

3

Vključujoča, zdrava, varna in odgovorna družba

Socialna vključenost, participacija v družbenem življenju in enakost med spoloma se v zadnjih letih izboljšujejo, kar kaže na razvoj v smeri vključujoče družbe. Čeprav so se materialni pogoji za življenje izboljšali večini skupin prebivalstva (glede na starost, izobrazbo ipd.), izziv ostaja povečanje socialne vključenosti starejših, kjer je tveganje revščine visoko predvsem pri ženskah. Z vidika dolgožive družbe je pomembno zlasti povečanje delovne aktivnosti in družbene participacije starejših.

Za izboljšanje položaja mladih pa je ob večji vključenosti na trg dela izziv predvsem zmanjšanje segmentacije na trgu dela, ki najbolj prizadene mlade in lahko vpliva tudi na njihove odločitve o oblikovanju družine in iskanju zaposlitve v tujini. V prihodnje bodo na možnosti za zagotavljanje dostojnega življenja pomembno vplivale tudi demografske spremembe, ki vse bolj zmanjšujejo ponudbo delovne sile in s tem možnosti hitrejšega gospodarskega razvoja, zaradi rastočih javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, pa zahtevajo tudi prilagoditve sistemov socialne zaščite. Izboljšuje se tudi zdravstveno stanje prebivalstva, število pričakovanih let zdravega življenja pa je še relativno nizko. Napredek na tem področju je odvisen predvsem od uspešnosti zdravstvenega sistema na področju izboljšanja življenjskega sloga ter pri zmanjševanju neenakosti v zdravju in skrajšanju čakalnih vrst.

3.1 Dostojno življenje za vse

! Dostojno življenje za vse (razvojni cilj 3)

Vsebina cilja je zagotavljanje dostojnega življenja za vse generacije. Za njegovo uresničitev je treba zagotavljati primerno raven dohodka za dostojno življenje z zagotavljanjem možnosti za delovno aktivnost posameznika in ciljno usmerjenimi socialnimi transferji, ki zmanjšujejo tveganja socialne izključenosti, z oblikovanjem vzdržnih sistemov socialne zaščite, izboljševanjem kakovosti bivalnega okolja, krepitevijo sodelovanja in solidarnosti ter odpravljanjem vseh oblik diskriminacije. Demografske spremembe zahtevajo prilagajanje družbe in sistemov socialne zaščite. Uresničevanje cilja dostojno življenje je povezano z uresničevanjem razvojnih ciljev zdravo in aktivno življenje (razvojni cilj 1), konkurenčen in družbeno odgovoren podjetniški in raziskovalni sektor (razvojni cilj 6), vključujoč trg dela in kakovostna delovna mesta (razvojni cilj 7) ter trajnostno in učinkovito upravljanje naravnih virov (razvojni cilj 9).

! Kazalniki uspešnosti SRS 2030 za razvojni cilj 3:

	Zadnji podatek		Ciljna vrednost za 2030
	Slovenija	Povprečje EU	
Stopnja tveganja socialne izključenosti, v %	18,4 (2016)	23,5 (2016)	< 16
Neenakost porazdelitve dohodka, razmerje kvintilnih razredov (80/20)	3,6 (2016)	5,1 (2016)	< 3,5
Izkušnje diskriminacije, v %	13 (2015)	21 (2015)	< 10

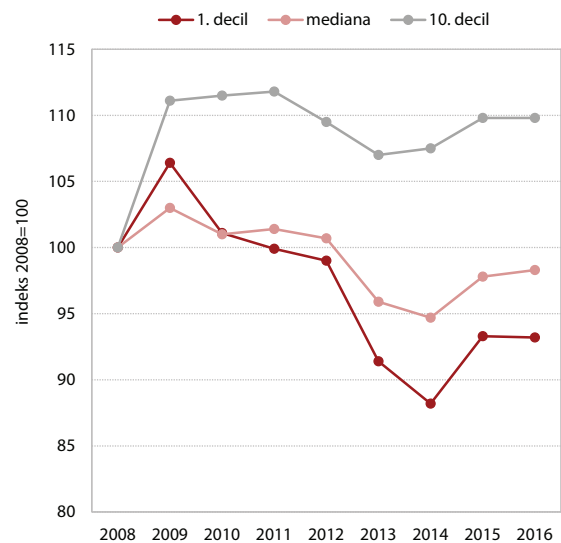
3.1.1 Vpliv materialnih pogojev

Stopnja tveganja socialne izključenosti se v zadnjih letih znižuje in je bila leta 2016 na podobni ravni kot pred krizo. Med tremi elementi socialne izključenosti sta bili leta 2016 glede na leto 2008 višji še stopnja tveganja revščine in nizka delovna intenzivnost v gospodinjstvih, težka materialna prikrajšanost pa je bila nižja (gl. kazalnik 3.1). Znižanje tveganja socialne izključenosti v zadnjih dveh letih je povezano z izboljšanjem razmer na trgu dela ob ponovni gospodarski rasti, delnim sproščanjem varčevalnih ukrepov na področju socialnih transferjev in ponovno uvedbo štipendiranja mladoletnih dijakov. Kljub zmanjšanju v zadnjih letih je bilo leta 2016 tveganju socialne izključenosti izpostavljenih 371 tisoč oseb, problematično je predvsem relativno visoko tveganje revščine za starejše ženske.

Bruto prilagojen razpoložljiv dohodek in dejanska individualna potrošnja v zadnjih letih ponovno naraščata. To je povezano z izboljševanjem razmer na trgu dela kot posledica krepitve gospodarske aktivnosti. Gospodarska kriza je dohodke gospodinjstev bolj znižala v nižjih kot pa v višjih dohodkovnih razredih, v obdobju gospodarske rasti (po letu 2013) pa se dohodki v nižjih dohodkovnih razredih povečujejo hitreje kot v višjih. To je po naši oceni povezano z dejstvom, da je kriza nadpovprečno prizadela dejavnosti, ki zaposlujejo nizko izobraženo delovno silo. Med letoma 2008 in 2013 se je tako delež dohodka prvega kvintilnega razreda zmanjšal, predvsem zaradi zmanjšanja dohodkov iz zaposlitve, saj je kriza najbolj zmanjšala delovno aktivnost nizko izobraženih in začasno zaposlenih (nizke plače). V prvem kvintilu je posledično prišlo do

povečanja socialnih prejemkov (delovanje avtomatičnih stabilizatorjev) in dohodkov iz samozaposlitve, kar je povezano tudi s povečanjem števila samozaposlenih iz nuje in spodbujanjem samozaposlovanja brezposelnih v okviru programov aktivne politike zaposlovanja. Po letu 2013 pa se dohodki petine oseb z najnižimi dohodki povečujejo hitreje kot v drugih dohodkovnih razredih, na kar po naši oceni vpliva predvsem rast zaposlenosti nizko

! Slika 16: Realna rast razpoložljivega dohodka na člana gospodinjstva v izbranih dohodkovnih razredih



Vir: SI-STAT podatkovni portal, 2018; preračuni UMAR.

Opomba: Podatki za posamezno leto se nanašajo na dohodke preteklega leta.

Tabela 2: Deleži posameznih vrst dohodkov v I., III. in V. kvintilnem razredu v razpoložljivem dohodku, Slovenija

V %	2008			2016		
	Prvi kvintilni razred	Tretji kvintilni razred	Peti kvintilni razred	Prvi kvintilni razred	Tretji kvintilni razred	Peti kvintilni razred
Dohodek iz zaposlitve	5,6	18,8	37,9	4,8	19,1	38,2
Dohodek iz samozaposlitve	11,8	14,8	40,7	15,0	15,6	33,8
Pokojnine z dodatki	16,8	18,6	25,6	14,3	18,9	26,5
Družinski prejemki	21,4	18,9	16,6	24,7	21,7	12,3
Socialni prejemki	25,5	19,7	14,8	28,0	18,6	16,0
Drugi dohodki	8,9	19,7	35,1	5,6	12,7	58,0
Ekvivalentni razpoložljivi dohodek	10,0	18,6	33,5	9,5	18,7	34,0

Vir: SURS, SILC.

