlili toliko njegove naddoločenosti s socioekonomskimi razlikami, pač pa nek drug, prav tako 'provokativen' vidik - zdrav življenjski slog kot ideološki koncept, kot nabor praks samo-discipliniranja.

Po kratkem pregledu nekaterih izbranih elementov 'zdravega življenjskega sloga' (Poudarek 12), ki vsekakor ni popoln in zagotovo ne obravnava nekaterih enako pomembnih elementov (kot npr. alkohol,

**Pospešen
proces
medikalizacije
družbe**

**Ekspanzija
preventivnih
programov za
promocijo
zdravja**

droge ipd.), ugotavljamo, da zdravje oziroma skrb za zdravje in telesno kondicijo nastopa kot pomembna (ponotranjena) družbena norma, s katero skušajo biti anketiranci/ke v svojih odgovorih praviloma konformni.

Ta ponotranjena norma ne generira nujno določenih ravnanj, generira pa 'občutek krivde' posameznika/ce. Tak učinek pa lahko inducira princip neustreznega prelaganja odgovornosti za nezdravje na posameznika/co in njegov/njen življenjski slog⁴⁴.

**Zdrav
življenjski
slog kot
ideološki
koncept**

Poudarek 12: Empirično-kritična analiza koncepta 'zdravega življenjskega sloga'

Rekreacija

Po podatkih SJM se s športom oziroma rekreacijo redno ukvarja precej več anketirancev z vrha družbene lestvice. Ta podatek lahko po eni strani interpretiramo kot delovanje neenakosti skozi življenjski slog, lahko pa ga interpretiramo tudi skozi paradigmo samodiscipliniranja. V tem primeru bi izobražensko-profesionalne skupine označili kot najbolj 'ideološko interpelirane' v ta vidik samo-disciplinirajočih praks, oziroma, kot se pokaže na celotnem vzorcu podatkov, nasploh v 'zdrav življenjski slog' kot ideološki koncept. Tudi številni drugi kazalci namreč kažejo, da skrb za zdravje in telesno kondicijo pri tem sloju bolj kot pri drugih deluje kot ponotranjena družbena zahteva, saj se naravno vklaplja v (liberalno) individualistično ideološko polje, ki je tem skupinam blizu. Naklonjenost tem praksam je lahko posledica ugodnih statusnih učinkov. Na eni strani gre za socialni prestiž, na drugi pa za pomen kondicije telesa in telesnega videza kot 'kapitala' v teh skupinah. Odvisno od tega, perspektivo katere paradigme uporabimo, lahko to skupino označimo bodisi kot skupino privilegirancev (marksistična paradigma), skupino 'osveščenih' (v jeziku zdravstvene politike) ali pa kot skupino ideološko podrejenih subjektov (v jeziku ideološke analize).

Odnos do telesne teže

Omejevanje telesne teže je eden od elementov zdravega načina življenja in tudi zelo izpostavljen element samodisciplinarnih praks. Vzrok ni toliko zdravje, kot je družbeni ideal lepote, katerega bistveni element je prav telesna teža. V zahodni kulturi danes velja za lepo le suho telo. Debelost je stigmatizirana kot ne-lepa, smešna, odvrtna, asekualna (Braziel, LeBesco, 2001: 2-3,64). Debelo telo se bere tudi kot simptom notranjih pomanjkljivosti, slabosti značaja, nemoralnosti v smislu lenobe, pomanjkanja samonadzora, zanemarjenosti.

Mediji in modna industrija neprestano utrjujejo tovrstni ideal lepote, debelost pa je zanje v najboljšem primeru 'nevidna'. Številne študije kažejo veliko nezadovoljstvo (zlasti žensk) s svojim telesom, kar je posledica tovrstnega družbenega lepotejnega ideala.

Iz domačih in tujih podatkov lahko razberemo intenzivnost delovanja ponotranjene družbene zahteve po vitkosti. Telesno (nekoliko) težji posamezniki (predvsem pa posameznice) se zaznavajo kot deviantni ('radi bi bili bolj suhi'), ker je teža njihovega telesa neskladna s prevladujočo družbeno normo. Tako 'pretežki' kot 'normalno' težki posamezniki/ce (v primeru teh pojmov gre za meje normalnosti, ki jih določajo medicinski profesionalci, kot izpostavlja Foucault) pa so podvrženi ponotranjenemu imperativu samoomejevanja, doseganja ali ohranjanja idealne teže s tehnikami diet in fitnesa. Poleg zdravstveno-disciplinarnega vidika ima torej omejevanje pri hrani tudi močan estetsko-disciplinarni vidik, zaradi povezave z estetiko telesa.

Kajenje

Je verjetno javno najbolj izpostavljena nezdrava praksa, okoli katere se zadnja desetletja strukturirajo številni diskurzi. Na eni strani je znano prizadevanje tobačne industrije, da bi zanikala ali zmanjšala pomen podatkov o škodljivih učinkih kajenja. Po drugi strani se, zlasti v zadnjem desetletju, praksa kajenja stigmatizira do te mere, da občasno že spominja na lov na 'kadilске čarovnice' s strani protagonistov zdravega življenja. Obenem pa podatki kažejo, da kadilci/ke svojo navado prepoznavajo kot nezdravo oziroma deviantno glede na promovirano doktrino zdravega življenjskega sloga. Med sedanjimi kadilci/kami jih tako kar 72% izraža načelno pripravljenost, da bi kajenje opustili. Podobno kot v primeru rekreacije bi lahko rekli, da je napovedna vrednost teh odgovorov sicer nizka, obenem pa nakazujejo prisotnost samo-stigmatizacije kadilcev/k in pripoznavanje nujnosti samodiscipliniranja, kar zadeva prakso kajenja.

⁴⁴ Slovenska država pri reformi financiranja zdravstvenega varstva v okviru drugega stebra že razmišlja v tej smeri. V Predpristopnem ekonomskem programu za leto 2002 je zapisala: "V okviru tega (drugega; op.p.) stebra reforme bo potrebno zagotoviti tudi višjo participacijo tistih zavarovancev, za katere je verjetnost, da bodo zaradi svojega življenjskega sloga potrebovali drage zdravstvene storitve, večja kot pri ostalih zavarovancih, ter večjo odgovornost delodajalcev za zdravje zaposlenih z izvajanjem zakonskih določb, ki zanje predvidevajo plačilo višjih premij za zavarovanje za primer nadpovprečnega števila poškodb pri delu in povečane pojavnosti poklicnih bolezni."

Namesto zaključka

Zdravstvena problematika je (bila) politično gledano doslej relativno obrobná. K temu največ prispeva predvsem kompleksnost in konfliktnost problematike. Tu je še posebej pomembno dejstvo, da je za korenite spremembe na tem področju potrebna močna politična volja in vztrajnost; še posebej, če vemo, da imajo socioekonomske politike v zdravstveni sferi večinoma šele srednje- in dolgoročne časovne horizonte priprav in učinkovanja, ki so vsekakor daljši od volilnih ciklov. Korenite spremembe na tem področju navadno zahtevajo družbeni konsenz in dokaj visoke začetne investicije, merjene v času, denarju in politični podpori. Po drugi strani zaradi pomanjkanja izkušenj ni nedvoumno znano, česa se lahko nadejamo, če te politike dejansko implementiramo. Nenazadnje v Sloveniji ne razpolagamo niti s stroškovno oceno posledic slabega zdravstvenega stanja. Večinoma (lahko) operiramo le s tujim znanjem in s peščico domačih podatkov in študij, ki ocenjujejo učinke implementiranih ukrepov na razslojevanje v zdravju. To Poročilo želi spodbuditi strokovno, politično in zainteresirano javnost, da podpre multidisciplinarné pristope k javnemu zdravju in s tem pretok, plemenitenje in integracijo tovrstnih znanj. Spodbuditi je treba vključevanje v mednarodne primerjalne raziskave, kar pa bo možno le, če bomo imeli pripravljene primerne/primerljive podatkovne baze in analize.