Opomba: Drugi dohodki so npr. dohodek iz kapitala, razlika med prejetimi in danimi transferji med gospodinjstvi, dohodki otrok, davek na premoženje, razlika med doplačili in vračili dohodnine

izobraženih, torej tistih, ki so v krizi najpogosteje ostali brez zaposlitve. Posledično tudi potrošnja gospodinjstev z nižjimi dohodki narašča hitreje kot gospodinjstev z višjimi dohodki. Bruto prilagojeni razpoložljivi dohodek na prebivalca je leta 2015 (zadnji razpoložljiv podatek) znašal 78,2 % povprečja EU, njegov zaostanek za evropskim povprečjem je bil večji kot pred desetimi leti. Podobno velja tudi za dejansko individualno potrošnjo na prebivalca (v standardih kupne moči), ki je leta 2016 dosegala 78,4 %. Po obeh kazalnikih pa se je zaostanek za povprečjem EU od začetka krize povečal manj kot po BDP na prebivalca (gl. kazalnik 1.1).

Dohodkovne neenakosti so v Sloveniji zelo nizke, premoženjske pa skoraj na ravni evrskega območja.

Dohodkovne neenakosti so se v zadnjih petnajstih letih nekoliko povečale, vendar so med najnižjimi v EU, na kar močno vpliva visoka progresivnost obdavčitve dohodkov (gl. kazalnik 3.2). Po podatkih ankete ECB se je Slovenija leta 2014 po porazdelitvi bruto premoženja uvrščala rahlo pod povprečje evrskega območja. Podobno sliko kaže tudi delež bruto premoženja najbogatejših 20 % gospodinjstev, ki znaša 62,3 % (v evrskem območju 65,0 %). Najrevnejša petina gospodinjstev pa razpolaga z 0,5 % premoženja.

Dostopnost do zdravstvenih storitev, ki vpliva na kakovost življenja, zmanjšuje naraščajoče čakalne dobe.

Za sistem financiranja zdravstva v Sloveniji so značilna relativno nizka neposredna plačila (gl. kazalnik 3.20)⁵⁴, ki so pri nas bistveno pod povprečjem EU, zato se tudi gospodinjstva z najnižjimi dohodki ne spopadajo z ogrožajoče visokimi izdatki za zdravje⁵⁵. Vendar pa so se razlike v potrošnji za zdravje v zadnjem desetletju v Sloveniji močno povečale, zlasti med krizo in v obdobju od 2012 do 2015, ko so hitro naraščale čakalne dobe. Slednje lahko vodi tudi do neenakosti v zdravju, ker si samoplačniške storitve lahko plačajo predvsem tisti z

višjimi dohodki⁵⁶. Veliko težavo čakalnih dob potrjuje tudi kazalnik nezadovoljenih potreb po zdravljenju, teh je v povezavi s finančnimi razlogi v Sloveniji relativno malo, zelo visoke pa so zaradi čakalnih dob⁵⁷. V letih 2016 in 2017 so bili zato sprejeti ukrepi za obvladovanje čakalnih dob⁵⁸.

Zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe postaja vse večji izziv.

Število prejemnikov dolgotrajne oskrbe se že vrsto let povečuje in je v letu 2015 presegalo 61 tisoč oseb. Nekaj več kot tretjina je bilo prejemnikov oskrbe v zdravstvenih ustanovah, preostali so bili prejemniki oskrbe na domu⁵⁹. Po vključenosti celotne populacije v dolgotrajno oskrbo Slovenija presega povprečje 23 držav OECD⁶⁰, povečuje pa se zaostanek po vključenosti populacije nad 65 let (2015: SI: 11,6 %; OECD 18: 13,0 %). Najmanj razvito je področje oskrbe na domu, kjer imamo tudi največji zaostanek po deležu vključenih v starosti nad 65 let⁶¹. Neustrezno urejena dolgotrajna oskrba povečuje breme družin in pritiske na koriščenje zdravstvenih storitev ter kaže na potrebo po čimprejšnji sistemski ureditvi dolgotrajne oskrbe.

⁵⁶ Zver, E. in Srakar, A., 2018.⁵⁷ Po anketi EHIS je bilo v letu 2014 v celotni populaciji zaradi čakalnih dob kar 19,6 % nezadovoljenih potreb, kar je približno ustrezalo tudi razpoložljivim podatkom o številu vseh čakajočih. V letu 2017 je vlada sprejela posebni program skrajševanja čakalnih dob, ki se nadaljuje tudi v letu 2018. Število vseh čakajočih se je od 1. 1. 2017 do 1. 1. 2018 povečalo za 1,6 % (od 229.814 na 233.475), v tem nad dopustno mejo s 40.648 na 58.887 čakajočih (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018).⁵⁸ Za izboljšanje dostopnosti na nekaterih programih je vlada v letu 2016 namenila dodatna namenska sredstva v okviru Enkratnega dodatnega programa (7,9 mio. EUR); v letih 2017 in 2018 pa poleg tega poteka tudi Posebni vladni projekt za skrajševanje čakalnih dob ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.⁵⁹ Te osebe prejemajo storitve v domačem okolju (21.600) ali samo denarne prejemke (16.600). Dejansko število prejemnikov denarnih dodakov je sicer bistveno večje (več kot 41.000), toda pri končnem številu prejemnikov se upošteva pravilo dvojnega štetja: prejemnik, ki prejema hkrati storitev in denarni dodatek, se šteje samo pri eni storitvi.⁶⁰ Leta 2015 je v Sloveniji znašal 3,0 % (OECD: 2,5 %) (OECD Stat, 2018). Za Slovenijo je k prejemnikom dolgotrajne oskrbe prišteta tudi ocena patronažnega varstva (več v Nagode et al., 2014).⁶¹ Delež prejemnikov oskrbe na domu v starosti 65 let in več je v 2015 znašal 58,8 % (OECD16: 66,8 %) (Heath at a glance, 2017).⁵⁴ Po priporočilih SZO so neposredni izdatki iz žepa še sprejemljivi, dokler ne dosegajo deleža okoli 15 % izdatkov za zdravje, v Sloveniji so leta 2016 znašali 12,6 %.⁵⁵ Ministrstvo za zdravje, WHO, Evropski observatorij za zdravstvene sisteme, 2015.

Dohodkovni položaj posameznika v vseh starostnih obdobjih tudi v Sloveniji vpliva na dostopnost do izobraževanja, ki je sicer relativno dobra. Vključenost otrok v predšolsko varstvo in vzgojo je v Sloveniji višja kot v povprečju EU, kar prispeva k visoki zaposlenosti žensk za polni delovni čas. Čeprav je vključenost otrok iz nižjih dohodkovnih razredov manjša kot v višjih, pa je razlika pri nas manjša kot v povprečju EU, kar kaže na relativno dobro dostopnost. Podobno velja tudi za vključenost otrok v podaljšano bivanje in/ali druge oblike organiziranega varstva. Najnižji dohodkovni razred ima več težav pri plačevanju stroškov otroškega varstva kot v povprečju EU⁶². Učenci in dijaki iz družin z nižjim socio-ekonomskim položajem dosegajo v šoli slabše rezultate pri branju, matematiki in naravoslovju (gl. kazalnik 2.3) in so pogosteje vpisani v poklicno izobraževanje, kar zmanjšuje možnosti za njihovo socialno mobilnost. Vključenost nizko izobraženih (nižji dohodki) v vseživljenjsko učenje je precej nižja od vključenosti oseb s terciarno izobrazbo oziroma višjimi dohodki, kar dodatno omejuje njihovo zaposljivost.

Kulturno udejstvovanje posameznika in njegova telesna aktivnost sta precej povezana z dohodkovnim položajem. Osebe z najnižjimi dohodki najredkeje obiskujejo kulturne prireditve in se najmanj ukvarjajo z ljubiteljskimi kulturnimi dejavnostmi. Manj se ukvarjajo tudi s športom ali telesno vadbo, ki vpliva na splošno počutje in zdravstveno stanje posameznika⁶³, razlika med najnižjim in najvišjim dohodkovnim razredom je v Sloveniji večja kot v povprečju EU, med letoma 2012 in 2016 pa se ni bistveno zmanjšala.

Na dostojno življenje lahko vpliva tudi izpostavljenost različnim oblikam diskriminacije, ki je v Sloveniji relativno nizka. Diskriminacija pomeni kršenje pravice do enakega obravnavanja na področjih, kot so zaposlovanje, izobraževanje, dostop do dobrin ipd. določeni osebi ali skupini zaradi narodnostne pripadnosti, rase, barve kože, spola, spolne usmerjenosti, vere, starosti, invalidnosti, izobrazbe, družbenega položaja in drugih osebnih okoliščin. Dolgotrajna izpostavljenost različnim oblikam diskriminacije ima negativne učinke na diskriminirane osebe ali skupino, saj lahko vodi do njihove socialne izključenosti, negativne učinke pa ima tudi na ekonomskem področju⁶⁴. Delež ljudi, ki je doživel eno izmed oblik diskriminacije, se je v Sloveniji obdobju 2008–2015 znižal in je nižji kot v drugih državah (gl. kazalnik 3.3). Vendar pa se je v obdobju 2012–2015 povečala diskriminacija zaradi starosti (nad 55 let), kar je z vidika pričakovanih prihodnjih trendov zaradi staranja prebivalstva skrb vzbujajoče. Kot skrajno obliko diskriminacije lahko obravnavamo tudi nasilje

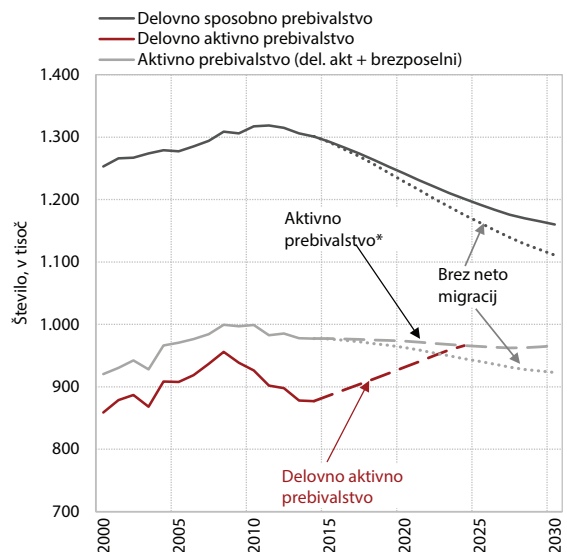
nad ženskami, ki je, po podatkih vseevropske raziskave o nasilju nad ženskami, v Sloveniji pod povprečjem EU.

3.2.2 Vpliv demografskih sprememb

V prihodnje bodo na možnosti za zagotavljanje dostojnega življenja pomembno vplivale demografske spremembe, ki so v Sloveniji zelo intenzivne. Pričakovano trajanje življenja se podaljšuje, delež starejših narašča, število rojstev stagnira, število neto priselitev pa je razmeroma majhno. Po letu 2011 se tako število prebivalcev, ki spadajo v najbolj aktivno skupino prebivalstva (20–64 let), zmanjšuje⁶⁵. V prihodnjih letih se bo intenzivnost demografskih sprememb še okrepila. Zadnje projekcije prebivalstva iz leta 2015 za Slovenijo napovedujejo, da se bo koeficient starostne odvisnosti prebivalstva do leta 2030 povečal za 20 o. t. in znašal 79,6, kar pomeni, da bo od 100 prebivalcev v starosti 20–64 let odvisnih okoli 80 otrok, mladih in starejših.

Demografske spremembe zmanjšujejo ponudbo delovne sile, kar lahko v prihodnosti postane omejitveni dejavnik za gospodarski razvoj. Ob naraščanju povpraševanja po delovni sili se delodajalci v zadnjih letih že vse pogosteje srečujejo s težavami pri iskanju ustrezne delovne sile, te pa se bodo v prihodnjih letih še povečevale. Ob ohranjanju skromnih migracij

Slika 17: Scenariji gibanja delovno sposobnega, aktivnega in delovno aktivnega prebivalstva



Vir: Eurostat – ESSPOP2015; preračuni UMAR.

Opomba: *Simulacija izhaja iz projekcije prebivalstva ESSPOP2015. Za simulacijo gibanja aktivnega prebivalstva pa se predpostavlja naslednje: i) nadaljevanje trenda naraščanja deleža visoko izobraženih, ii) izenačitev (nižje) stopnje aktivnosti žensk s (višjo) stopnjo aktivnosti moških do leta 2030 in iii) povečanje stopnje aktivnosti starejših za 20 o. t. do leta 2030. Za podrobnejši opis metodologije gl. Peschner in Fotakis (2013, 2015).

⁶² V Sloveniji (2016) ima velike težave pri plačevanju teh stroškov 17 % gospodinjstev in stroškov formalnega izobraževanja (učbeniki, knjige, šolske potrebščine ipd.) v prvem kvartilnem razredu (EU: 11 %) in 7 % gospodinjstev v četrtem kvartilnem razredu (EU: 3 %).

⁶³ S športnimi aktivnostmi ali telesno vadbo se ukvarja 36 % oseb v prvem kvartilu in 59 % oseb v četrtem kvartilu.

⁶⁴ Kogovšek, N. in Petkovič, B., 2007.

⁶⁵ Leta 2016 jih je bilo za skoraj 40 tisoč manj kot leta 2011.

Tabela 3: Dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem

	Delež v BDP, v %							Sprememba v o. t. BDP 2016–2070		
	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070	Slovenija	EU	EUs
Referenčni scenarij AWG¹										
Skupaj	21,9	22,1	23,9	26,6	28,8	28,8	28,3	6,3	1,7	2,1
Pokojnine	10,9	11,0	12,0	14,2	15,6	15,2	14,9	3,9	-0,2	0,2
Zdravstvo*	5,6	5,8	6,3	6,7	6,8	6,8	6,7	1,0	0,9	0,9
Dolgotrajna oskrba**	0,9	1,0	1,1	1,4	1,7	1,8	1,8	0,9	1,2	1,1
Izobraževanje	4,0	4,0	4,2	4,1	4,5	4,7	4,6	0,6	0,0	-0,1
Nadomestila brezposelnim	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	-0,1	-0,2	-0,2
Tvegani scenarij AWG										
Zdravstvo	5,6	6,0	6,7	7,3	7,6	7,7	7,6	2,0	1,6	1,8
Dolgotrajna oskrba	0,9	1,0	1,4	2,1	2,9	3,7	4,4	3,5	2,7	3,1

Vir: The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (EK), Delovna verzija, marec 2018.