Zdi se, da bi bilo ob doslej skoraj ekskluzivno neločljivi povezanosti zdravstvene problematike z Ministrstvom za zdravje in ne dovolj dobro definirani in vidni mreži tozadevnih povezav z drugimi družbenimi akterji, dobrodošlo bolj mrežno-interdisciplinarno-problemsko - zastavljeno vodenje politik javnega zdravja. Pri tem bi MZ s svojim strokovnim poznavanjem problematike in z obvezno prevetritvijo kadrovske politike v smislu multidisciplinarnosti, igralo osrednjo povezovalno vlogo. Zato bi bilo potrebno - po zgledu večine evropskih držav - poskrbeti tudi za ustrezno strokovno izobraževanje in usposabljanje kadrov na zahtevnem multidisciplinarnem področju javnega zdravja. V ta namen bi lahko

vzpostavili (podiplomsko) šolo javnega zdravja in obenem poskrbeli za ustrezno produkcijo, reprodukcijo in uporabo multidisciplinarnih znanj, s tem pa ustvarili boljše možnosti za analitično in razvojno delo na širokem področju sistema javnega zdravja.

V skladu z ugotovljeno socioekonomsko pogojenostjo zdravja lahko trdimo, da so rešitve problemov na drugih področjih (npr. povečevanje brezposelnosti zaradi reševanja podjetij) praktično zagotovo imele tudi negativne zdravstvene učinke. Raziskovalna sfera bi morala preko transferja znanja, medijev in s pritiskom kritične javnosti odigrati ključno iniciativno vlogo pri intenzivnejši problematizaciji socioekonomskih neenakosti v zdravju in uvrstitvi le-te na politični dnevni red. S kreativnim sodelovanjem bi bilo zato moč različne ukrepe medsebojno bolje uskladiti. Seveda postane takšno sodelovanje in usklajevanje mnogo bolj kompleksno (kakršna je nenazadnje tudi sama problematika), a družbenopolitično nekoliko bolj(e) uravnoteženo.

V tem Poročilu smo skušali empirično prikazati, da revščina in druge dimenzije socioekonomske deprivacije posameznika/co prizadenejo ne le same po sebi, temveč pogosto zelo potencirano tudi (ne/posredno) preko zdravja. Za vsemi dejavniki družbenih razmer in socioekonomskega položaja posameznika/ce se namreč kaže izjemno zapletena mreža povezanosti ne le z zdravjem, temveč tudi med dejavniki samimi in odzivi nanje. Šele ko bomo to mrežo spoznali pogloblje, se bomo s spletom javnih politik nanjo lahko ustrezno odzvali.

Razumevanje zdravja s socioekonomskega vidika ne zahteva fundamentalnih premikov v konceptualizacijah. Prav tako ni dvoma v utemeljenost potreb po zmanjševanju razkoraka v zdravju med socioekonomskimi sloji. Problem ni toliko postavljanje 'pravega' standarda optimalnega zdravstvenega stanja niti prenizka podpora temu cilju. Problem ostaja rigidno zavračanje multinivojskih, multidisciplinarnih in multisektorskih pristopov k zdravstveni problematiki in (bolj ali manj upravičena) bojazen pred sprejemanjem (nepreizkušenih) dolgoročnih alternativ.

Nujnost multidisciplinarnih pristopov k zdravju

Literatura in viri

- Angelski, R., Godec, M., Lokar, J. in Rozman, B. (1989): "Sklepi 9. redne skupščine ZZD - Slovenskega zdravniškega društva in 126. rednega letnega srečanja slovenskih zdravnikov". V: *Zdravniški Vestnik*, 58, 209.
- Anand, S., Sen, A. (1994): *Sustainable Human Development: Concepts and Priorities*. Occasional Paper 8, UNDP, New York.
- Annandale, E. (1998): *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Polity Press, Cambridge.
- Anon (1982): *Enotni seznam zdravstvenih storitev*. Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo, Ljubljana.
- Antonowsky, A. (1987): *Untraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Arrow J., K. (1985): *Collected Papers on Kenneth J. Arrow: Applied Economics*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.
URL: <http://www.euroqol.org>
- Besley, T., Gouveia, M. (1994): "Alternative Systems of Health Care Provision". V: *Economic Policy*, str. 200-257.
- Cochran, A.L. (1972): *Effectiveness and Efficiency*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Culyer, A. J. (1995): *Equality of What in Health Policy? Conflicts Between the Contenders*. The University of York, Centre for Health Economics, York.
- Debevc, M. (1996). "Alternativno zdravljenje raka: Zdravljenje ali zdravljenje"? *ISIS*, 5, 28-30.
- Dernovšek Z., M., Tavčar, R., Prevolnik Rupel, V., Rebolj, M. (2000): *Ocena kakovosti in stroškov oskrbe bolnikov s prvo epizodo shizofrenije*. Psihiatrična klinika Polje, Ljubljana.
- Doyal, L. (1984, 1981): *Politična ekonomija zdravja*. Zbirka KRT, ZSMS, Ljubljana
- Drummond F.M., O'Brien, B., Stoodat L.G., Torrance W.G. (1997, 1987): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, New York.
- Dubos, R. (1960): *Mirage of Health*. Allen & Unwin, London.
- Frankič, D. (1996): *Vrednotenje pravilne uporabe zdravil v konceptu kvalitete življenja: Doktorska disertacija*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za Farmacijo Ljubljana, 82-5.
- Freidson, E. (1970): *The Profession of Medicine*. Dodd, MEAD & Co., New York.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford Univ. Press, Stanford.
- Godec, M. (1989): "Akupunktura". V: *Zdravniški vestnik*, 58, 131-3.
- Gravelle, H. (1998): "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?" V: *British Medical Journal*, 316, 7128, str. 382-385. URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7128/382> (20.11.1998).
- Haddon, W. (1980): "Options for the prevention of motor vehicle crash injury". V: *Journal of Medicine*, str. 45-68.
- (1998) *Health 21: Health For All in the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, str. 224.
- Holder, Y., Peden, M., Krug, E. et al. (2001): *Injury surveillance guidelines*. World Health Organisation, Centers for Disease Control and Prevention, Geneva.
- Illich, I. (1976): *Limits to medicine*. Calder & Boyars, London.
- (1999) *Injury – A Leading Cause of the Global Burden of Disease*. WHO Report. WHO, Geneva.
- (2002) *Izvajanje strategije socialnega vključevanja s poročilom o uresničevanju programa boja proti revščini in socialni izključenosti*. Ministrstvo RS za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana.
- Johannesson, M. (1996): *Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam.
- (1995) *Kodeks medicinske deontologije Slovenije*. Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornični akti - ponatis.
- Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. (1994): *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Le Grand, J., Propper, C., Orbison, R. (1992, 1976): *The Economics of Social Problems*. MacMillan Press Ltd., London.
- Lynch, J. (2000): "Income inequality and health: expanding the debate". V: *Social Science & Medicine*, 51, 7, str. 1001-1005.
- Malačič, J. (2000): *Demografija. Teorija, analiza, metode in modeli*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Maynard, A. (1993): "Cost Management: The Economist's Viewpoint". V: *British Journal of Psychiatry*, 163 Suppl., 20, 7-13.
- McKeown, T. (1988): *The Origins of Human Disease*. Blackwell, Oxford.
- Moon, G., Gillespie, R. (1995): *Society and Health. An Introduction to Social Science for Health Professionals*. Routledge, London and New York.
- Mooney, G. (1994): *Key Issues in Health Economics*. Harvester Wheatsheaf, London.
- Müller, K., Nemeth, G., Toš, N. (2002). *Living Conditions, Socio-Economic Risks, Inequality and Health. Establishing New Theoretical Foundations and Closer Empirical Linkages*. Zbirka Dokumenti SJM, FDV (v tisku)
- (2000) *Nacionalni zdravstveni program Republike Slovenije - Zdravje za vse do leta 2004*. Ministrstvo za zdravje RS, Ljubljana.
- Navaro, V. (1976): *Medicine Under Capitalism*. Prodist, New York.
- Polič, M. (1993): "Dejavniki ohranjanja in spreminjanja (ne)zdravih življenjskih navad". V: *Zdravstveno varstvo*, 32, 25-31.
- Pope-Toth, K. (1994): *Homeopatija*. Ljubljana, Mladinska knjiga.
- (1999) *Pravilnik o zdravniških licencah*. Zdravniška zbornica Slovenije. Ur.l. RS, št. 109-5066.
- Prevolnik Rupel, V., Rebolj, M. (1999): *EQ-5D vprašalnik o vrednotenju zdravstvenih stanj*. Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana.
- Rajtmajer, M. (1997): "Odnos bolnikov zdravstvenega doma Celje do uporabe in učinkovitosti alternativnih metod zdravljenja". V: *Zdravstveno varstvo*, 36, 255-65.
- Rebolj, M. (2002): *Identifikacija ranljivih skupin z vidika zdravja in virov dohodka*. Magistrsko delo. FDV: Ljubljana.
- Rebolj, M., Prevolnik-Rupel, V., Stanovnik, T. (2000): "Analiza izdatkov za zdravila v odvisnosti od starosti zavarovanca". V: Hanžek, M., Kajzer, A. (ur.): *IB revija*. št. 1, let. XXXIV. UMAR: Ljubljana, str. 70-75.
- Rok Simon, M. (2001): "Poškodbe – javnozdravstveni problem v Sloveniji". V: *7.Krskini rehabilitacijski dnevi: Poškodbe – njihovo preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacija*. Otočec, 28-29. september 2001.
- Rothwell, P.M., McDowell Z., Wong C.K., Dorman P.J.(1997): "Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptives and assessment of disability in multiple sclerosis". V: *British Medical Journal*, 314, 1580-1583. URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/314/7094/1580>
- Rožman, P. (1993): "Nekonvencionalne medicinske metode. Položaj in perspektive". V: *Zdravniški Vestnik* 62, 479-85.
- Selič, P. (1994): "Biopsihosocialni model zdravja". V: *Anthropos*, 4 (6), 150-69.
- Sen, A. (1981): *Poverty and Famines. Poverty and Entitlements. Concepts of Poverty*. Clarendon Press, Oxford.
- Sen, A. (1987): *Gender and Cooperative Conflicts*. Wider Working Papers. World Institute for Development, Economics Research of the United Nations University, Finland.
- Sen, A. (1998): "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure". V: *The Economic Journal*, 108, str. 1-25. Blackwell Publishers, Oxford.
- Sen, A. (2002): *Ekonomija blaginje. Izbrane razprave*. *cf., Ljubljana.
- Sloan, A.F. (1996, 1995): *Valuing Health Care. Costs, Benefits and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*. Cambridge University Press, New York.
- Solow, R.M. (1974): "Intergenerational Equity and Exhaustible Resources". *Symposium on the Economics of Exhaustible Resources*, Review of Economic Studies.

- Solow, R.M. (1992): "An Almost Practical Step toward Sustainability". *Invited lecture on the Occasion of the Fortieth Anniversary of Resources for the Future*. Washington, 8. oktober.
- (2002) *Spremembe pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov*. Zdravniška zbornica Slovenije, ISIS (Priloga zbornični akti) 11.
- Stanovnik, T. (2000): *Izdatkovna struktura revnejših slovenskih gospodinjstev*. Raziskovalno poročilo. Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana.
- Stanovnik, T., Stropnik, N., Prinz, C. (2000): *Economic Well-being of the Elderly*. Asgate, Aldershot.
- Stropnik, N., Stanovnik, T. (2002): *Boj proti revščini in socialni izključenosti. Primer Slovenije*. Mednarodna organizacija dela, Budimpešta.
- Šetinc, M. (1996): Poslanska pobuda. Državni zbor Republike Slovenije. Ljubljana, 24. 6. 1996.
- Tivadar, B. (1996): "Zdravstveno stanje". V: Ule, M. (ur.): Mladina v devetdesetih. Analiza stanja v Sloveniji. Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana, str. 143-198.*
- Toš, N. in drugi (1982): *Slovensko javno mnenje 81/82*. Ljubljana: FSPN, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 1999.
- Toš, N. in drugi (1989): *Slovensko javno mnenje 89 – Media*. Ljubljana: FSPN, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 1999.
- Toš, N. in drugi (1994): *Slovensko javno mnenje 1994/1*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 1999.
- Toš, N. in drugi (1996): *Slovensko javno mnenje 1996/2*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 1999.
- Toš, N. in drugi (1999): *Slovensko javno mnenje 1999/2*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 2001.
- Toš, N. in drugi (2001): *Slovensko javno mnenje 2001/3*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK, [produkcija]. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV [distribucija], 2002.
- Toš, N., Malnar, B. (2002): *Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. FDV-IDV, CJM, Ljubljana.
- (1996) *Traditional medicine*. Fact Sheet, No. 134. WHO, Ženeva.
- Uhl, A. (2002): "Preštevanje smrtnih primerov zaradi uporabe drog: je ta koncept sploh smiseln?". V: *Ovisnosti. Teorija – praksa - raziskovanje*, 3, št. 1-2, str. 9-15. Kolortisk Krško, Ljubljana.
- Ule, M. (1996): "Vrednote mladih". V: Ule, M. (ur.): *Mladina v devetdesetih*. ZPS. Ljubljana. str. 235-260.
- Ule, M. (2000): *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. ZPS, Ljubljana.
- Ule, M., Miheljak, V. (1995): *Pri(e)hodnost mladine*. DZS, Ljubljana.
- Wagstaff, A., Doorslaer van, E., Paci, P. (1991): "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons". V: McGuire A., Fenn P., Mathew K. (ur.): *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford University Press, Oxford, str. 141-171.
- White, K. (2002): *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage, London.
- Whitehead, M. (1990): *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R.G. (1992): "National mortality rates: The impact of inequality?" *American Journal of Public Health*, 82, 8, str. 1082-1084.
- Wilkinson, R.G. (1997): *Unhealthy Society*. New York: Routledge.
- Williams, A. (1994): *Economics, QALYs and Medical Ethics. A Health Economist's Perspective*. The University of York, Centre for Health Economics, York.
- (1992) Zakon o zdravstveni dejavnosti: Ur. l. RS, št. 9/92.
- (1999) Zakon o zdravniški službi: Ur. l. RS, št. 98-4618.
- Zola, I. (1973): "Pathways to the doctor". V: *Social Science and Medicine*, 7, 667-689.

RECENZIJE

Dr. Marko Kranjecⁱ

Kot poudarja Poročilo, ideja človekovega razvoja ni nova. Človek se je vedno spraševal o bistvu svojega bivanja in delovanja in je iskal odgovore na vprašanja, kako izboljšati svoje življenje. Kvalitete življenja ne zagotavljajo samo materialne dobrine, temveč tudi okolje in duhovni razvoj ter cel spekter družbenih odnosov, ki segajo od družine do politike. O tem danes ni nikakršnega dvoma, in zasluga Poročil o človekovem razvoju je, da opozarjajo na večdimenzionalnost tega pojava.

Glede vprašanja, ali je materialni napredek pogoj za izboljšanje kvalitete življenja, kot ekonomist seveda menim, da brez materialnega napredka višja kvaliteta življenja na drugih področjih – v zdravstvu, znanosti, kulturi, umetnosti, če naštejemo samo nekatere – ni dosegljiva. Materialni napredek je v nekem smislu "cena" za izboljšanje kvalitete življenja. Cena zato, ker tržno gospodarstvo s seboj prinaša številne negativne pojave, ki človekovo bivanje siromašijo zaradi stranskih učinkov, kot so degradacija okolja, nezaposlenost, trganje medčloveških odnosov, velika neenakost v porazdelitvi dohodkov in premoženja,

socialna izključenost in možnost politične manipulacije. Vprašanje materialnega napredka je zato vprašanje o tem, kje so njegove meje in ali je človek dovolj razumen, da si te meje lahko postavi. Dosedanji razvoj žal ne kaže pozitivnega odgovora.

Tržno gospodarstvo je prvič v zgodovini omogočilo takšen materialni napredek (razvoj proizvodnih sil), da velik del človeštva živi v relativnem blagostanju in brez strahu pred neposredno prihodnostjo. Celo Marx, ki bi ga težko označili za zagovornika kapitalizma in trga, je tržni način proizvodnje vneseno opisal kot težko artilerijo, ki se ji ne more upreti nobena, še tako barbarska družba, ki hoče vstopiti v civilizacijo. Za večino današnjih družb in za svet kot celoto ni več problem zadostna proizvodnja; ampak dostopnost njenih rezultatov oziroma vprašanje, kako to dostopnost zagotoviti vsem ali vsaj večini članov družbe.

Menim, da sta poleg materialnih dobrin za človekov razvoj pomembni predvsem dve stvari: delo in družbeni sistem, ki človeku omogoča svobodno

ⁱ Dr. Marko Kranjec je profesor za javne finance na Fakulteti za upravo Univerze v Ljubljani.

odločanje o tem, kako razviti svoje sposobnosti in uresničevati svoje interese. Delo ni samo sredstvo za preživljanje, temveč je tudi socialni odnos, v katerem človek uresničuje svoje družbene interese. Pri tem oblika dela in način zaposlitve nista pomembna. Vendar mora biti skrb za delo v prvi vrsti skrb vsakega posameznika; družba mora biti posamezniku pri tem samo začasna opora. Če se strinjamo, da je delo tako pomembno za človekov razvoj, se moramo istočasno zavedati, da je za zagotovitev dela potrebna pripravljenost za stalno, življenjsko učenje in prilagajanje novim razmeram. Večina ljudi nerada spreminja utečeni način življenja in pričakuje doživljenjsko zaposlitev brez dodatnega učenja, iz česar izvirajo zahteve po družbenih intervencijah, ki naj bi ohranile *status quo*, kar za svobodo posameznika in človekov razvoj predstavlja enako veliko nevarnost kot pomanjkanje dela.