Opombe: ¹ Referenčni scenarij pri izdatkih za zdravstvo upošteva predvsem učinke staranja, predpostavko, da polovico dodatnih let življenja preživimo zdravi, in prek predpostavke o relativno nižji dohodkovni elastičnosti povpraševanja po zdravstvenih storitvah (1,1, ki se znižuje proti 1,0 do konca obdobja) le v manjši meri tudi učinek tehnološkega napredka. ² Tvegani scenarij pri izdatkih za zdravstvo upošteva poleg učinka staranja in predpostavke, da polovico dodatnih let življenja preživimo zdravi, še dohodkovno elastičnost v višini 1,4 (znižuje se proti 1,0 do konca obdobja) in s tem v večji meri pritisk tehnološkega napredka. Pri izdatkih za dolgotrajno oskrbo je poleg demografskih sprememb upoštevana predpostavka o konvergenci v stroških in pokritosti s storitvami dolgotrajne oskrbe do povprečja EU v letu 2070. EU – tehtano povprečje; EUs – navadno aritmetično povprečje; *Javni izdatki za zdravstvo po metodologiji SHA, vendar brez izdatkov za dolgotrajno zdravstveno oskrbo in vključno z izdatki za investicije po metodologiji COFOG. ** Celotni javni izdatki za dolgotrajno oskrbo po metodologiji SHA (brez izdatkov za invalidnine, ki so bile vključene v prejšnjih projekcijah AWG).

namreč tudi večja delovna aktivnost mladih in starejših ne bo zadostovala za pokritje vseh potreb po delovni sili. Zmanjševanje števila prebivalstva v starosti 20–64 let bi tako lahko ob nespremenjenih politikah trga dela in upokojitvenih pogojih v prihodnjih desetih letih postalo omejitveni dejavnik za rast in razvoj gospodarstva. Simulacije predpostavk demografskih gibanj kažejo, da bi se – brez neto priseljevanja tuje delovne sile – število delovno sposobnih, ki ga danes opredeljujemo s starostno skupino 20–64 let, zmanjšalo celo, če bi delovno sposobne prebivalce opredelili kot starostno skupino 20–85 let.

Staranje prebivalstva ob nespremenjenih politikah in sistemih vodi do težav pri zagotavljanju stabilnega financiranja izdatkov socialne zaščite. Projekcije izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva iz februarja 2018, ki jih pripravlja Evropska komisija v sodelovanju s članicami, kažejo za večino držav EU še večje povečanje izdatkov, povezanih s staranjem do leta 2060 v primerjavi s projekcijami iz leta 2015. Za Slovenijo je slika podobna kot v letu 2015, in sicer izstopa po zelo visokem povečanju celotnih izdatkov, povezanih s staranjem – do leta 2060 za 6,9 o. t. BDP in do leta 2070 za 6,3 o. t. Dolgoročne projekcije tako ponovno opozarjajo, da je ob predpostavki nespremenjenih politik že samo učinek staranja na javnofinančne izdatke zelo močan in bistveno večji kot v povprečju v EU. Slovenija med državami EU najbolj izstopa po napovedanem visokem povečanju izdatkov za pokojnine, povprečje EU pa presega tudi po rasti izdatkov za zdravstvo, izobraževanje in brezposelnost. Razlog so sedanji sistemi in politike ter demografska slika Slovenije, saj se bodo približno do leta 2050 upokojevale številnejše generacije, ki bodo ob podaljševanju trajanja življenja tudi dlje časa preživele v upokojitvi (ob sedanjih upokojitvenih pogojih). Hkrati

bodo na trg dela vstopale manj številčne generacije, kar bo zelo poslabšalo razmerje med številom upokojencev in zavarovancev, ki se poslabšuje že od leta 2012. Še večji pritisk na dolgoročno vzdržnost javnih financ bi pomenila potencialno še višja rast javnih izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo ob dodatnem upoštevanju zaradi nedemografskih dejavnikov (tvegani scenarij).

Rast izdatkov za pokojnine je bila v zadnjih letih zmerna, izziva pa sta zagotavljanje vzdržnosti financiranja sistema in zagotavljanje dostojnih pokojnin. Nov pokojninski zakon (ZPIZ-2), ki je začel veljati leta 2013, je začasno upočasnil naraščanje števila starostnih upokojencev⁶⁶, zmanjšuje pa se število drugih vrst upokojencev. Poleg tega je k umirjeni rasti izdatkov v zadnjih letih prispevala zamrznitev rednega zakonskega usklajevanja pokojnin. Kljub nekajletni umirjeni rasti ostaja transfer iz državnega proračuna v blagajno ZPIZ še vedno visok⁶⁷, kar kaže na kratkoročne težave pri financiranju pokojnin. Dolgoročne projekcije pokojninskih izdatkov pa kažejo, da se bodo izdatki za pokojnine glede na BDP čez nekaj let spet začeli povečevati, saj bo hitreje naraščalo število starejših od 65 let, hkrati pa se bo hitro slabšalo razmerje med številom delovno aktivnih in upokojenih. Zato je nujno treba informirati prebivalce Slovenije o posledicah staranja, pravicah iz obveznega zavarovanja in spodbuditi zasebna

⁶⁶ Ocenjujemo, da se je rast števila upokojencev upočasnila zaradi učinka (sprejemanja) reforme, ko se je pred sprejetjem ZPIZ-2 in v letu po njem njihovo število precej povečalo. V prihodnjih letih bi se ta učinek upočasnjene rasti postopno zmanjševal, saj bodo v pokoj začeli odhajati tisti, ki so se jim z novim zakonom zaostriili pogoji in so morali upokojitev odložiti. Zato lahko tudi pričakujemo, da se bo upokojitvena starost novih upokojencev postopno povečevala.

⁶⁷ Transfer iz državnega proračuna v pokojninsko blagajno je leta 2017 znašal 1.163 mio. EUR.

varčevanja za starost. V prihodnosti bo čedalje večja težava zagotavljanje dostojne ravni pokojnin. Čeprav ni enotne definicije dostojne pokojnine, strokovnjaki OECD ocenjujejo, da je primerna višina dohodka pokojnina v višini okoli 70 % dohodka, ki ga je posameznik prejemal v času pred upokojitvijo⁶⁸, ob upoštevanju minimalnih pravic posameznikov z nizkimi dohodki. V Sloveniji pa to razmerje za posameznika s povprečno plačo in dopolnjenimi 40 leti pokojninske dobe znaša 58,8 % za moške in 65,4 % za ženske.

⁶⁸ Antolin, P., 2011.

3.2 Vključujoč trg dela in kakovostna delovna mesta

Vključujoč trg dela in kakovostna delovna mesta (razvojni cilj 7)

Vsebina cilja je oblikovanje vključujočega trga dela, ki bo zagotavljal kakovostna delovna mesta z visoko dodano vrednostjo (gl. tudi cilj 6). Z uveljavljanjem koncepta vzdržnega delovnega življenja in prilagajanjem delovnih mest demografskim spremembam se bo lahko povečala delovna aktivnost starejših delavcev in izboljšalo njihovo zdravje. Izboljševanje sistema varne prožnosti in spodbujanje zaposlovanja obeh spolov v spolno netipičnih poklicih pa bo prispevalo k večji participaciji podpovprečno zastopanih skupin na trgu dela.