Če sprejmemo izhodišče, da je za človekov uravnotežen razvoj potrebno upoštevati gospodarske, socialne in prostorske vidike, se postavlja temeljno vprašanje, kdo in kako naj v širšem interesu popravlja rezultate trga. Ekonomska stroka že dolgo ve, katera so področja, kjer je družbena intervencija upravičena. To so primeri nedelovanja trga, katerega pojavnne oblike so obstoj javnih dobrin, negativne eksternalije, tehnični monopoli, pomanjkljive informacije, meritorne dobrine, makroekonomska stabilnost in solidarnostno prerasdeljevanje. V zagovarjanju multidimenzionalnosti kvalitete človekovega življenja obstaja velika nevarnost, da se neka institucija ali nek posameznik razglasi za arbitra, ki bo presojal, kdaj je družbena intervencija upravičena. Subjektivno vrednotenje posledic materialnega napredka tako lahko postane vzrok za opravičevanje državne intervencije tudi na področjih, kjer ne obstajajo vsebinski razlogi zanjo. Teorija javne izbire upravičeno opozarja na nevarnost, ki jo predstavljajo interesi birokracije (države) v urejanju družbenih zadev. V tem primeru ne moremo govoriti o večji kvaliteti življenja, saj so popravki tržnih rezultatov doseženi na račun zmanjšanja osebne svobode in nižje gospodarske učinkovitosti. Dobro znano je dejstvo, da politične odločitve, razen v primeru konsenza, ne zadovoljujejo vseh članov družbe, zato je v interesu socialnega liberalizma prenesti čimveč odločitev na trg, kjer so odločitve vedno konsenzualne in prostovoljne in zato tudi ne predstavljajo vzroka za družbene napetosti. Zgodovina je polna poskusov zagotavljanja subjektivnega razumevanja družbene pravičnosti, ki so se končali s tragičnimi posledicami in gospodarskimi in socialnimi katastrofami.

Iz poglavja o ekonomskem razvoju Slovenije je lepo razvidno, da je povečanje materialnega blagostanja pomembno vplivalo na indeks človekovega razvoja. Indeks človekovega razvoja Slovenijo uvršča na 29. mesto med stotriinsemdesetimi državami. Zaradi dobrega gospodarskega razvoja v obdobju po osamosvojitvi, je Slovenija uspela razrešiti tudi številne druge dimenzije človekovega razvoja. Povprečna letna gospodarska rast, ki je v obdobju 1993 - 2002 znašala 4%, je bila dosežena ob sorazmerno vzdržnem ravnotežju v javnih financah in mednarodni menjavi ter ob stabilizaciji stopnje brezposelnosti. Kot posledica tranzicije v tržno gospodarstvo so se povečale razlike v dohodkih, ki pa so še vedno nižje kot v primerljivih družbah. Stopnja tveganja revščine je v Sloveniji nižja kot v povprečju EU-15. Problemi socialne izključenosti, nezaposlenosti in revščine so v tesni povezanosti z izobrazbo, ki je v povprečju sicer dobra, v posameznih okoljih pa nezadovoljiva in neprimerna novim zahtevam. Zaostri so se tudi problemi regionalnih disparitet zaradi prestrukturiranja, ki pa so prehodnega značaja in obvladljivi ob ustrezni regionalni politiki.

Politika socialne varnosti je v preteklem obdobju sicer upravičeno blažila socialne in ekonomske stiske najbolj ranljivih delov družbe. Menim pa, da je bila ta politika premalo ciljna in usmerjena k tistim, ki so pomoči resnično potrebni. Sistemske in pavšalno zagotavljanje pravic, ki presegajo možnosti družbe za trajnostni razvoj, ne prispeva k človekovemu razvoju; prej človeka naredi odvisnega od pomoči. Demografska gibanja, politična filozofija "brezplačnega" zagotavljanja zdravstva in šolanja ter naraščanje obsega javnega sektorja ogrožajo vzdržno javnofinančno ravnovesje in ogrožajo gospodarski razvoj kot temelj, iz katerega je možno zagotavljati socialne pravice.

Poročilo o človekovem razvoju v Sloveniji se zavzema za "kakovostni premik v razvojnih konceptih" in na nekaterih mestih postavlja pod vprašaj doseženi razvoj, ki naj bi preveč poudarjal ekonomske vidike razvoja. Zavzema se za jasno razvojno vizijo, vendar ne opredeli natančneje, kako jo operacionalizirati. Strinjati se je mogoče s stališčem, da oblikovanje razvojnih usmeritev ni samo strokovna naloga, toda zagovarjanje družbene intervencije v imenu človekovega razvoja brez zadostne opredelitve, ali za te intervencije obstajajo vsebinski razlogi, zaradi katerih je ta intervencija bolj uspešna kot tržni mehanizmi, predstavlja nevarnost za birokratizacijo družbenega življenja, kar dejansko zmanjšuje človekovo svobodo in v končni posledici tudi celotno ekonomsko-socialno osnovo za človekov razvoj.

V Ljubljani, 7. maja 2003

Dr. Anton Krambergerⁱⁱ

Namen Poročil o človekovem razvoju, ki jih podpira OZN, je argumentirano opozarjanje na glavne probleme sveta, zlasti na revščino in neenak človeški razvoj, med državami in znotraj njih. Za to idejo bi težko rekli, da je relativno nova in da v tem smislu šele išče svojo pravo umestitev v javnosti. Prej velja narobe: ideja pravičnosti je starodavna in stalno prisotna med ljudmi, a danes zlepa ne najde poti do vse bolj sebično zastavljenih programov in ciljev vsakdanjega delanja podjetniške, zlasti pa nacionalne in mednarodne politike. Slednji dve začuda dajeta prednost svobodi in razvoju tistih, ki so že preskrbljeni, ki že imajo in ki že zmorejo skrbeti sami zase, pa čeprav ravno politika razpolaga ter upravlja z javnimi sredstvi; sredstvi torej, ki so namenjena splošnim, ne pa zasebnim dobrinam. Zato imajo Poročila o človekovem razvoju še dodatno poslanstvo: skušajo premakniti paradigmatični ekonomski poudarek od zgolj strukturnih, makroekonomskih pogledov na rast in razvoj držav še k pogledom, ki so bližje ciljem posameznika in človeštva. V tem naporu pa so humana sporočila vedno na sizifovskem začetku.

Slovensko Poročilo o človekovem razvoju za leti 2002/2003 se ukvarja z dvema temama; najprej s splošnim pregledom razvoja Slovenije, nato pa z zdravjem, po izbranih vidikih. V prvem delu, ki za moj okus dosti prenežno pokritizira mlačno, neizvirno in imitatorsko nastrojeno Strategijo gospodarskega razvoja Slovenije, se rutinsko obravnavajo običajne vladne teme kot so gospodarska rast in inflacija, zaposlenost, politika plač ipd. Nato se strnjeno nakažejo glavni družbeno-razvojni problemi kot so nihajoča socialna varnost in socialna kohezija, segregiranje revščine v njene slojevske in regionalne dimenzije ter dokaj nejasna dinamika dohodkovne neenakosti. Drobne nepozornosti in nedorečenosti v tem delu poročila so verjetno posledica številčno prešibke ekipe, ki nima dobrega oporišča, poleta in predvsem zaledja, da bi bili komentarji dovolj precizni in zbadljivi (vladni Urad za makroekonomske analize je kajpak bolj odvisen, kot pa neodvisen - od vlade). Na primer: razlogi za inflacijo in novejša javnofinančna neravnotežja niso poglobljeno predstavljeni, so se le zgodili, pri dohodkovni neenakosti sicer z veseljem pogledamo težko ocenljivo kvantifikacijo razlik med gospodinjstvi, a ob tem premalo izvemo o vseh virih, s katerimi družine razpolagajo, denimo o tem, ali so bile v preračunih upoštewane tudi znatne premoženjske spremembe, ki so posledica denacionalizacije, privatizacije lastnine in rasti donosov, od raznih finančnoposlovnih storitev, ki kar cvetijo v Sloveniji.