Kazalniki uspešnosti za razvojni cilj 7:

	Zadnji podatek		Ciljna vrednost za 2030
	Slovenija	Povprečje EU	
Stopnja delovne aktivnosti (20–64 let), v %	70,1 (2016)	71,1 (2016)	> 75
Stopnja tveganja revščine delovno aktivnih oseb, v %	6,1 (2016)	9,6 (2016)	< 5

Po zaostritvi v krizi se razmere na trgu dela v zadnjih letih izboljšujejo, a nekatere skupine ostajajo skromno zastopane na trgu dela. Na močan obrat na trgu dela je vplivalo pospešeno okrevanje gospodarske aktivnosti z ustvarjanjem novih delovnih mest, zlasti v dejavnostih z relativno visoko dodano vrednostjo. Od 2013 se po večletni stagnaciji povečuje tudi vključevanje⁶⁹ na trg dela. Nanj so se ob boljših zaposlitvenih možnostih ponovno začeli vključevati tisti, ki jih je dolgotrajno nizko povpraševanje po delu odvrnilo od iskanja zaposlitve⁷⁰. Na izboljšanje razmer kaže tudi stopnja delovne aktivnosti, ki je v drugem četrtletju 2017 prvič po krizi preseгла povprečje EU (gl. kazalnik 3.10). Kljub izboljšanju razmer pa izziv ostaja vključevanje podpovprečno zastopanih skupin prebivalstva na trg dela, tj. starih in nizko izobraženih. Pereč problem ostaja tudi dolgotrajna brezposelnost, saj je vsaka druga brezposelna oseba v brezposelnosti več kot leto dni.

Participacija mlajših in starejših na trgu dela se je v zadnjih letih povečala, na kar poleg večje gospodarske aktivnosti vplivajo tudi demografska gibanja in ukrepi. Zlasti mladi so bili tisti, ki jih je kriza nadpovprečno prizadela⁷¹, na kar je poleg splošno nizkega povpraševanja po delu vplivala njihova velika izpostavljenost začasnim oblikam zaposlitve (delo za določen čas in študentsko delo⁷²). Od leta 2013 se

delovna aktivnost mladih povečuje, kar povezujemo z večjim povpraševanjem po študentskem delu, nekoliko večjo usmerjenostjo aktivne politike zaposlovanja na mlade in demografskimi gibanji⁷³. Mladi so sicer v Sloveniji nadpovprečno vključeni v srednješolsko in terciarno izobraževanje (gl. poglavje 2.1), posledično je delež tistih, ki niso niti zaposleni niti niso vključeni v izobraževanje, relativno nizek (gl. kazalnik 3.13). Tudi stopnja delovne aktivnosti starejših (55–64) se po letu 2013 hitro povečuje, na kar vplivajo demografska gibanja in leta 2013 sprejeta pokojninska reforma, ki postopno povečuje zahtevano upokojitveno starost. Kljub naraščanju pa delovna aktivnost starejših ostaja med najnižjimi v EU, kar je v veliki meri posledica relativno zgodnjega upokojevanja, ki zmanjšuje dolgoročno vzdržnost pokojninskega sistema.

Kljub nekaterim ukrepom segmentacija trga dela ostaja težava. Za segmetiran trg dela je značilen razkorak med delavci v rednih, zaščitenih, bolje plačanih delovnih mestih in med prekarnimi⁷⁴ oziroma netipičnimi, manj varovanimi, slabše plačanimi oblikami dela⁷⁵, z manjšo možnostjo prehoda v varnejšo obliko zaposlitve. Posledice visoke segmentiranosti so lahko povečane neenakosti med delavci, povečana volatilitnost zaposlovanja in odpuščanja, zmanjšane spodbude za vlaganje v delavce s strani podjetij in zmanjšana motivacija za opravljanje

⁶⁹ Stopnja participacije (oziroma stopnja aktivnosti) v starostni skupini 20–64 let, ki izraža delež delovno aktivnih in brezposelnih v prebivalstvu, se je od drugega četrtletja 2013 do drugega četrtletja 2017 povišala za 3,5 o. t. na 78,4 %.

⁷⁰ Po raziskavi Aktivno in neaktivno prebivalstvo (ADS) so to neaktivne osebe, ki so sicer pripravljene sprejeti delo, vendar dela ne iščejo. Njihovo število se je v prvih treh četrtletjih lani v primerjavi z enakim obdobjem 2013 zmanjšalo za tretjino.

⁷¹ V obdobju 2008–2013 se je njihova stopnja delovne aktivnosti najbolj znižala, stopnja brezposelnosti pa najbolj povišala.

⁷² Obseg študentskega dela se je v obdobju 2008–2013 zmanjšal za 35,7 %. Na to bi lahko poleg manjšega povpraševanja po delu vplivalo tudi povišanje koncesijske dajatve sredi leta 2012 in omejevanje študentskega dela v dejavnostih javnih storitev. Do drugega četrtletja 2017 pa se je obseg študentskega dela povečal in bil glede na enako

četrtletje 2013 večji za 39,1 %.

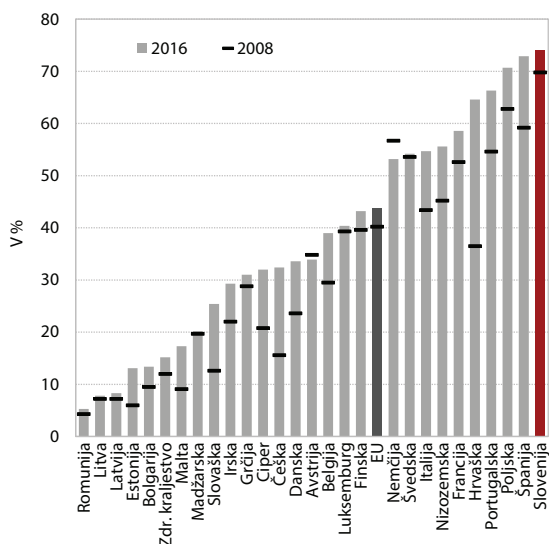
⁷³ Demografska gibanja se kažejo prek zmanjševanja števila mladih (15–24 let) po podatkih ADS za 15,5 tisoč (7,1 %) v obdobju od drugega četrtletja 2013 do enakega četrtletja v 2017. To poleg povečanja števila mladih delovno aktivnih (za 13,7 tisoč oziroma 24,2 % v enakem obdobju) zvišuje njihovo stopnjo delovne aktivnosti (za 8,7 o. t. na 34,4 %).

⁷⁴ Pojem prekarnih zaposlitev sicer ni poenoten, a ga Eurostat in Evropska komisija opredelujeta kot zaposlitve z nizkimi plačami (nižje kot dve tretjini mediane urnega plačila) in ki hkrati niso zaposlitve za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

⁷⁵ Analiza EK (2017) je za Slovenijo pokazala, da tudi po izločitvi nekaterih dejavnikov, kot so starost, izobrazba, dejavnost in poklic, zaposleni v začasnih oblikah dela prejmejo za okoli 10 % nižjo plačo kot zaposleni v rednih oblikah dela.

dela. Segmentiran trg dela pa je tudi dovzeten za negativne šoke⁷⁶. Na pogostost uporabe začasnih zaposlitev med drugim vplivajo možnost uporabe takšnih zaposlitev, togost predpisov o odpustitvi in negotovost povpraševanja. Čeprav so bile v 2013 sprejete zakonske spremembe, ki so povečale verjetnost zaposlovanja za nedoločen čas⁷⁷, ostaja delež začasnih zaposlitev še naprej visok in nad povprečjem EU, še posebej med mladimi, pri katerih je najvišji v EU. Na to pomembno vpliva obstoj študentskega dela, ki je najbolj fleksibilna oblika dela v Sloveniji. Precej nad povprečjem EU je tudi delež prekarnih zaposlitev (gl. kazalnik 3.14). Prekarni položaj mladih skupaj z neugodnimi razmerami na področju stanovanjske politike lahko vpliva na odločitve mladih o emigraciji⁷⁸ in tudi na odločitve o oblikovanju družine.

Slika 18: Delež začasnih zaposlitev med mladimi (15–24 let)



Vir: Eurostat Portal Page – Population and social conditions, 2018.