Osebnost me že kar dolgo moti poimenovanje problematike zaposlivosti prebivalstva z dogajanjem na "trgu delovne sile" - kot da imamo tu opravka z arhaično srednjeveško borzo ljudi, ne pa z dokaj sofisticiranim pojavom modernejših oblik dela in trga dela. A bom potrpel, ker ohlapni, neprecizni strokovni izrazi v slovenskih strokah odmirajo po naravni poti zelo dolgo. Ko se končno ti splošni komentarji pretežno ekonomskih indikatorjev slovenskega razvoja stečejo v mednarodno primerjavo indeksov človekovega razvoja, lahko zremo, da je država Slovenija relativno polno strukturirana družbena skupnost, da dosega zavirljivo mesto v primerjavi z drugimi državami in, morda še to, da se njeni politiki kar zavedajo, katere razsežnosti so njene glavne šibke točke, na primer odsotnost žensk na vodilnih položajih in v javni sferi.

Drugi del, posvečen problematiki človekovega zdravja v Sloveniji, je inovativnejši, ker preko analitskih vpogledov skuša povezati objektivne in subjektivne dejavnike vplivanja na zdravje, in je v tem smislu izredno zanimiv za branje. Sestavljajo ga štiri izbrane teme: vpliv socioekonomskih determinant na subjektivno ocenjeno zdravstveno počutje, analiza povezav med demografskimi značilnostmi in (presežno) specifično stopnjo umrljivosti, problemska analiza poškodb in, končno, ocena delovanja javnega zdravstva kot kompleksnega družbenega sistema. Prva tema sloni na javnomnenjskih anketnih podatkih iz obdobja 1982-2000; analiza prepričljivo pokaže, da se občutenje slabšega zdravja povezuje z bremenom, ki jih na ljudi nalagajo diskriminacijska socioekonomska obeležja življenja: nizek dohodek, nizka izobrazba, slab materialni status in celo abstraktni spodnji družbeni razred, ki v sebi združuje raznovrstne pomanjkljivosti. Druga tematska analiza, ki so jo pripravili eksperti za socialno medicino in drugi, izhaja iz osrednjega pomena klasičnega sintetičnega kazalca zdravja populacije, dolžine trajanja življenja. Študija, ki sloni na redko razpoložljivi podatkovni bazi, kjer so povezani različni uradni statistični podatki o posamezniku, pokaže, da se tipična slika obolevnosti oziroma umrljivosti, poleg širšega demografskega in epidemiološkega prehoda, povezuje tudi s socioekonomskimi dejavniki (spol, starost, zakonski stan, poklic, dohodek, delovna aktivnost, izobrazba, življenjski slog). Te neovrgljive ugotovitve, na primer osuplost zbujujoča regionalna porazdelitev vzrokov umrljivosti za tako majhno deželo kot je Slovenija, so sicer še vmesnega značaja, ker sâmo raziskovanje še poteka, a se bodo, vsaj upam tako, v prihodnje še

ⁱⁱ Dr. Anton Kramberger je predsednik Slovenskega sociološkega društva.

okrepile - kljub javnim odporom slovenskih zdravnikov in njihovih vase zaverovanih čelnih mož za tovrstna multidisciplinarna raziskovanja, na sivem področju med medicino in družboslovjem. Preden pa se tovrstno znanje dovolj uredi in posreduje dalje, je potrebno proučiti še celo vrsto mehanizmov (kompleksnost, nelinearnost povezav), kot tehtno ugotavljajo pisci.

Tretja tema se ukvarja s poškodbami, ki so vodilni dejavnik smrti v slovenski populaciji do 45. leta starosti. Všeč mi je uvodna izjava, da je iz epidemioloških raziskav že znano, da poškodbe niso naključno porazdeljene med populacijo in da je v poškodbeni piramidi več pravilnosti kot bi kdo mislil. Tak pristop opravičuje sistematične analize, ki naj bi z rezultati povečale prisotnost preventivnih programov v javnem zdravstvu, pa čeprav se pogosto in po mojem mnogokrat tudi upravičeno domneva, da je ekspanzivna preventiva le poceni izgovor za širjenje medicinske ekspertize in profesije v vsa področja življenja. Tako cinično stališče pa izgubi nekaj svoje ostrine, če se zavemo, da je večja pozornost do družbene pogojenosti obolenosti in smrti (v Sloveniji zlasti zaradi prometnih nezgod in samopoškodb, starostne in spolne razlike) majhna cena za koristi, ki jih pridobimo s takšnimi proučevanji in programi; konec koncev pa so te raziskave tudi most do podhranjene družboslovne refleksije v medicini in v družbi nasploh, saj se še prerado reče, da so krivde za poškodbe in smrti na strani žrtev.

Zadnja tema drugega dela poročila se nanaša na javni zdravstveni sistem in način njegovega financiranja, javno zdravstveno zavarovanje. Kljub obilici finančnih makroekonomskih podatkov in zanimivemu pregledu nad gospodinjскими izdatki za zdravje pa imam občutek, da je ta del zasnovan nekoliko površno: preveč se prilega internim ciljem medicinske profesije, torej trostopenjski organizaciji zdravstva, in njenemu javnemu financiranju, premalo pa zdravstvu kot kompleksnemu poklicu/dejavnosti, z izjemno razvejano podporno institucionalno strukturo in številnimi notranjimi protislovji. Ko to besedilo preberemo, si sicer lahko bolje predstavljamo nekaj vidnih vogalov javnega zdravstva, število zdravnikov in podpornega osebja, tudi število bolnišnic in drugih ustanov ipd. Premalo premišljeno pa so podane zagate, nesorazmerja med cilji medicinske profesije in bolniki ter plačniki, nejasna razmerja med delovnimi mesti in

tokovi kadrov (šolstvo), komaj nakazani so procesi med javnimi in zasebnimi finančnimi viri ter zdravniško prakso, zlasti pa je povsem opuščena nenačelna koalicija med zdravstvom in farmacevtsko industrijo, ki povsod draži plačevanje zdravstvenih storitev. Če naj bi bil ta zahtevni podsistem deležen postopnih izboljšav, ne pa zgolj preprostih in uničujočih posegov, kakršne si radi izmislijo mimoidoči politiki, ko uzrejo obseg sredstev celotnega sistema, potem bi ga pač kazalo prikazati v večji širini in globini, pa četudi le na kratko, kot pa je zaenkrat podano v Poročilu.

Če strnem, bi presojo o Poročilu zaključil s pohvalo in pomislekom. Pohvale so, kljub nekaterim dobronamernim pripombam, deležni avtorji in uredniki, ki so v tem Poročilu pravilno in podkrepjeno nakazali, da je povprečna zdravstvena slika prebivalstva globoko ujeta v socioekonomske regularnosti, ki jih prinašajo regionalne navade ljudi, ter razna pravila in institucije, ki se jih ne zdravi le s pilulami, ampak kvečjemu na dolgi rok, s strukturno in odmerjeno sistemsko pametjo. Ob tem pa naj vseeno opozorim na past, ki je zelo blizu: da se ne bi takšna poročila spremenila zgolj v neobvezno slabo vest politike. Zame ima projekt Poročila o človekovem razvoju svoj družbeno-razvojni smisel le, če njegov socialno pazljivejši pristop postane jedro glavnih socialnoekonomskih poročil vsake države, ne pa le konjunkturni dodatek, za lepši videz. Ena večjih liberalnih zablod današnjega časa, doma še posebej v mladih poslušnih državah kot je Slovenija, je namreč v tem, da vodstva držav dosti prelahko sprejmejo in dopuščajo takšno nenačelno delitev dela v gospodarstvu, žal, tudi v politiki. Na čelu razvoja, celo v sektorju javnih financ, se tako nagnetejo osebe z egoistično miselnostjo, meneč, da bo za posledice njihove brezbriznosti pač poskrbel nekdo drug, najbrž država, z raznimi tehnikami socialnega inženirstva. To je utvara najslabše vrste. Zmote te vrste peljejo naravnost v katastrofe tipa Černobil, Enron, gradbene tragedije ob potresih in podobno. Da bi se jim lažje ognili, je sicer treba biti tolerantni, a hkrati nedvoumno zahtevni in radikalen do primitivcev blizu države, ki mirno fantazirajo, povsem mimo resničnega A. Smitha, da je naloga vsakogar grabiti le zase, pa bo prav tudi za vse druge. Zato socialnih poročil takšne in še bolj kritične vrste, kot je letošnje Poročilo o človekovem razvoju za Slovenijo, ni nikoli preveč - kvečjemu premalo.