Zaposlitvene možnosti dolgotrajno brezposelnih se povečujejo, stopnja dolgotrajne brezposelnosti pa se je znižala na raven povprečja EU. Osebe, ki so brezposelne dlje časa, tvegajo izgubo ter zastarelost znanja in veščin, kar zmanjšuje njihove možnosti za zaposlitev. To lahko pripelje do morebitnega prehoda v neaktivnost, kar je tudi z vidika demografskih izzivov Slovenije neugodno. Dolgotrajna brezposelnost je zaradi dlje časa trajajočega skromnega povpraševanja po delu naraščala v obdobju 2009–2014. Ob začetku okrevanja gospodarske aktivnosti se je položaj sprva izboljšal samo za brezposelne s krajšim trajanjem brezposelnosti,

zadnjih nekaj let pa visoka rast zaposlenosti in nekateri ukrepi aktivne politike zaposlovanja vplivajo tudi na zmanjševanje števila dolgotrajno brezposelnih. Stopnja dolgotrajne brezposelnosti se je v drugem četrtletju 2017 tudi izenačila s povprečjem EU, od katerega je bila med krizo višja (gl. kazalnik 3.10). Kljub temu pa delež dolgotrajno brezposelnih v celotni brezposelnosti ostaja visok (51,3 %), kar zahteva dodatne ukrepe na področju aktiviranja in usposabljanja, s katerimi bi dolgotrajno brezposelnim povečali njihovo zaposljivost. Prav tako je treba razvijati in pogosteje uporabljati ukrepe, ki preprečujejo prehod v dolgotrajno brezposelnost.

Slovenija za programe aktivne politike zaposlovanja namenja relativno malo sredstev, čeprav bi lahko s tem povečala vključenost ranljivih skupin. Za izboljševanje varne prožnosti je smiselno povečati obseg sredstev za programe aktivne politike zaposlovanja in zagotoviti večjo pokritost brezposelnih z nadomestili. Pri oblikovanju sistema varne prožnosti pa mora več pozornosti namenjati tudi oblikovanju ustreznih spodbud za delo⁷⁹. Slovenija namreč spada med države z visoko stopnjo brezposelnosti v začetni fazi brezposelnosti⁸⁰, ki se je v zadnjih desetih letih povečala in zmanjšuje interes posameznika za zaposlitev.

Razpoložljivi kazalniki kakovosti zaposlitev kažejo na rahlo izboljšanje v zadnjih desetih letih. Kakovost zaposlitve je koncept z več razsežnostmi, njeno merjenje pa se še postopoma razvija (gl. Okvir 2). Eurofound⁸¹ na primer ugotavlja, da sta se v večini držav izboljšala indeks fizičnega okolja in indeks kakovosti delovnega časa. Poleg tega je bila v Sloveniji v letu 2015 v primerjavi z 2010 zaznana tudi manjša delovna obremenitev in bistveno povečanje avtonomnosti posameznika pri delu in njegovih možnostih za izobraževanje. Eurofoundova analiza razvrščanja v skupine (cluster analiza) Slovenijo po deležu delovnih mest slabe kakovosti uvršča nekoliko nad povprečje EU, pri vseh preostalih skupinah pa se je leta 2015 Slovenija uvrščala okoli povprečja EU. Po merilih kakovosti zaposlitve OECD se Slovenija uvršča okoli povprečja v merjenje vključenih držav.

Kakovost zaposlitve lahko vpliva na zdravje, s tem pa na položaj osebe na trgu dela in na sisteme socialne zaščite. Zaposlitve, ki jih označujejo visoka raven zahtev pri delu (npr. časovni pritisk, psihična tveganja za zdravje), in jih spremlja pomanjkanje sredstev za izpolnitev delovnih obveznosti (npr. majhna delovna avtonomija in socialna opora pri delu), pomenijo veliko tveganje za zdravje. Na fizično in duševno zdravje vplivajo tudi slabe delovne razmere in brezposelnost, kar dodatno obremenjuje zdravstveni in socialni sistem.

⁷⁶ Lepage-Saucier, 2013.

⁷⁷ Vodopivec in drugi (2016) na primer ugotavljajo, da se je takoj po reformi verjetnost prehoda iz zaposlitve za določen čas v zaposlitev za nedoločen čas pri istem delodajalcu za moške do 30 let z nizko izobrazbo povečala za 28,2 %.

⁷⁸ Mladi prekarni in emigracija v času krize: predstave, realnosti, rasti, 2013.

⁷⁹ Nadomestila za brezposelnost in socialni transferji lahko v kombinaciji z visoko obdavčitvijo dohodka z davki odvrčajo posameznika od zaposlitve.

⁸⁰ Past brezposelnosti prikazuje razliko v neto dohodkih osebe ob njenem prehodu iz brezposelnosti v zaposlenost, ki nastane zaradi višjih davkov in socialnih prispevkov ter nižjih pripadajočih socialnih transferjev v zaposlitvi glede na dohodek in višje pripadajoče socialne transferje med brezposelnostjo.

⁸¹ Sixth European Working conditions Survey (Eurofound), 2017.

Okvir 2: Kakovost zaposlitve – koncepti in merjenje

Kakovost zaposlitve je večdimenzionalni koncept. Njegovo merjenje se še postopno razvija, zato časovne serije še niso na razpolago. V nadaljevanju sta predstavljena večdimenzionalna koncepta merjenja, ki sta ju razvila OECD in Eurofound, in podajata vrednosti ter uvrstitev Slovenije v primerjavi z drugimi državami ter kazalnike, ki jih je razvil Eurostat.

OECD¹ meri kakovost zaposlitve z uporabo treh razsežnosti kakovosti zaposlitve, ki so:

- a) **Kakovost plačila za delo**, ki obravnava dva vidika: (i) višina plačila, ki neposredno vpliva na materialno blaginjo, in (ii) porazdelitev plačil, ki je prav tako pomembna za blaginjo (merjeno z Ginijevim koeficientom).
- b) **Varnost na trgu dela**, ki zajema vidik ekonomske varnosti, ta pa vključuje verjetnost izgube zaposlitve in stroške za zaposlenega. Razsežnosti sta merjeni: (i) z verjetnostjo izgube zaposlitve (prehoda v brezposelnost) in trajanja brezposelnosti ter (ii) s stopnjo javnega zavarovanja za primer brezposelnosti (pokritost z nadomestili za brezposelnost in njihova višina).
- c) **Kakovost delovnega okolja**, ki zajema neekonomski vidik kakovosti zaposlitve, in zajema naravo in vsebino dela, organizacijo delovnega časa in odnose na delovnem mestu. Kakovost delovnega okolja se meri s prisotnostjo obremenitev pri delu, zajema pa kombinacijo visokih zahtev na delovnem mestu in omejenih sredstev za delo.

Eurofound je v šesti raziskavi o delovnih pogojih kakovost zaposlitve opredelil in meril s sedmimi indeksi, ki merijo kakovost na naslednjih področjih: (i) fizično okolje, (ii) intenzivnost dela, (iii) kakovost delovnega časa, (iv) socialno okolje, (v) znanje in odločanje, (vi) možnosti izobraževanja in napredovanja ter (vii) plačilo.