V Ljubljani, 8. maja 2003

Inštitut za javno zdravjeⁱⁱⁱ

Poročilo o človekovem razvoju za leto 2003 je gradivo, ki je razdeljeno v več smiselnih sklopov oziroma poglavij, ki se nato delijo v podpoglavja, ki so v dostopnem predpubliciranem gradivu le bolj nakazana. Poglavje o zdravju je osrednji, najbolj obsežen sklop, ki je obdelan v tokratnem poročilu. Smiselno je razdeljeno v pet sklopov, in sicer se prične s širšim uvodnim razmišljanjem, ki je zasnovano na sociološkem in javnozdravstvenem analiziranju zdravja kot vrednote ter determinant, ki vplivajo na njegovo ohranjanje in izgubo. Pri tem se avtorji naslanjajo predvsem na raziskovalno delo s področja sociologije ter na teoretične podlage, ki jih v razumevanje fenomenov na področju zdravja prispeva ta veda. Ta razmišljanja in ugotovitve so pomembni zaradi hitro se spreminjajočih razmer v slovenski družbi, ki so posledica tranzicijskih in posttranzicijskih procesov – izguba varnosti delovnega mesta, večja stresnost delovnega, družbenega in družinskega okolja, prevladovanje osebnih in individualnih vrednot nad kolektivnimi (inverzija glede na prejšnji družbenopolitični sistem), ekonomska negotovost ter zahteve po dokazani 'uspešnosti' v različnih delovnih okoljih, od šolskega dalje, tehnološka revolucija z uporabo informacijske tehnologije, ipd. Vse to so elementi, ki jih uspešno in prepletajoče vnašajo v razmišljanje avtorji PCR 2003. Pri tem so nato pomembne refleksije o prepletanju takšnih gledanj z biomedicinskim modelom, kot je to na strani 38, ko avtorji razpravljajo o razmerju med pozitivno in negativno opredeljenimi kazalci ter samooceno zdravja. Pomembna pri tem so tudi jasno izražena stališča o povezanosti zdravja tako z družbenimi kot z ekonomskimi dejavniki. V prvem podpoglavju se nato avtorji lotijo razpravljanja o socioekonomskih determinantah zdravja, ki so obdelane s stališča pravičnosti sistema in obstoječih oziroma spreminjajočih se neenakosti. Temu sledi poglavje o analizi izbranih kazalnikov zdravja v Sloveniji, v katerega je vgnezdено tudi poročilo o projektu 'Socioekonomske determinante umrljivosti v Sloveniji'. Poleg splošnih podatkov o umrljivosti je posebej obdelana problematika prezgodnje umrljivosti, regionalnih razlik in problematika poškodb. Takšna izpostavitve slednjih je pomembna, saj gre za ključni dejavnik prezgodnje umrljivosti v Sloveniji, še posebno pri moških.

Avtorji v prehodu v drugi in tretji del sklopa o zdravju navajajo vire, ki so jih uporabili pri prikazu kvantitativnih kazalnikov zdravja in zdravstvenega

stanja prebivalstva Slovenije. Poleg virov IVZ in SURS ter SZO, sta bila uporabljena še dva pomembna vira, in sicer izsledki večkratno ponovljenih anket Slovensko javno mnenje na temo zdravje v Sloveniji in že omenjene raziskave socioekonomskih determinant umrljivosti v Sloveniji.

Poročilo se nadaljuje s podpoglavjem o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, kjer so s številnimi kvantitativnimi podatki opisane značilnosti sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. V tem delu pogrešamo več podatkov o zmogljivostih, ki so omejeni na zbirne podatke o skupnem številu zdravnikov, specialistov, medicinskih sester ter število bolnišnic ter zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj. V 90.letih je bil namreč prisoten postopen, a vztrajen trend uvajanja zasebnega dela, ki danes zajema že zelo pomemben obseg dejavnosti. Podatkov o infrastrukturi ter o fizičnih kazalcih, ki bi zajeli tudi produktivnost, pri tem ne zasledimo, čeprav so v virih, ki jih avtorji navajajo, sicer dostopni. Opis sistema zdravstvenega zavarovanja je korekten, vendar pa pri tem vendarle pogrešam oceno regresivnosti ali progresivnosti sedanjega sistema (to bi napravilo ustrezen lok z razmišljanji v uvodnem poglavju), saj sama ocena o univerzalnosti in na solidarnosti utemeljenem sistemu ni zadostna. Poudariti velja, da samo izkazovanje prispevkov iz bruto dohodkov ni zadosten izkaz progresivnosti sistema, saj je v Sloveniji še vedno nekaj kategorij dohodkov, ki niso obdavčljivi, ali za katere ne velja zadostna transparentnost. O tem govori tudi ZZS v vsakoletnem poslovnem poročilu, kjer tudi ocenjuje izpade pri prispevkih iz tega naslova. Pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju pa bi, morda, kazalo bolj trdno poudariti, da gre za zavarovanje proti doplačilom in ne za prostovoljno zavarovanje v klasičnem smislu, pri katerem si zavarovanec izbere določen paket ali sklop storitev. V nadaljevanju se avtorji lotevajo še enega zapletenega vprašanja, in sicer izdatkov gospodinjestev za zdravje. V Sloveniji zaradi še neuveljavljenega sistema zdravstvenih računov [*Health Accounts*] še nimamo natančnega vpogleda v celotno porabo za zdravje in zdravstveno varstvo. Mehke spremembe pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, premiki zdravil na listah, spremembe v premijah prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in uvedba samoplačništva tudi v javnih zdravstvenih zavodih so vse dejavniki, ki širijo to porabo. Glede na uporabljeno metodologijo so avtorji pridobili zanimive in kakovostne podatke o porabi gospodinjestev v ta namen.

ⁱⁱⁱ Strokovnjaki/nje Inštituta pokrivajo področja socialne medicine, higiene in zdravstvene ekologije, epidemiologije nalezljivih bolezni, javnozdravstvene laboratorije in promocijo zdravja.

Sklepni del z naslovom 'Izzivi' prinaša izostrene in konkretizirane sklepe, ki so relevantni in sodimo, da so dobro utemeljeni v prikazanem gradivu. Pri tem lahko samo z veseljem podpremo stališča glede krepitve in razvoja javnozdravstvene stroke, čeprav stavijo avtorji pri tem le na dva stebra, in sicer na MZ in na nastajajočo šolo javnega zdravja. Vloga MZ je pomembna, saj je kreator strategije in usmeritev za področje celotnega zdravstva, izobraževalni sistem pa je tisti, ki vnaša interdisciplinarnost in dinamičnost v lastno strokovno področje. Vsekakor pa pri tem ne moremo zaobiti vloge ustanov javnozdravstvenega sistema, ki so vendarle nosilke kritične mase strokovnjakov, ki pa se morajo vsekakor na drugačen način povezovati ter dopolnjevati svojo dejavnost s strokovnjaki z drugih področij, ki jih je smiselno umestiti v koncept javnega zdravja, tako s posamezniki, kot z ustanovami, ki so lahko bolj aplikativno kot raziskovalno ali akademsko usmerjene.

Tokratno poročilo o človekovem razvoju prinaša kakovosten in celovit pregled spoznanj in ocen, ki zadevajo širši družbeni in ekonomski pristop, ki na način, ki je drugačen od ustaljenega, biomedicinskega, pojasnjuje vlogo determinant zdravja in bolezni.

Ljubljana, 13. maj 2003

**KAZALCI ČLOVEKOVEGA
RAZVOJA**
Statistična priloga

Tabela 1
Bruto domači proizvod (konstantne cene)

	1992	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002
BDP na prebivalca							
- nacionalna valuta (SIT)	510	625	650	683	713	733	758
- BDP na prebivalca v USD po kupni moči	8.847	13.929	14.342	15.816	15.600	16.300	n.p.

Vir: UMAR

Opombe: *V letu 2000 in 2001 je bila uvedena nova metodologija glede na Eurostat (ESA95). Vrednost BDP PPP v letu 2000, izračunana po stari metodologiji, je 16.433 USD. n.p.: ni podatka.

Tabela 2
Inflacija, zadolženost in mednarodna podpora in pomoč (v %)

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Inflacija: odstotna sprememba rasti cen življenjskih potrebščin	92,9 ¹	9,4 ¹	6,5	8,0	8,9	8,4	7,5
Proračunski primankljaj, delež v BDP	0,2	-1,1	-0,8	-0,6 ²	-1,4	-1,4	-2,8 ²
Saldo tekočega računa plačilne bilance, delež v BDP	7,4	0,3	-0,6	-3,5	-3,0	0,2	0,3
Zunanji dolg, delež v BDP	13,9	22,6	25,1	26,9	34,3 ³	35,7	n.p.

Vir: UMAR

Opombe: ¹Cene na drobno so bile merilo inflacije do 1998, po tem letu indeks cen življenjskih potrebščin.

²V letu 1999, v prihodkih iz davka na dodano vrednost in trošarin, sta bila vključena tudi DDV in trošarine iz januarja 2000. V letu 2002 so bili v prihodke proračuna vključeni le davki iz 11 mesecev za DDV in trošarine.

³Hitra sprememba v zunanjem dolgu je posledica deficita na tekočem računu, ki je bil financiran z zunanjim dolgom (EO 2000/3/II).

Tabela 3
Javni prihodki in odhodki (konstantne cene)

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Prihodki javnega financiranja po metodologiji GFS-IMF							
- na prebivalca (nacionalna valuta v 000)	220,9	262,9	279,3	297,7	305,0	316,1	314,3
- delež v BDP (v %)	43,3	42,1	43,0	43,6	42,8	43,1	41,5
Odhodki javnega financiranja po metodologiji GFS-IMF							
- na prebivalca (nacionalna valuta v 000)	214,7	270,2	284,5	302,0	314,6	326,2	337,0
- delež v BDP (v %)	42,1	43,2	43,7	44,2	44,1	44,5	44,5
Odhodki javnega financiranja za zdravstvo							
- na prebivalca (nacionalna valuta v 000)	36,5	n.p.	43,6	n.p.	47,0	48,4	n.p.
- delež v BDP (v %)	7,2	n.p.	6,7	n.p.	6,6	6,6	n.p.
Odhodki javnega financiranja za šolstvo							
- na študenta (nacionalna valuta)	n.p.	640,8	215,3	216,8	201,1	197,7	n.p.
- izdatki za socialno varnost na prebivalca (stalne cene)		178.725,0	186.029,3	196.171,4	198.820,8	n.p.	n.p.

Vir: UMAR

Tabela 4
Ekonomska aktivnost po spolu (v %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Moški						
Stopnja aktivnega prebivalstva, starega 15-64 let*	73,2	73,3	72,3	72,2	73,1	72,9
od tega:						
polno zaposleni*	92,9	92,3	92,7	93,2	94,1	94,0
osebe v delovnem razmerju (vključeni samozaposleni)	68,0	67,6	66,9	67,2	68,7	68,7
stopnja anketne brezposelnosti	7,1	7,7	7,3	6,8	5,9	6,0
Ženske						
Stopnja aktivnega prebivalstva, starega 15-64 let*	63,5	63,3	62,5	62,9	63,9	64,3
od tega:						
polno zaposleni*	92,4	91,9	92,1	92,7	93,0	93,7
osebe v delovnem razmerju (vključeni samozaposleni)	59,0	58,9	57,8	58,5	58,9	59,6
stopnja anketne brezposelnosti	7,6	8,1	7,9	7,3	7,0	7,0

Vir: UMAR

Opomba: *V skladu z definicijo ILO.

Tabela 5
Neto letne plače in neto mesečni zaslužki, konstantne cene, po spolu (v SIT)

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Moški							
Povprečna plača	56642,0	73655,9	74058,0	75403,8	79397,6	80297,0	n.p.
Povprečna plača v neketijskih dejavnostih (razen storitvenih)	n.p.	64284,7	63936,9	66725,6	73886,8	62682,5	n.p.
Ženske							
Povprečna plača	49913,0	64037,3	65839,7	65259,5	69693,8	71600,9	n.p.
Povprečna plača v neketijskih dejavnostih	n.p.	50148,1	51510,2	51593,0	56906,7	50216,4	n.p.

Vir: UMAR

Tabela 6
Revščina

	1992	1997	1998	1999	2000	2001
Število oseb, ki živijo v absolutnem pomanjkanju	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Odstotek celotnega prebivalstva, ki živi v absolutnem pomanjkanju	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Odstotek celotnega prebivalstva, ki živi v absolutni revščini	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Stopnja tveganja revščine (pod 60% nacionalnega povprečnega dohodka) - v %	n.p.	14,0	13,8	13,6	n.p.	n.p.
Delež izdatkov gospodinjstev za hrano v celotnih izdatkih gospodinjstev za končno potrošnjo na domačem trgu ^{1,2} - v %	27,7	25,9	25,5	24,0	22 ³	22 ³

Vir: SURS

Opombe: ¹Nacionalni računi²Podatek vsebuje izdatke za hrano in brezalkoholne pijače (01) ter izdatke za alkoholne pijače in tobak (02)³Zaradi revizije nacionalnih računov v letu 2002 podatka za leti 2000 in 2001 nista povsem primerljiva s serijo 1990-1999

Tabela 7
Demografska struktura

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Prebivalstvo							
Delež žensk (v %)	51,5	51,2	51,3	51,2	51,1	51,1	51,1
Delež moških (v %)	48,5	48,8	48,7	48,8	48,9	48,9	48,9
Delež populacije, mlajše od 15 (v %)	19,8	17,2	16,8	16,4	15,9	15,6	15,2
Delež populacije, stare 65 let in več (v %)	11,2	13,0	13,4	13,7	14,0	14,3	14,6
Delež beguncev in notranje razseljenih oseb (v %)	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
Naravni prirast na 1000 prebivalcev	0,3	-0,4	-0,6	-0,7	-0,2	-0,5	n.p.
Skupni prirast na 1000 prebivalcev	-3,0	-2,2	-2,1	1,5	2,4	0,9	-1,5
Vzdrževano prebivalstvo (pod 15 in nad 64 let)	45,0	43,4	43,3	43,0	42,7	42,6	42,5

Vir: UMAR, SURS

Tabela 8
Zdravstvene storitve

	1992	1997	1998	1999	2000	2001
Delež zasebnih izdatkov od vseh izdatkov za zdravstvo*	1,2	1,5	1,8	1,6	1,6	1,8
Zasebni izdatki za zdravstvo (stalne cene) na prebivalca		21144	23407	25955	n.p.	n.p.
Povprečni stroški medicinskega osebja kot delež celotnih izdatkov gospodinjstev za končno potrošnjo*	0,3	1,5	1,5	1,4	n.p.	n.p.

Vir: UMAR

Opomba: *v %

Tabela 9
Izbrane mere smrtnosti po spolu

	1992	1997	1998	1999	2000	2001
Moški/dečki						
Pričakovana dolžina življenja ob rojstvu, v letih	69,43	71,03	71,20	71,64	75,97	n.p.
Umrli dečki, stari manj kot 5 let, na 1000 živorojenih otrok	11,08	6,79	7,99	6,39	6,40	n.p.
Umrljivost zaradi malignih novotvorb (na 100.000 moških)	254,3	277,4	283,3	281,7	282,7	280,3
Umrljivost zaradi bolezni obtočil, 0-64 let (na 100.000 moških)	117,7	101,2	101,9	95,9	96,1	91,2
Ženske/deklice						
Pričakovana dolžina življenja ob rojstvu, v letih	77,27	78,65	78,72	78,93	79,55	n.p.
Umrle deklice, stare manj kot 5 let, na 1000 živorojenih otrok	9,69	5,40	5,30	5,00	4,60	n.p.
Umrljivost zaradi malignih novotvorb (na 100.000 žensk)	196,5	213,9	204,9	214,5	208,1	212,4
Umrljivost zaradi bolezni obtočil, 0-64 let (na 100.000 žensk)	43,3	41,6	35,5	31,9	32,2	32,4
Stopnja umrljivosti mater	5,0	11,1	0,0	17,3	27,6	n.p.