Eurofound z metodo razvrščanja v skupine (cluster analizo) iz prej omenjenih razsežnosti oblikuje naslednje skupine zaposlitev:

- a) **Dobro plačane in zahtevne zaposlitve**, ki jih označujejo kompleksna in zahtevna delovna mesta, kjer so posamezniki pri delu avtonomni in se lahko sami odločajo o metodah in hitrosti dela. Hkrati imajo dobre možnosti za izobraževanje in usposabljanje in napredovanje. Slabosti teh zaposlitev pa so slabša kakovost delovnega časa in visoka intenzivnost dela.
- b) **Nemotene tekoče zaposlitve**, za katere je značilna nizka intenzivnost dela in visoka kakovost delovnega časa, saj pogosto delajo manj kot 48 ur tedensko, socialno okolje na delovnem mestu je dobro. Raven plač, znanj in avtonomnosti pri delu pa je manjša kot pri drugih skupinah.
- c) **Fizično aktivne zaposlitve**, za katere je značilno tveganje v fizičnem okolju (hrup, temperatura ...). Kakovost delovnega časa je povprečna, čeprav je pogosto izmensko delo in atipično delo, socialno okolje je dobro.
- d) **Zaposlitve pod pritiskom**, kjer v negativnem pomenu izstopa socialno okolje z visokim deležem zlorab pri delu (pogosto zmerjanje zaposlenih), visoka je tudi intenzivnost dela, kakovost delovnega časa pa je slaba (pogosto nočno in izmensko delo, delo ob koncih tedna). Hkrati so plače, znanja in avtonomnost odločanja pri delu visoki.
- e) **Zaposlitve slabe kakovosti**, za katere je značilna nizka uvrstitev po plačah, možnostih za napredovanje, znanju in avtonomnosti odločanja, povprečna kakovost delovnega časa in delovna intenzivnost pa sta nekoliko boljši od zaposlitev pod pritiskom.

Eurostat med kazalnike kakovosti zaposlitve uvršča tiste, ki merijo eno dimenzijo, kot na primer: delo ob vikendih, daljši delovni čas v glavni zaposlitvi, tedensko število delovnih ur, delež zaposlenih prek agencij za posredovanje dela, delež prekarnih zaposlitev (slednje prikazujemo v kazalniku 3.22).

¹ Povzeto po OECD: How good is your job? Measuring and assessing job Quality, 2015.

Stopnjo delovne aktivnosti starejših, ki je v Sloveniji zelo nizka, dodatno znižujejo kronične bolezni, čezmerna telesna teža in druge tvegane oblike vedenja, kot na primer kajenje in pitje alkohola. Posledica je visoka bolniška odsotnost, ki se v zadnjih letih povečuje (gl. kazalnik 3.15), in manjša participacija na trgu dela. Ker v Sloveniji 38 % (EU: 25 %) vprašanih meni, da delo

negativno vpliva na zdravje, in jih kar 43 %⁸² meni, da ne bodo sposobni opravljati dela do svojega šestdesetega leta, so ob demografskih izzivih še posebej pomembni ukrepi za spodbujanje vzdržnega delovnega življenja.

⁸² Odstotek je v Sloveniji med največjimi v EU.

3.3 Zdravo in aktivno življenje

▮ Zdravo in aktivno življenje (razvojni cilj 1)

Vsebina cilja je zagotavljanje kakovostnega življenja vseh generacij s spodbujanjem zdravega in aktivnega življenja v celotnem življenju. Ob intenzivnih demografskih spremembah bo zagotavljanje kakovostnega življenja možno s prilagajanjem sistemov socialne zaščite, spodbujanjem daljše delovne aktivnosti, zagotavljanjem dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe. Ob tem je treba zagotavljati možnosti za prenos znanja med generacijami in zagotavljanje enakih možnosti in enakosti spolov tudi z omogočanjem usklajevanja dela, skrbstvenih obveznosti in pristočnih dejavnosti v vseh življenjskih obdobjih. Za uresničitev cilja je pomembno tudi ustvarjanje razmer za dostojno življenje vseh generacij, kar obravnava razvojni cilj 3.

▮ Kazalniki uspešnosti za razvojni cilj 1:

		Zadnji podatek		Ciljna vrednost za 2030
		Slovenija	Povprečje EU	
Leta pričakovanega zdravega življenja ob rojstvu, število let	Moški	58,5 (75,2 % pričakovanih let življenja) (2015)	62,6 (80,3 % PTŽ) (2015)	64,5 (80 % PTŽ)
	Ženske	57,7 (68,8 % pričakovanih let življenja) (2015)	63,3 (76,0 % PTŽ) (2015)	64,5 (75 % PTŽ)
Indeks enakosti spolov, indeks		68,4 (2015)	66,2 (2015)	> 75

Zdravstveno stanje prebivalstva se je v zadnjih desetih letih izboljšalo, vendar po številu zdravih let življenja še vedno precej zaostajamo za povprečjem EU. Izboljševanje osnovnih kazalnikov zdravja je značilno za vse države EU, povezano je z napredkom medicine in izboljševanjem kakovosti v zdravstvu ter z vrsto drugih dejavnikov, kot so rast dohodka, dvig izobrazbene ravni in informiranosti. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se je v Sloveniji v zadnjem desetletju podaljšalo bolj kot v povprečju EU. Zaostanek se je zmanjševal tudi v številu zdravih let življenja, vendar je bil leta 2015 delež pričakovanega trajanja življenja, ki ga preživimo zdravi, še vedno precej pod povprečjem EU (gl. kazalnik 3.17). Izboljšujejo se tudi samoocene zdravja in samoocene oviranosti, tudi te pa so še vedno slabše od povprečja EU. Po kazalniku preprečenih smrti, ki je eden od kazalnikov učinkovitosti zdravstvenega sistema, dosegamo povprečje EU (gl. kazalnik 3.19), še vedno pa se slabo uvrščamo po stopnji prezgodnje umrljivosti⁸³, kar je povezano z razširjenostjo nezdravega življenjskega sloga.

Neenakosti v zdravju so se v Sloveniji v zadnjih desetih letih nekoliko zmanjšale. Vrzel med visoko in nizko izobraženimi v pričakovanem trajanju življenja (PTŽ) pri 30. in 65. letu se je v obdobju 2012–2014 v primerjavi z obdobjem 2006–2008 zmanjšala, in sicer bolj pri moških, kjer se je povečalo življenjsko pričakovanje zlasti nizko izobraženih moških. Hkrati pa se pri moških ohranjajo

visoke razlike v pričakovanem trajanju življenja med regijami⁸⁴. Slovenija se glede na izobrazbeno vrzel uvršča na sredino držav EU, za katere so dostopni podatki (gl. kazalnik 3.23). Tudi v pričakovanih letih zdravega življenja se je razlika med visoko in nižje izobraženimi v obdobju 2005–2014 zmanjšala, pri obeh spolih kot posledica večjega števila zdravih let nizko izobraženih in manjšega pri visoko izobraženih⁸⁵. Za zmanjševanje neenakosti v zdravju je potrebno usklajeno medsektorsko delovanje, ki je usmerjeno zlasti v spodbujanje bolj zdravega načina življenja socialno šibkejših in najranljivejših skupin. Predvsem nižje izobraženi prebivalci potrebujejo dodatno pozornost in možnosti, da lahko izkoristijo svoje potenciale, aktivno prispevajo k družbi in dočakajo zdravo starost. Nadaljnje zmanjševanje neenakosti v zdravju bi pomembno prispevalo tudi k zmanjšanju pritiskov na rast izdatkov za zdravstvo in zmanjšanju absentizma (gl. kazalnik 3.15).

Čeprav se življenjski slog na nekaterih področjih izboljšuje, se zaostanek za povprečjem EU povečuje.

Delež otrok s čezmerno težo se hitro povečuje in je med najvišjimi v EU, kar je pomemben dejavnik tveganja za debelost v odraslosti in za bolezni v zvezi z njo (gl. kazalnik 3.22). Močno pod povprečjem EU smo tudi po deležu mladih, ki vsakodnevno uživajo zelenjavo. Delež rednih kadilcev se je v zadnjih desetih letih sicer znižal, vendar v večini drugih evropskih držav upada še hitreje. Močno odstopamo tudi po visoki porabi alkohola na prebivalca, kjer se uvrščamo na peto mesto

⁸³ Stopnja prezgodnje umrljivosti je kazalnik, s katerim prikazujemo umrljivost pred 65. letom starosti, ki je pogosto povezana z nezdravim in tveganim življenjskim slogom – smrt zaradi nezgod, posebno prometnih, zaradi kajenja in alkohola, včasih pa je tudi v dosegu ukrepov zdravstvenega varstva (zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, presejalni testi za raka).