Vir: IZ

Tabela 10
Nekatere bolezni

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Novi primeri bolezni, povezani s cepljenjem, na 100.000 prebivalcev							
- davica	0	0	0	0	0	0	0
- novi primeri tuberkuloze	n.p.	24,29 ¹	21,48 ¹	21,4 ¹	18,61 ¹	18,02 ¹	n.p.
Novi primeri drugih glavnih bolezni (na 100.000 prebivalcev)							
- novi primeri okužb s HIV/AIDS, ženske	0,681	0,098	0,295	0,393	0,197	0,098	0,689
- novi primeri okužb s HIV/AIDS, moški	0,620	0,825	1,242	0,929	1,234	1,540	1,439

Vir: IZ

Opomba: ¹Standardizirano na evropsko demografsko strukturo prebivalstva

Tabela 11
Varnostne razmere

	1992	1997	1998	1999	2000	2001
Št. nasilnih kaznivih dejanj na 100.000 prebivalcev*	192,9	149,8	183,7	197,5	222,1	
Št. kaznivih dejanj zoper uradno dolžnost in javna pooblastila na 100.000 prebivalcev**	5,8	7,1	9,6	8,3	9,5	
Občutek varnosti doma, ko se stemni, moški (v %)	n.p.	73,0 ¹	n.p.	n.p.	n.p.	72 ²
Občutek varnosti doma, ko se stemni, ženske (v %)	n.p.	56,4	n.p.	n.p.	n.p.	47
Delež preiskanih kaznivih dejanj	55,5	64,5	52,9	48,3	46,9	n.p.

Vir: MNZ, SURS

Opombe: *Kazniva dejanja zoper življenje in telo, spolno nedotakljivost, javni red in mir

**Kazniva dejanja zoper uradno dolžnost in javna pooblastila

¹V domačem okolju²Doma

Tabela 12
Neto vpisni količnik*, po spolu

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dečki							
Osnovna šola	98,3	100,3	100,0	100,1	102,0	n.p.	n.p.
Srednja šola, vključeno gimnazije in tehnične šole	76,6	85,5	87,6	88,8	91,6	97,5	n.p.
Višje in visoke šole, akademije	20,2	20,8	16,7	17,7	16,1	18,0	19,4
Deklice							
Osnovna šola	97,5	100,1	100,1	100,3	99,8	n.p.	n.p.
Srednja šola, vključeno gimnazije in tehnične šole	81,9	90,2	93,6	95,0	96,7	101,4	n.p.
Višje in visoke šole, akademije	23,2	30,1	38,4	41,9	45,8	47,1	51,7

Vir: UMAR

Opomba: * Delež vseh vpisanih na primarno, sekundarno in terciarno raven izobraževanja glede na populacijo v teoretični starosti za vključitev (7-23 let).

Tabela 13
Izobrazbeni status oseb, starih 25 let in več, po spolu (v %)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Najvišja stopnja izobrazbe						
Moški						
Delež z zaključeno srednjo šolo	59,6	60,3	61,5	62,5	63,6	64,2
Delež z zaključeno višjo ali visoko šolo	13,2	13,8	14,0	14,4	14,2	14,4
Ženske						
Delež z zaključeno srednjo šolo	43,5	44,5	45,2	47,2	47,0	48,8
Delež z zaključeno višjo ali visoko šolo	12,1	13,7	13,8	14,6	15,0	15,3

Vir: UMAR

Tabela 14
Stanovanjske razmere

	1992	1997	1998	1999
Povprečna površina stanovanja v m ² na gospodinjstvo	n.p.	n.p.	n.p.	84,2 ¹
Izdatki gospodinjstev za stanovanjske storitve kot delež vseh izdatkov*	20,5	18,6	18,6	18,4

Vir: SURS

Opombi: *Vključene tudi voda, elektrika, plin in ogrevanje (v %).

¹Povprečje v časovnem obdobju 1998-2000.

Tabela 15
Okoljska tveganja, politika in zaščita

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Proračunska sredstva namenjena za varstvo naravne dediščine na prebivalca (stalne cene)	n.p.	8,4	7,8	9,3	9,7	n.p.	n.p.
Delež zavarovanih površin (narodni, regijski in krajinski parki, v %)	6,8	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	7,4
Poraba energije na enoto BDP*	212,5	205,1	203,6	198,4	193,8	n.p.	n.p.

Vir: Agencija RS za okolje, UMAR

Opomba: *Za standardne enote so vzete tone oljnega ekvivalenta.

Tabela 16
Stopnje osnovnih snovi, ki onesnažujejo

	1992	1997	1998	1999	2000
Snovi, ki onesnažujejo, na prebivalca					
Ogljikov dioksid (CO ₂) v tonah	6,5	8,1	8,1	7,6	7,5
Žveplov dioksid (SO ₂) v kg	93,2	59,4	62,0	52,9	48,2
Dušikov dioksid (NO ₂) v kg	29,1	35,7	34,3	29,2	29,1
Lahko hlapni ogljikovodiki	20,0	24,2	21,2	20,1	20,1

Vir: Agencija RS za okolje

Tabela 17
Socialna vključenost/izključenost (v %)

	1997	1998	1999	2000	2001
Delež gospodinjstev s telefonskim priključkom	88,0	92,0	93,0	96,0	95,0
Delež gospodinjstev z mobilnim telefonom	9,0	20,0	43,0	75,0	90,0
Delež gospodinjstev z osebnim računalnikom	32,0	35,0	42,0	46,0	47,0
Delež gospodinjstev z dostopom do interneta	8,0	9,0	15,0	21,0	24,0

Vir: SURS

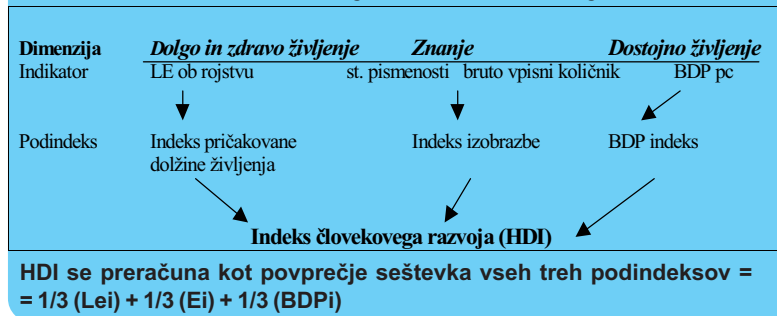
Poudarek 13: Preračunavanje indeksa čl. razvoja

Tabela 18
Indeks človekovega razvoja

	1992*	1997*	1998**	1999**	2000**
Vrednost kazalnika					
Stopnja pismenosti odraslih	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6
Bruto vpisni količnik	76,7	82	81	83	83
Pričakovana dolžina življenja ob rojstvu	73,4	74,9	74,6	75,3	75,5
BDP na prebivalca (v pariteti kupne moči)	8847	14000	14293	15977	17367
Vrednost indeksa					
Indeks izobrazbe	0,92	0,93	0,93	0,94	0,94
Pričakovana dolžina življenja ob rojstvu	0,81	0,83	0,83	0,84	0,84
BDP na prebivalca (v pariteti kupne moči)	0,75	0,825	0,83	0,85	0,86
Indeks človekovega razvoja	0,823	0,864	0,864	0,874	0,879

Vir: *(1999) Poročilo o človekovem razvoju. Hanžek, M. (ur). UMAR, UNDP: Ljubljana

** (2000-2002) Human Development Report. UNDP, Oxford University Press: New York, Oxford.

Tabela 19
Regionalne značilnosti

Pomembni ekonomski kazalniki za statistične regije	1997	1998	1999	2000	2001	I-VI 2002
Gorenjska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	12,0	12,6	11,9	10,1	9,0	8,5
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	11860	12586	13358			
Goriška						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	9,6	9,2	7,7	6,2	5,8	6,2
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	12646	13807	14794			
Jugovzhodna Slovenija						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	14,0	12,0	11,7	10,8	9,9	10,0
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	11884	12581	13203			
Koroška						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	13,0	13,0	11,7	10,3	10,2	11,2
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	11123	11687	12551			
Notranjsko - Kraška						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	12,0	12,5	12,2	10,8	9,7	9,2
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	10962	11720	12384			
Obalno - Kraška						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	11,0	10,6	10,1	9,2	9,0	8,9
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	13184	14241	15180			
Osrednjeslovenska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	10,2	10,5	10,1	9,2	8,3	7,9
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	16959	17845	19425			
Podravska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	22,4	22,0	20,6	18,7	17,9	18,0
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	10560	11107	12035			
Pomurska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	17,8	18,7	18,2	17,2	16,7	17,6
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	9935	10524	11103			
Savinjska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	16,1	16,7	15,3	13,6	13,5	14,0
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	12030	12362	13211			
Spodnjeposavska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	16,4	15,9	14,9	13,9	14,3	14,2
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	10967	11461	12113			
Zasavska						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	17,9	19,2	17,5	15,5	14,7	15,1
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	10543	10936	11639			
Slovenija						
Brezposelnost (stopnja registrirane brezposelnosti)*	14,4	14,5	13,6	12,2	11,6	11,6
BDP na prebivalca (standard kupne moči)	12800	13500	14500			

Vir: UMAR
Opomba: *v %