⁸⁴ Razlika med regijama s skrajnima vrednostima je pri moških 4,3 leta, pri ženskah pa 2,2 leta.

⁸⁵ Kofol Bric, T., Zaletel, M., 2018.

med državami EU⁸⁶, razlika glede na povprečje EU pa se še povečuje. Tudi slaba uvrstitev po umrljivosti zaradi raka⁸⁷ je v veliki meri povezana s tveganim vedenjem. Za izboljšanje življenjskega sloga bi bilo treba nujno okrepiti preventivo in javno zdravje⁸⁸, politike za zmanjševanje tveganega vedenja in ozaveščanje posameznikov o odgovornosti za lastno zdravje. Slednje bi prispevalo tudi k večji participaciji na trgu dela.

Razširjenost težav v duševnem zdravju se je v zadnjih letih povečala. Porast težav v duševnem zdravju je značilen za vse razvite države, kar je posledica današnjega hitrega načina življenja, velikih pričakovanj do posameznika, slabega življenjskega sloga, naraščajočih neenakosti, prikrajšanosti in osamljenosti starejših. V Sloveniji se je od leta 2008 do leta 2015 izrazilo povečalo število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj. Pri starejših od 20 let se je povečalo število receptov za antidepresive, bolniške odsotnosti zaradi duševnih težav pa so bile v navedenem obdobju na tretjem mestu po pogostosti⁸⁹. Po anketi EHIS je bil v letu 2014 delež populacije, ki je imela v zadnjem letu težave z depresijo, v Sloveniji višji od povprečja v EU (SI: 8,8 %, EU26: 7,9 %). Visoka umrljivost zaradi samomora se je v zadnjih desetih letih sicer znižala, a je še vedno med najvišjimi v EU⁹⁰. Nekoliko nižja od povprečja EU je le prevalenca demence (SI: 13,4 na 1000 oseb: EU: 15,0), vendar se bo po projekcijah do leta 2035 povečala na 21⁹¹. V začetku leta 2018 je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki zahteva širše ukrepanje več sektorjev in politik za zmanjšanje bremena duševnih bolezni in opredeljuje prednostna področja ukrepanja. Poudarek je na premiku s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj na primarni ravni in v lokalnem okolju.

Na področju enakosti med spoloma, ki je pomemben element aktivne družbe, je Slovenija v zadnjih desetih letih napredovala in dosega dobre rezultate. Po indeksu enakosti spolov je Slovenija v zadnjih desetih letih hitro napredovala in je nad povprečjem EU na vseh šestih zajetih področjih⁹² (gl. kazalnik 3.18).

Velik napredek je bil narejen predvsem glede udeležbe žensk pri političnem odločanju⁹³, kar lahko povežemo s spremembo volilne zakonodaje (uvajanje spolnih kvot na kandidatnih listah)⁹⁴ in posledičnim povišanjem vrednosti indeksa na področju moči. Razlike v delovni aktivnosti in plačilu glede na spol so majhne. To je v veliki meri povezano z dobro dostopnostjo predšolske vzgoje, ustrezno ureditvijo starševskega dopusta, dobro izobrazbenostjo žensk in visokim deležem zaposlitev žensk za polni delovni čas⁹⁵. Ženske so sicer na splošno bolj izobražene, vendar so manj pogosto zastopane v nekaterih bolj plačanih poklicnih skupinah in na vodstvenih delovnih mestih, njihove povprečne plače pa so tako nižje. Indeks kaže, da se razmere v zadnjih desetih letih podobno kot v drugih državah niso izboljšale v dimenziji časa, ki posredno meri možnosti usklajevanja poklicnega in družinskega življenja in delitev dela med moškimi in ženskami v gospodinjstvu. Ženske opravijo bistveno več neplačanega dela kot moški, kar otežuje njihovo usklajevanje poklicnega in družinskega življenja⁹⁶.

Participacija v družbenem življenju se je v zadnjih letih povečala in je razmeroma dobra, razen pri starejših. Delež prebivalcev, ki redno opravljajo neplačano prostovoljsko delo, presega povprečje EU in se je v zadnjih letih povečal (gl. kazalnik 3.24). Ob naraščanju potreb po dolgotrajni oskrbi in socialnovarstvenih storitvah je smiselno spodbujati vključenost starejših kot prostovoljcev na področju zagotavljanja teh storitev, saj je na tem področju tudi zaostanek za povprečjem EU največji. Več prostovoljskega dela starejših lahko prispeva k njihovi večji vključenosti v družbo in medgeneracijskemu sodelovanju ter širjenju posameznikove socialne mreže, razvoju novih znanj in preprečevanju osamljenosti. V zadnjih letih se je v Sloveniji povečala tudi politična participacija, vendar ostaja manjša kot v povprečju EU. V primerjavi z EU so relativno najmanj politično aktivni mladi (18–24 let). Starejši se manj kot mlajše starostne skupine udeležujejo kulturnih prireditev in obiskujejo kulturne ali zgodovinske znamenitosti, pri vključenosti v umetniške dejavnosti pa za mlajšimi ne zaostajajo. Z vidika dolgožive družbe in preprečevanja oviranosti pri starejših je prenikanje delež starejših od 50 let, ki se redno ukvarjajo s športom ali telesno vadbo, in tudi zaostaja za povprečjem EU.

⁸⁶ OECD Health at a glance 2017, 2017.

⁸⁷ Slovenija se po stopnji umrljivosti zaradi raka uvršča na tretje mesto med državami OECD. V letu 2015 je bilo v Sloveniji 243,3 smrti na 100.000 prebivalcev, v povprečju držav OECD pa 203,7 (OECD Health at a glance 2017, 2017).

⁸⁸ V nasprotju s priporočili mednarodnih inštitucij se delež izdatkov za preventivo in javno zdravje v Sloveniji v zadnjih petih letih znižuje, v letih 2003–2010 je znašal 3,7 %, v letu 2015 pa le še 2,7 % tekočih izdatkov za zdravstvo (OECD: 2,8 %). Različne študije (Sassi, F. in drugi, 2013; Cecchini, M. in drugi, 2015, OECD, 2015) ugotavljajo pozitivne učinke protialkoholne politike ter ukrepov za omejevanje porabe tobaknih izdelkov in nezdrave hrane na povečanje števila zdravih let življenja, pričakovanega trajanja življenja in zmanjšanje izdatkov za zdravstvo (več glej v Ocena učinkov nekaterih strukturnih ukrepov, UMAR, 2016).

⁸⁹ Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (MZ), 2018.

⁹⁰ Slovenija 2015: 18,1 samomorov na 100.000 prebivalcev; EU28 2013: 12,1 (OECD Health at a glance, 2017).

⁹¹ OECD Health at a glance, 2016.

⁹² Indeks enakosti spolov se izračunava na podlagi 31 kazalnikov na šestih področjih: delo, denar, znanje, čas, moč, zdravje.

⁹³ Leta 2006 je bil delež žensk v slovenskem parlamentu 13,5 %, leta 2016 pa je znašal 35,6 %.

⁹⁴ Več gl. Bratuž-Ferk et al, 2017.

⁹⁵ Več gl. Čelebič T. et al, 2017.

⁹⁶ Ob tem ko ženske opravijo le pet ur tedensko manj plačanega dela, za skrbstvene obveznosti in neplačano delo v gospodinjstvu namenijo 32 ur na teden, moški pa 15 ur.